



MARGARITA LOUBAT / NELSON CUTURRUFO

LA HISTORIA DE HOH



Prólogo del Dr. Eduardo Durán

M. Moris, A. Letelier.
Colaboradores



ESCUELA DE
PSICOLOGÍA

Ariadna
ediciones

LA HISTORIA DE HOH

JOVEN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL GRAVES,
SUS DERECHOS Y SU ANVERSO EN LA ESTIGMATIZACIÓN
Y DISCRIMINACIÓN SOCIAL

La historia de Hoh

Margarita Loubat y Nelson Cuturrufo

Santiago de Chile, agosto 2026

Primera edición

ISBN: 978-956-430-009-2

Ariadna Ediciones

ariadnaediciones.cl/

<https://doi.org/10.26448/ac9789564300092.192>

Portada y diagramación: Matías Villa Juica.

Obra bajo Licencia Creative Commons Atribución



Esta editorial postula o indexa su producción en BCI-WoS, según sus normas (ver <https://n9.cl/bx7i3>), en Dialnet libros, Open Access Publishing in European Networks, OAPEN; en el Muse Project (Universidad John Hopkins); en el Directory of Open Access Books, DOAB; en la Digital Library of Commons (Universidad de Indiana, EEUU). Además, agrega sus trabajos en los repositorios ZENODO (OpenAIRE, Europa Occidental), HAL (Archives ouvertes, Francia), Google Scholar, Open Alex, SSOAR, ProQuest Central, Knowledge Commons Works, PhilPapers, WorldCat, Humanities Commons, Open Library (Internet Archive), Open Research Library, las redes sociales académicas Mendeley y academia.edu. Indexa, a la vez, toda producción en el repositorio ANID que cuente con folio Fondecyt. Todos nuestros textos disponen de los registros ISBN y DOI.

Impreso en Talleres Gráficos LOM.

LA HISTORIA DE HOH

JOVEN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL GRAVES,
SUS DERECHOS Y SU ANVERSO EN LA ESTIGMATIZACIÓN
Y DISCRIMINACIÓN SOCIAL

Margarita Loubat y Nelson Cuturrufo

2026



ESCUELA DE
PSICOLOGÍA





LA HISTORIA DE HOH



AUTORES
MARGARITA LOUBAT
NELSON CUTURRIFO

COLABORADORES
MAKARENA MORTIS
ANTONIO LETELIER

SALUD MENTAL,
ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN
Y ACCESO A TRATAMIENTOS E
INCLUSIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA
DE UN JOVEN LLAMADO "HOH"

UN RELATO ÍNTIMO, UNA MIRADA VISUAL
Y UNA UNIDAD EDUCATIVA



ÍNDICE

13 | PRESENTACIÓN

Dr. Rodrigo Rojas-Andrade,
Director de la Escuela de Psicología, U. de Santiago de Chile.

17 | PRÓLOGO

Dr. Eduardo Durán, Profesor de Psiquiatría,
Universidad de Chile.

21 | INTRODUCCIÓN

En este texto se busca aproximar al lector a la historia y a las vivencias de personas afectadas por patologías de salud mental graves. Conjuntamente, se promueve la igualdad de derechos y la lucha contra la estigmatización y discriminación social de la que son víctimas.

Se propone un relato visual y unidades educativas acompañadas de esquemas didácticos, contruidos en base a referencias científicas.

25 | PRIMERA PARTE

Se presenta la historia de una persona llamada HoH, que tiene dificultades de salud mental graves. Se relata su experiencia de vida, sus problemas, sus vivencias.

Se familiariza al lector con el daño que ocasiona el fenómeno de la estigmatización social en el tratamiento de la patología mental y en la subjetividad de la persona afectada. Se problematiza respecto de la rehabilitación, inserción social y lucha por los derechos sociales de estas personas.

99 | SEGUNDA PARTE

Se presentan esquemas didácticos y unidades educativas, con el propósito de entregar información respecto de los problemas de salud mental severos. Se busca educar con el fin de eliminar la estigmatización, la segregación social y beneficiar al sujeto y su tratamiento.

101 | Capítulo 1

Elementos del desarrollo del sujeto y su evolución

107 | Capítulo 2

Cognición social y no social

111 | Capítulo 3

Adolescencia y crisis en salud mental

115 | Capítulo 4

Factores de riesgo y crisis

119 | Capítulo 5

La descompensación psíquica

125 | Capítulo 6

La guía clínica AUGÉ-GES

131 | Capítulo 7

Detección y pesquisa de la enfermedad mental

133 | Capítulo 8

La evolución de la enfermedad y la estigmatización social

139 | Capítulo 9

El estigma social

143 | Capítulo 10

El estigma social y sus consecuencias para el tratamiento

149 | Capítulo 11

El trabajo en conjunto con la familia

151 | Capítulo 12

El riesgo de recaídas. El factor psicoeducativo

157 | Capítulo 13

El enfoque comunitario

159 | Capítulo 14

La lucha por los derechos sociales

161 | Capítulo 15

Avances respecto de Derechos en Salud Mental

167 | Capítulo 16

Derechos, rehabilitación y sociedad civil

171 | Capítulo 17

La diversidad funcional

173 | EPÍLOGO

177 | SOBRE LOS AUTORES

PRESENTACIÓN

Quienes formamos parte de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile compartimos la convicción de que el conocimiento adquiere verdadero sentido cuando sale de los espacios académicos, se encuentra con las personas y contribuye a comprender y transformar sus vidas. Este libro responde precisamente a ese propósito.

Hablar de salud mental ya no puede ser un asunto reservado a especialistas. Las personas necesitan herramientas para comprender lo que les ocurre, reconocer señales de dificultad y saber cuándo pedir ayuda. Pero hacer accesible este conocimiento no significa banalizarlo. En tiempos en que las redes sociales multiplican consejos, diagnósticos y explicaciones rápidas sobre el comportamiento humano, democratizar el conocimiento supone el desafío de hacerlo comprensible sin renunciar a sus fundamentos empírico-conceptuales.

Esto cobra especial importancia durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta, etapas en las que pueden aparecer las primeras señales de problemas de salud mental de mayor complejidad. No siempre quienes los viven piden ayuda directamente. A veces se alejan de sus amigos, abandonan actividades, cambian sus rutinas o comienzan a tener dificultades para continuar sus estu-

dios. Muchas veces es la familia la que advierte que algo está ocurriendo, sin saber todavía cómo comprenderlo ni qué hacer. Reconocer esas señales tempranamente puede hacer una diferencia importante en lo que ocurre después.

Uno de los principales méritos de este libro es acercarnos a estas experiencias sin simplificarlas. Lo hace a través de HOH, un personaje ficticio inspirado en situaciones reconocibles, cuya historia seguimos desde la infancia hasta la vida adulta. A través de su recorrido, conceptos que podrían parecer lejanos adquieren historia y contexto. Su experiencia permite comprender el desarrollo, los factores de riesgo, las primeras señales, la crisis, el tratamiento y la recuperación. La enfermedad aparece, así como un acontecimiento importante en la vida de una persona, pero no como un destino que determine necesariamente todo su futuro.

Esta mirada resulta especialmente necesaria cuando hablamos de psicosis. El miedo, los prejuicios y el desconocimiento todavía pueden retrasar la búsqueda de ayuda, dificultar los procesos de tratamiento y afectar la manera en que una persona comprende sus propias capacidades y posibilidades. El estigma puede hacer que un diagnóstico termine ocupando todo el espacio, dejando en segundo plano la historia, los vínculos, los deseos y los proyectos de quien lo recibe. Las familias tampoco quedan al margen y muchas veces deben acompañar estos procesos en medio de la incertidumbre y sin contar siempre con la orientación necesaria.

El relato visual de HOH constituye, en este sentido, uno de los aportes más interesantes de la obra. Hay experiencias en salud mental que resultan difíciles de expresar únicamente mediante conceptos. Las ilustraciones permiten acercarnos de otra manera a lo que una persona puede

vivir y, al mismo tiempo, comprender que la recuperación no consiste solo en disminuir síntomas. Puede significar continuar estudiando, mantener vínculos significativos, recuperar autonomía, participar en la comunidad o volver a imaginar un proyecto de vida. Todo ello requiere tratamientos adecuados, pero también equipos, familias, redes y comunidades capaces de acompañar. Detectar oportunamente y tratar de manera adecuada no es, entonces, solo una cuestión clínica: para una persona joven puede significar una trayectoria educativa que continúa, relaciones que logran sostenerse o una familia que encuentra orientación cuando más la necesita.

Como universidad pública y como Escuela responsable de formar futuras psicólogas y futuros psicólogos, entendemos que iniciativas como esta forman parte de nuestra misión. Producir conocimiento es indispensable, pero también lo es ponerlo a disposición de la sociedad de manera comprensible y responsable. Tender puentes entre la academia, los equipos de salud, las familias y quienes viven problemas de salud mental no significa diluir el conocimiento especializado, sino ponerlo al servicio de las personas.

Me gustaría, además, que esta obra encontrara un lugar en la formación de nuestros estudiantes. La psicología se aprende en manuales, investigaciones y clases, pero también a través de historias que nos acercan a la experiencia de otros. Acompañar a HOH puede ayudar a desarrollar algo difícil de enseñar únicamente mediante conceptos: la capacidad de comprender a una persona en su contexto, sin reducirla a su diagnóstico.

Agradezco a los autores por este aporte y por la generosidad de compartirlo. Estas páginas son el resultado de un esfuerzo por acercar conocimiento riguroso a quie-

nes pueden necesitarlo y por ampliar las posibilidades de comprensión, acompañamiento, recuperación y ejercicio de derechos.

Detrás de cada diagnóstico continúa existiendo una persona con una historia propia. No perderla de vista es, quizás, una de las responsabilidades más importantes de nuestro trabajo.

Dr. Rodrigo Rojas-Andrade
Director Escuela de Psicología
Universidad de Santiago de Chile

PRÓLOGO

*“La psicosis no comienza
en el primer episodio, comien-
za mucho antes, en el silencio,
aquel que nadie supo leer”*

Durante décadas, la psiquiatría ha dirigido su mirada y su quehacer casi exclusivamente hacia la enfermedad ya constituida. El primer episodio psicótico era el umbral a partir del cual comenzaba la atención clínica, y todo lo que lo precedía permanecía en la sombra del desconocimiento, clínicamente ignorada o, en el mejor de los casos, retrospectivamente reconstruida. Este libro es una ayuda para corregir nuestra ceguera histórica.

Con el advenimiento de nuevos estudios poblacionales ha nacido el concepto de “estado mental de ultra-alto riesgo” (UHR en inglés) y representa uno de los avances más significativos de la psiquiatría en estas últimas tres décadas. Desde los trabajos pioneros de Patrick McGorry y sus colaboradores en Melbourne – Australia, se ha generado un movimiento con la tarea de la detección temprana, para lo cual se han diseñado clínicas especializadas, protocolos, escalas de evaluación, equipos multidisciplinarios y sistemas de psicoeducación, y además con el surgimiento de nuevos medicamentos, se ha podido avanzar enormemente en el

tratamiento de estos cuadros clínicos en sus fases iniciales, lo que ha permitido modificar favorablemente la evolución clínica y mitigar el sufrimiento personal y familiar que subyace en estos estados.

La detección temprana no es un simple ejercicio de anticipación diagnóstica. Es ante todo, una postura ética frente al sufrimiento humano. Los jóvenes que transitan por estos estados que están marcados por distorsiones perceptuales, pensamiento desorganizado incipiente, deterioro funcional progresivo o una angustiante sensación de extrañeza ante sí mismo y el mundo, no suelen llegar a los servicios de salud mental por iniciativa propia o necesidad, llegan a través del fracaso escolar, por el repliegue social y por angustia del sistema familiar. Identificarlos requiere de una buena competencia técnica y principalmente sensibilidad clínica: saber leer lo que aún no tiene nombre.

Otra de las evidencias acumuladas es el concepto de DUP duración de la psicosis no tratada. Este concepto se ha transformado en uno de los predictores más importantes para evaluar el pronóstico a largo plazo. Sabemos que cada mes de psicosis sin tratamiento adecuado deja una huella funcional y neurobiológica mensurable. Por eso la intervención temprana en la fase prodrómica o de estado mental de alto riesgo da la posibilidad de prevenir la transición psicótica en una proporción muy significativa. Esta ventana de oportunidad terapéutica es fugaz, breve y estrecha, pero real, es el territorio que este libro precisa y enseña a los jóvenes afectados, entregando información adecuada, disminuyendo los temores, los prejuicios y generando una esperanza terapéutica real.

El libro que el lector tiene en sus manos recorre los principales sistemas de criterios y da información precisa

de un tratamiento real y factible, disipando temores y prejuicios, generando esperanza y confianza en el sistema terapéutico multiprofesional. Este modelo ha transformado la manera de conceptualizar la intervención en salud mental, con intervenciones con las familias, la reinserción de la persona en la comunidad, la rehabilitación neurocognitiva, la terapias grupales, acciones de arteterapia y empleo de psicofármacos solamente cuando se requieren.

Este libro nace en un momento oportuno en nuestro medio, dado que la literatura científica es hoy extensa y sofisticada, su incorporación en nuestro sistema nacional de salud es aún mínima y carente de un programa nacional de primer episodio, creado hace más de cuatro décadas en los países del hemisferio norte. Proyecto presentado a nuestro Ministerio de Salud en el año 2000 y en repetidas otras oportunidades, sin respuesta aún. En este sentido este libro no es solamente un texto de psicoeducación o académico: es un instrumento de política sanitaria.

Quienes hemos tenido la oportunidad de acompañar clínicamente a pacientes en fases tempranas del espectro psicótico, sabemos que la diferencia entre intervenir a tiempo o llegar tarde no se mide en síntomas sino en proyectos de vida preservados, en estudios o trabajos que no se abandonaron, en relaciones que no se rompieron, o sea en la preservación de la continuidad del yo que el paciente pudo sostener y en retomar su flujo existencial y así poder luchar con herramientas frente al estigma social. Ese es el objetivo y esfuerzo de este libro para usuarios, dado que invita a sus lectores no solo a comprender los estados mentales de alto riesgo sino a actuar con ellos, con conocimiento, confianza y

humanidad. La recuperación de nuestros pacientes es nuestro mayor pago afectivo.

Felicitaciones a los autores por este significativo aporte a la salud mental de nuestro país.

Dr. Eduardo Durán
Profesor de Psiquiatría
Universidad de Chile

Santiago, Junio 2026

INTRODUCCIÓN

Les invitamos a leer este texto que llama a reflexionar respecto de la salud mental de las personas. Está diseñado con rigor científico, aportando los resultados de diversas investigaciones y acompañado con ilustraciones que permiten tener otros puntos de vista en la lectura de una temática que, sin duda, es compleja.

Al igual que la salud física, la salud mental implica oscilaciones permanentes, de modo que a lo largo de la existencia, las personas nunca son absolutamente indemnes.

Los humanos transitan el curso del ciclo vital, con un desarrollo físico pleno o problemático; con momentos de plena satisfacción emocional u otros en los que ciertas situaciones vitales pueden dar paso a estados de crisis.

En ocasiones, esas posiciones de trance se pueden resolver e incluso con derivas en satisfacción y crecimiento personal. En otras, el conflicto se queda fijo, estancado, dando paso a malestares y sufrimientos psíquicos más permanentes y profundos, estados mentales que no siempre son comprendidos por el entorno de la persona.

También los contextos sociales y/o las vulnerabilidades personales pueden conllevar a estados de crisis individuales con malestares severos.

Cualquiera sea el caso, si los estados de crisis son tratados de manera competente y solidaria, se facilitan los

caminos de resolución y seguro será favorecedor para el bienestar de la persona en dificultad, como para su familia.

Con el propósito de familiarizar al lector con las problemáticas que enfrentan las personas que padecen trastornos mentales graves, el presente texto expone el relato de un caso clínico y su evolución.

La narración ha sido elaborada con un enfoque respetuoso y reflexivo, con el fin de promover una comprensión profunda de las complejidades asociadas a casos de salud mental severos.

Existen variados trastornos de salud mental que presentan texturas graves. Se pueden mencionar las psicosis, los trastornos de personalidad límite, los procesos demenciales, ciertas depresiones. Este texto está referido solo a un estado psicótico.

La prevención temprana, la detección precoz de la sintomatología, la adhesión al tratamiento y un trabajo conjunto con la familia, resultan altamente beneficiosos para las personas respecto de la resolución de estas patologías.

A fin de favorecer la comprensión de la temática, se creó un personaje denominado “HOH”, quien se muestra en diversas etapas de su vida: niñez, adolescencia y adultez, y en variadas situaciones vitales buscando una narrativa no determinista ni lineal de la patología mental.

HOH, es un personaje ficticio inspirado en experiencias reales vinculadas a la salud mental, cuyas vivencias son narradas en formato escrito y gráfico, acompañadas con esquemas didácticos y un texto técnico-educativo, con base teórica y técnica, referenciado científicamente y provisto de un lenguaje accesible a todo público.

El lector tendrá acceso a diversos niveles de lectura y escogerá lo que esté más vinculado con sus intereses.

Se estima que esa estructura del libro nos permite abordar las perturbaciones mentales graves desde una perspectiva sensible, comprensiva y también formativa.

También en el texto, se informa respecto de las posibilidades de tratamiento gratuito que ofrece el Estado chileno.

Los autores vierten en esta obra sus conocimientos teóricos y su experiencia clínica, en tanto profesionales de la salud mental. Aspiran a motivar al lector en una reflexión profunda sobre la importancia del trato digno, la inclusión social y la igualdad de derechos de las personas con problemas mentales.

Los autores

HOLA.
MI NOMBRE ES HOH
Y MIS AMIGOS
TE CONTARÁN
MI HISTORIA



PRIMERA PARTE

LA HISTORIA DE HOH

PALABRAS PRELIMINARES...

Cualquier persona, no importa en qué etapa de la vida se encuentre, ya sea niño, adolescente, adulto, adulto mayor, puede sentirse sobrepasado por un acontecimiento que deba enfrentar ya sea con sus pares, en el colegio, en el trabajo o en otro espacio, que le provoca sentirse mal emocionalmente.

También, esta persona pudiera estar afectada sin causa aparentemente clara y reactiva a algún acontecimiento e incluso, estar pasando por un estado emocional que ella misma no comprende.

La afectación pudiera ocasionar malestar, aislamiento social, provocar que la persona pase a entender la realidad de manera diversa al resto, tenga una expresión verbal confusa, conductas desajustadas o violentas, se presente a los otros de una manera “rara”.

Esta persona, pudiera pedir ayuda (de manera un tanto tácita) respecto de su malestar y sufrimiento psíquico, pero no ser escuchado por incompreensión del entorno familiar, de los amigos, del medio escolar-laboral, lo cual le podría sumir en un estado de soledad frente a su problema psíquico, cosa que sucede a menudo.

En general, las personas logran superar las situaciones reactivas a contextos sociales que pueden llevar a conductas desajustadas.

Efectivamente, hay sujetos con recursos mentales suficientes que le facilitan la resolución de sus propias crisis, ya sea a través de procesos personales de introspección o acompañados por especialistas de la salud mental.

También, hay sujetos más vulnerables y sensibles comparativamente con otros, a los que les cuesta más afrontar el estrés, superar los problemas y continuar con el curso regular del desarrollo de su vida. Sujetos que a menudo se sienten deprimidos, excluidos, rechazados por otros, o estigmatizados socialmente. Lo cual va en desmedro del afrontamiento de la angustia y con desencadenamiento de crisis más severas de su salud mental. No toda vulnerabilidad presentada tempranamente significa que ésta desembocará en un cuadro psíquico severo, no existe una linealidad al respecto, pero siempre es aconsejable observar la evolución del sujeto a lo largo de su desarrollo y actuar de manera preventiva.

Siempre existirá un inicio y un curso que pueda tomar la patología. Esta se puede presentar a edad temprana, lo cual implica una mayor desestabilización en el desarrollo y la evolución de la persona. También ésta puede tomar un curso de mayor o menor gravedad y tener repercusión en las operaciones mentales de la persona. Existe una gran variabilidad de cuadros psicóticos, los cuales tienen diversidades de evolución, dependiendo de su gravedad, adhesión al tratamiento, resultados de la rehabilitación y posibilidades de reinserción social.

Se señala a manera de precaución que a pesar que la narrativa de la historia del personaje que se presenta pudiera dar la impresión de cierta causalidad retrospectiva en la historia clínica del personaje (desarrollo infantil atípico, dificultades de orden social, pródromos e instalación de un trastorno mental grave), el desarrollo de la patología

mental depende de múltiples factores y no es lineal ni predecible. La investigación actual sobre trastornos mentales, muestra trayectorias heterogéneas y no deterministas.

A continuación, se presenta un caso clínico, que hemos denominado “HOH”. Quien es una persona que heredó belleza, inteligencia, creatividad y mucha sensibilidad que en ocasiones lo hacían sentir frágil o vulnerable. Debíó afrontar en su niñez situaciones de discriminación, en su adolescencia momentos de alto estrés, lo cual finalmente le provoco una descompensación mental severa.

Reaccionó bien al tratamiento y pudo continuar con su escolaridad gracias a su esfuerzo, el apoyo solidario de su entorno y a los avances científicos de tratamientos eficaces.

Ingresó a desarrollar estudios superiores, que llevó a término, logrando en el proceso niveles de bienestar y de reinserción social. No obstante, su reinserción social plena le fue difícil debido al estigma y a la discriminación social del que fue objeto, lo cual le provocó exclusión social, marcando con ello el desarrollo de su vida.

LA HISTORIA DE HOH

LA HISTORIA DE HOH TRANSCURRE EN UNA CIUDAD GRANDE, MIEMBRO DE UNA FAMILIA CON UNA MADRE PROFESORA BÁSICA Y UN PADRE CONTADOR, NACE Y SE CRÍA EN UN BARRIO TRADICIONAL PERO QUE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO, HAY GRANDES CONSTRUCCIONES E INMIGRACIÓN IMPORTANTE. DE HOH SE ESPERA QUE SEA UNA PERSONA EXITOSA Y FELIZ EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE SU VIDA. PERO ESTA PUEDE IR POR CAMINOS DIVERSOS



ERA UNA MAÑANA COMÚN, PERO HABÍA QUE DIRIGIRSE RÁPIDO AL HOSPITAL EN EL QUE ESTABAN INSCRITOS

HOH

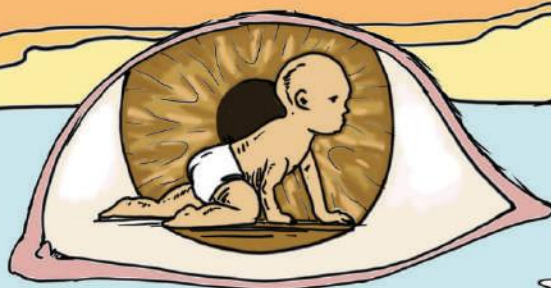
HOH FUE HIJO DESEADO. NACIÓ EN TIEMPOS NORMALES A TRAVÉS DE UN PARTO SIN COMPLICACIONES MAYORES. SU MADRE ERA PROFESORA DE EDUCACIÓN BÁSICA Y SU PADRE CONTADOR DE PROFESIÓN. ELLA SE MOSTRABA CON CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEPENDIENTES, ÉL ERA UN SUJETO MÁS DISTANTE, SERIO Y UN TANTO AUTORITARIO.

HOH, TUVO UNA EVOLUCIÓN DISARMÓNICA DESDE PEQUEÑO Y PRESENTÓ CIERTAS PARTICULARIDADES: TUVO UN BUEN DESARROLLO MOTOR, PERO HABLÓ TARDE. SE PARA, GATEA Y CAMINA EN TIEMPOS NORMALES (ALREDEDOR DE UN AÑO Y MEDIO), PERO EMITE SUS PRIMERAS PALABRAS CON SENTIDO SÓLO A LA EDAD DE TRES AÑOS. ANTES SÓLO MANIFESTABA CIERTOS RUIDITOS Y LLANTOS.

CONTROLA ESFÍNTERES (PIPI Y POPÓ) TARDE, SÓLO A PARTIR DE LOS 4 AÑOS. ERA UN BEBE GLOTÓN, QUE FIJABA LA MIRADA Y DE SONRISA FÁCIL, QUE INICIALMENTE NO LE TEMÍA A LAS PERSONAS EXTRAÑAS. SUS MIEDOS COMIENZAN A PARTIR DE LOS 6 AÑOS, CUANDO INGRESA AL COLEGIO DONDE SE AÍSLA DE MÁS EN MÁS.



SU MADRE HABÍA PRESENTADO
ALGUNOS PROBLEMAS EN EL
EMBARAZO, PERO LA LLEGADA DE
HOH ES UN EVENTO MUY FELIZ



HOH, BAJO LA MIRADA CUIDADOSA DE SU FAMILIA
EMPIEZA A RECORRER EL MUNDO Y A COMUNICARSE A SU MODO,
COMO LO HACEN TODAS LAS PERSONAS

DESCUBRÍA SUS EMOCIONES
Y DORMÍA..



EN SU NIÑEZ, HOH
SOLÍA ENSIMISMARSE



FUE CRECIENDO Y PASÓ POR LO QUE LA
MAYORÍA PASA, SE INCORPORÓ AL
SISTEMA EDUCATIVO Y DEBIÓ SEGUIR LAS
REGLAS Y CUMPLIR LAS ETAPAS DEL
DESARROLLO



ESO DE JUGAR CON MUCHOS NIÑOS
NO ERA LO SUYO

EN EL CICLO ESCOLAR BÁSICO EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE HOH, SIEMPRE FUE BUENO; PERO NO ERA ALGUIEN SOCIABLE. SOLÍA ENSIMISMARSE, CAUSANDO EL RECHAZO DE MUCHOS DE SUS COMPAÑEROS DE ESCUELA, QUIENES EN VARIADAS OCASIONES LE DISCRIMINABAN Y LE AISLABAN.

SIBIENTENÍABUENASCAPACIDADES COGNITIVAS(ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, MEMORIA), NO TENÍA BUENAS CONDICIONES EN LO QUE SE REFIERE A LA COGNICIÓN SOCIAL (CAPACIDAD DE PERCIBIR, INTERPRETAR Y RESPONDER ADECUADAMENTE A LOS PENSAMIENTOS, EMOCIONES E INTENCIONES DE OTRAS PERSONAS).

INCLUSO SUFRIÓ MANIFESTACIONES DE BULLYING (ACOSO ESCOLAR), LO CUAL LE AFECTÓ BASTANTE Y COMENZÓ A TENER MIEDOS DIVERSOS.

SIEMPRE SE PREGUNTABA POR QUÉ SUS COMPAÑEROS NO LE HABLABAN, NO LE INVITABAN, A PESAR DE QUE ÉL MISMO NO DEMOSTRABA MUCHO INTERÉS EN RELACIONARSE.

HOH SE REFUGIABA EN LA FANTASÍA Y SE ABOCABA AL ESTUDIO EN SOLITARIO, LO QUE AUMENTABA SU SENTIMIENTO DE SOLEDAD.



HOH TENÍA MUCHAS HABILIDADES EN LAS QUE DESTACABA, SIN EMBARGO, LE COSTABAN LAS RELACIONES SOCIALES, TODOS LO ENCONTRABAN UN NIÑO ESPECIAL

ENCONTRÓ EN EL DIBUJAR UNA FORMA DE EXPRESIÓN. Y LO HACÍA MUY BIEN..



LE ATRAÍA DIBUJAR CIERTAS COSAS QUE MUCHOS NO COMPRENDÍAN...

HOH, TENÍA APTITUDES DESTACADAS PARA EL DIBUJO, LA ESCRITURA, EL CÁLCULO MATEMÁTICO. SIEMPRE TUVO UN BUEN RENDIMIENTO ESCOLAR.

EN LA ADOLESCENCIA LAS DIFICULTADES DE “HOH” AUMENTARON. COMIENZA A AISLARSE DE MÁS EN MÁS, BAJA SU RENDIMIENTO ESCOLAR DENOTA DIFICULTADES DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN QUE LE CAUSAN MALESTAR, PUES SIEMPRE HABÍA TENIDO BUEN RENDIMIENTO ACADÉMICO.

MUESTRA DESÁNIMO, SIN CAUSA APARENTE, UN DESINTERÉS SOCIAL MAYOR Y COMIENZA A MANIFESTAR CIERTAS CONDUCTAS EXTRAÑAS QUE SE PERCIBEN POR EL ENTORNO SOCIAL COMO SIN SENTIDO.

SU LENGUAJE ES POR MOMENTOS CONFUSO Y UN TANTO DESORGANIZADO. HOH MANTIENE UNA POSTURA POR MOMENTOS RIGIDIZADA, TIENDE A NO FIJAR LA MIRADA, EVITA LA RELACIÓN INCLUSO CON SUS PADRES, COMIENZA A TENER CONDUCTAS EXTRAÑAS Y A SENTIRSE EN UNA PROFUNDA SOLEDAD.

YA MÁS GRANDE EMPEZÓ A PASAR
POR PERÍODOS EN QUE SE PUSO
DIFÍCIL PARA SUS PADRES

PASABA MUCHO TIEMPO EN SU
HABITACIÓN, ¿¿ERA LA
ADOLESCENCIA YA??



BASTA!!
HASTA CUÁNDO
&\$&#&!!



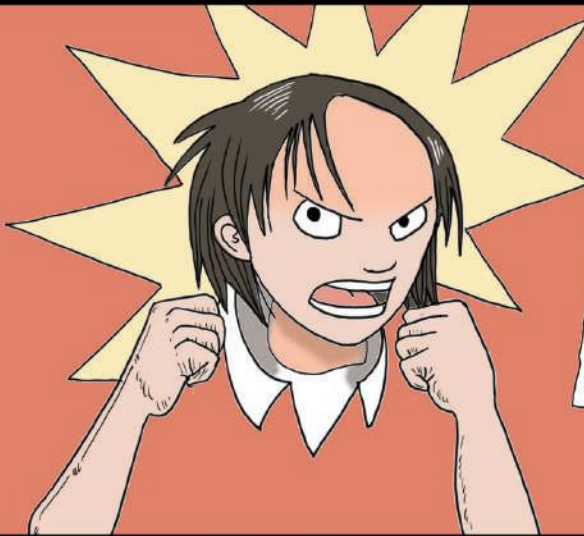


LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SE SIGUEN PROFUNDIZANDO.....

HOH NO ENTIENDE QUÉ LE ESTÁ PASANDO Y A MENUDO SE PREGUNTA QUÉ LE ESTARÁ OCURRIENDO PUES TAMBIÉN SE SIENTE EXTRAÑO, SITUACIÓN QUE CONVERSA EN SOLITARIO CON SU GATO, SU ÚNICO Y VERDADERO AMIGO.

SUS PADRES ATRIBUYEN LAS CONDUCTAS DE HOH, A SU ETAPA DE DESARROLLO (ADOLESCENCIA). ELLOS SON PERSONAS TOLERANTES (MÁS LA MADRE QUE EL PADRE) Y CONSIDERAN QUE “SUS CONDUCTAS SON PROPIAS DE SU EDAD..... YA SE LE VAN A PASAR”.





EXÁMEN DE
PREGUNTA II:
TEXTO: "LA LLUVIA
LOS RECHÓ DE
SILSAGA ENTRE
LOS ANGELES,
LEJOS, Y EL SO
CON EL QUIMOR
EN MEDIO DE LA
OBSERVABA LA ESC
CON UNA EXPRESI
OSTO?"
PREGUNTA: ¿CUAL
QUE PRECIONA
AJ ALESDA Y EAC
DI TOSTEZA Y MEL
CO CALMA Y SEDE
DI MISTERIO Y T

LENGUAJE
...CASA CON FUERZA
...ENC, MIENTRAS EL
...ES RASAS DESNUD
...EN PEDRO JULIAGA
...NIDO DE ARZOBISPO
...ONSTANTE DE LA C
...MENTA, UNA M
...HA DESDE LA VI
...MELANCOLICA I
...ES LA ATMÓSFERA
...EN EL TEXTO?
...YANZA
...VOLTA
...CIÓN



LA TENSIÓN FUE
SUBIENDO Y A HOH LE
COSTABA CADA VEZ MÁS
MANEJARLA, SURGÍAN
IMPULSOS Y EMOCIONES
QUE PRODUCÍAN
CONSECUENCIAS

DEPARTAMENTO DE CONVIVENCIA ESCOLAR
DISCIPLINA FORMATIVA. RESOLUCIÓN DE
CONFLICTOS ESCOLARES Y TEMAS VARIOS



EN SU COLEGIO FUE
LLAMADO AL ORDEN

LENGUAJE

EXÁMEN DE

HOH REPITE CUARTO MEDIO, LO CUAL ES MUY CATASTRÓFICO PARA ÉL, PUES SIEMPRE SE HABÍA REFUGIADO EN UN BUEN RENDIMIENTO ESCOLAR. ESA ERA SU DEFENSA FRENTE A SUS PARES, LOS CUALES TENÍAN CIERTA DISTANCIA CON ÉL POR CONSIDERARLO UN TANTO EXTRAÑO Y SOBRE TODO “NERD”.

TAMBIÉN SE RECLUÍA EN UN COMPORTAMIENTO Y UN DESARROLLO FANTASIOSO, QUE DESPLEGABA EN SUS DIBUJOS Y COMIENZA A AISLARSE DE MÁS EN MÁS, REPLEGÁNDOSE EN SU DORMITORIO.

LA CONDUCTA DE HOH COMIENZA AGRAVARSE Y NO DESEA INGERIR ALIMENTOS, PUES CONSIDERA QUE LA ALIMENTACIÓN PUEDE ESTAR ENVENENADA E INCLUSO COMIENZA A DESCONFÍAR DE SU MADRE.

TAMBIÉN MANIFIESTA EPISODIOS DE AGRESIVIDAD: GOLPEA PAREDES, AGREDE VERBALMENTE A LAS PERSONAS,....



HOH ANDABA DISTRAÍDO, EN
SU MENTE APARECIERON
IDEAS QUE A VECES TENÍAN
FORMAS SENSORIALES Y
OTRAS EN QUE SE SENTÍA
ALUIDIDO



YOU ARE
THE NEXT
THE HAPPY COMPANY

LAS MIRADAS DE LOS
COMPAÑEROS SE
VOLVIERON AMENAZANTES



EL INICIO DE EXPERIENCIAS
INTERNAS INTENSAS ERA
ANGUSTIANTE, PERO EN ESTE
TIEMPO HOY NO PODÍA DEFINIR
QUÉ ERA LO QUE SENTÍA, UNA
ATMÓSFERA DE EXTRAÑEZA, COMO
QUE ALGO MALO FUESE A PASAR



INICIABA SIN SABERLO UN
CAMINO ÁRIDO, EN QUE SE
PODRÍAN EN JUEGO TODAS
SUS CAPACIDADES



A man in a suit is pointing his finger at a woman in a red sweater. Concentric circles emanate from the man's head, suggesting a state of intense pressure or stress. The background is a dark, textured pattern.

SIGUIERON OCURRIENDO COSAS
QUE EXPONÍAN CADA VEZ MÁS A
HOH, SE FUE SINTIENDO
AGOBIAO POR ESTA PRESIÓN

A man in a blue suit and tie is sitting at a desk, gesturing with his hands while talking to two women. The woman on the left has pink hair and is wearing a green dress. The woman on the right has orange hair and is wearing an orange dress. In the background, there is a school building and a group of people. A framed portrait of a man in a military uniform is on the wall, and a sign above it reads 'ESCUELA N°458 HONORIO BUSTO E'. A row of lockers is visible on the right.

QUE LE PASA
A HOH?, HASTA EL
AÑO PASADO
IBA TAN BIEN

COMO COMUNIDAD
EDUCATIVA CONSIDERAMOS
QUE HOH NECESITA
AYUDA PROFESIONAL
A LA BREVEDAD

HOH COMIENZA A ALTERARSE CON LOS RUIDOS FUERTES, A SENTIR VOCES EN SU CABEZA, A INTERPRETAR QUE SUS COMPAÑEROS LE MIRAN MAL... EN GENERAL A SENTIRSE MUY MAL Y SUPER OBSERVADO POR LAS PERSONAS QUE LE RODEAN.

LA SITUACIÓN DE CRISIS DE HOH RESPECTO DE SU SALUD MENTAL, LAS INDICACIONES DE LA COMUNIDAD ESCOLAR ORIENTADAS POR LA UNIDAD EDUCATIVA Y DE CONVIVENCIA ESCOLAR DE SU COLEGIO, IMPULSAN A LOS PADRES A CONSULTAR A UN ESPECIALISTA.

HOH NO DESEA CONCURRIR AL MÉDICO PSIQUIATRA Y COMIENZA A ASISTIR REGULARMENTE A UNA PSICÓLOGA.

SE SIENTE MEJOR PUES LOGRA EXPRESAR SUS MIEDOS, SE AMINORA LA ANSIEDAD Y LA IRA, Y SE LE APRECIA MÁS LÚCIDO Y ORIENTADO. TAMBIÉN COMIENZA A MEJORAR LA RELACIÓN CON SUS PADRES.



ERA LA PSICÓLOGA
MÁS LINDA QUE
HABÍA CONOCIDO
EN SU VIDA

.. EN REALIDAD
ERA LA PRIMERA
PSICÓLOGA
QUE CONOCÍA..
.. SE LLAMABA
CLARA

¡ADELANTE
HOH!!



A HOH LE GUSTABA IR A LAS
SESIONES CON CLARA, LOGRÓ
AVANZAR EN SUS DIFICULTADES,
PERO POR DIFERENTES COSAS DE LA
VIDA, UN DÍA NO FUE MÁS.



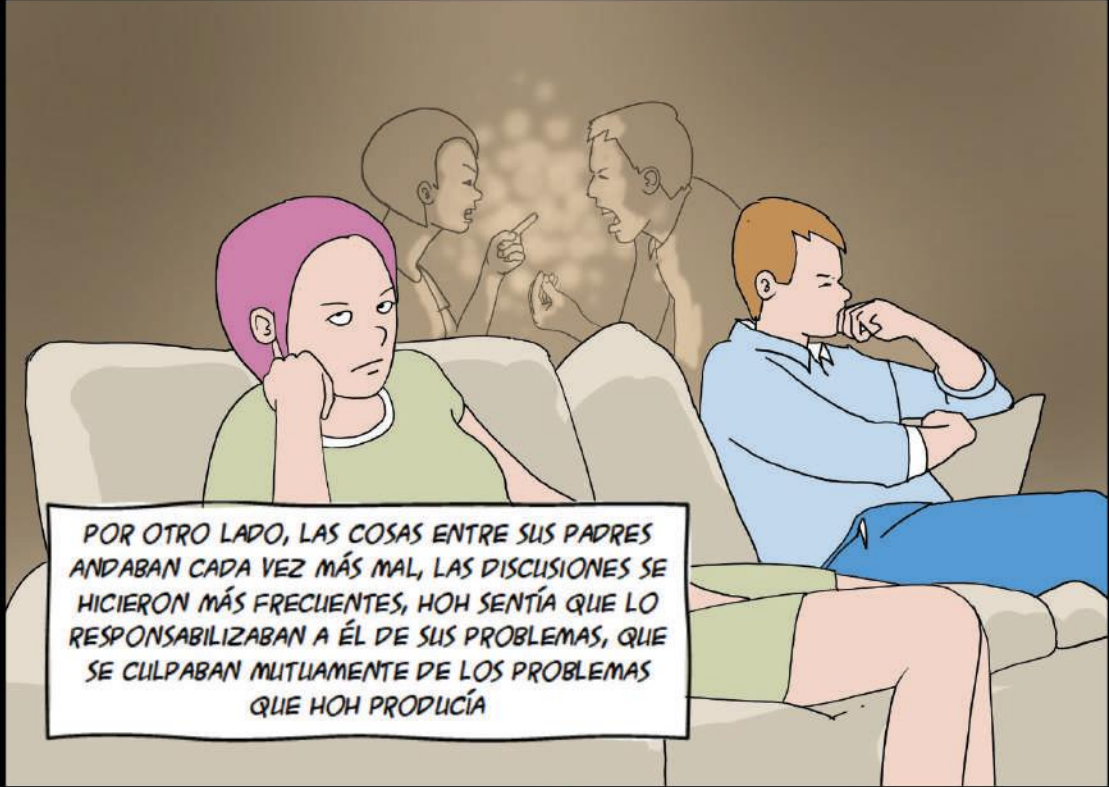
POR UN TIEMPO LAS COSAS ESTUVIERON MÁS TRANQUILAS,
PERO LAS CIRCUNSTANCIAS NO DABAN TREGUA.
SU QUERIDO GATO AMIGO UN DIA SE DURMIÓ

EL CONTEXTO FAMILIAR DESFAVORABLE, SUMADO A LAS DIFICULTADES QUE HOH HA PRESENTADO EN SU DESARROLLO, NO AUGURABAN UN BUEN PRONÓSTICO...

LOS PADRES TAMBIÉN TIENEN SUS PROPIOS CONFLICTOS Y ESTÁN EN PROCESO DE SEPARACIÓN. LAS RIÑAS QUE OBSERVA Y QUE ESCUCHA CONSTANTEMENTE, HOH, LE CAUSAN TEMOR Y COMIENZA A TENER MANIFESTACIONES DEPRESIVAS.

LA SITUACIÓN POR LA QUE PASAN SUS PADRES LE CAUSA UN FUERTE MALESTAR EMOCIONAL Y UNA BAJA DEL ÁNIMO QUE REPRIME.

EN SESIÓN CON LA PSICÓLOGA, NO DESEA MANIFESTAR EL CONFLICTO DE SUS PADRES, NO ENCUENTRA LAS PALABRAS. FINALMENTE ABANDONA LA TERAPIA, SUMIÉNDOSE DE MÁS EN MÁS EN SUS CONFLICTOS Y EN UN DESARROLLO PSICO-PATOLÓGICO.



LA CRISIS PSICOPATOLÓGICA VA EN AUMENTO.....

HOH HA DEJADO DE ASISTIR AL PSICÓLOGO Y COMIENZA A TENER MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA CON SUS PROGENITORRES. TAMBIÉN APARECEN CONDUCTAS AUTO-AGRESIVAS, SE AUTO PROFIERE CORTES EN LOS BRAZOS Y EN LAS PIERNAS. LOS PADRES SEÑALAN PREOCUPACIÓN POR LA CONDUCTA DE AUTOLESIÓN Y DICEN TEMER POR UN POSIBLE ACTO DE AUTOELIMINACIÓN.

LOS PADRES CONCURREN, CON HOH, A UN SERVICIO CLÍNICO, DONDE ES ATENDIDO EN URGENCIA POR UN MÉDICO QUE LO DERIVA A UN SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, PARA QUE A SU VEZ PUEDA SER DERIVADO A UN ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL. LA REALIDAD CHILENA EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL NO FACILITA LA TAREA PARA ENCONTRAR AYUDA, INCLUSO EN UNA SITUACIÓN DE CRISIS COMO EN LA QUE SE ENCUENTRA HOH.

FINALMENTE, LOS PADRES LOGRAN TENER ACCESO A UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL Y HOH ES ATENDIDO POR UN MÉDICO PSIQUIATRA. HOH SE IMAGINA QUE SE LE INTERNARA PARA SIEMPRE Y LE DA MUCHO MIEDO. PERO ELLO NO ES EFECTIVO, PUES EN LA ACTUALIDAD EXISTEN EXCELENTES TRATAMIENTOS AMBULATORIOS.

SUS SÍNTOMAS HACE RATO QUE ERAN YA EVIDENTES Y SE DIERON CUENTA QUE YA LAS COSAS HABÍAN LLEGADO AL PUNTO DE REQUERIR UNA INTERVENCIÓN MAYOR

TIENE CICATRICES EN LOS ANTEBRAZOS, ES MEJOR TENER CUIDADO

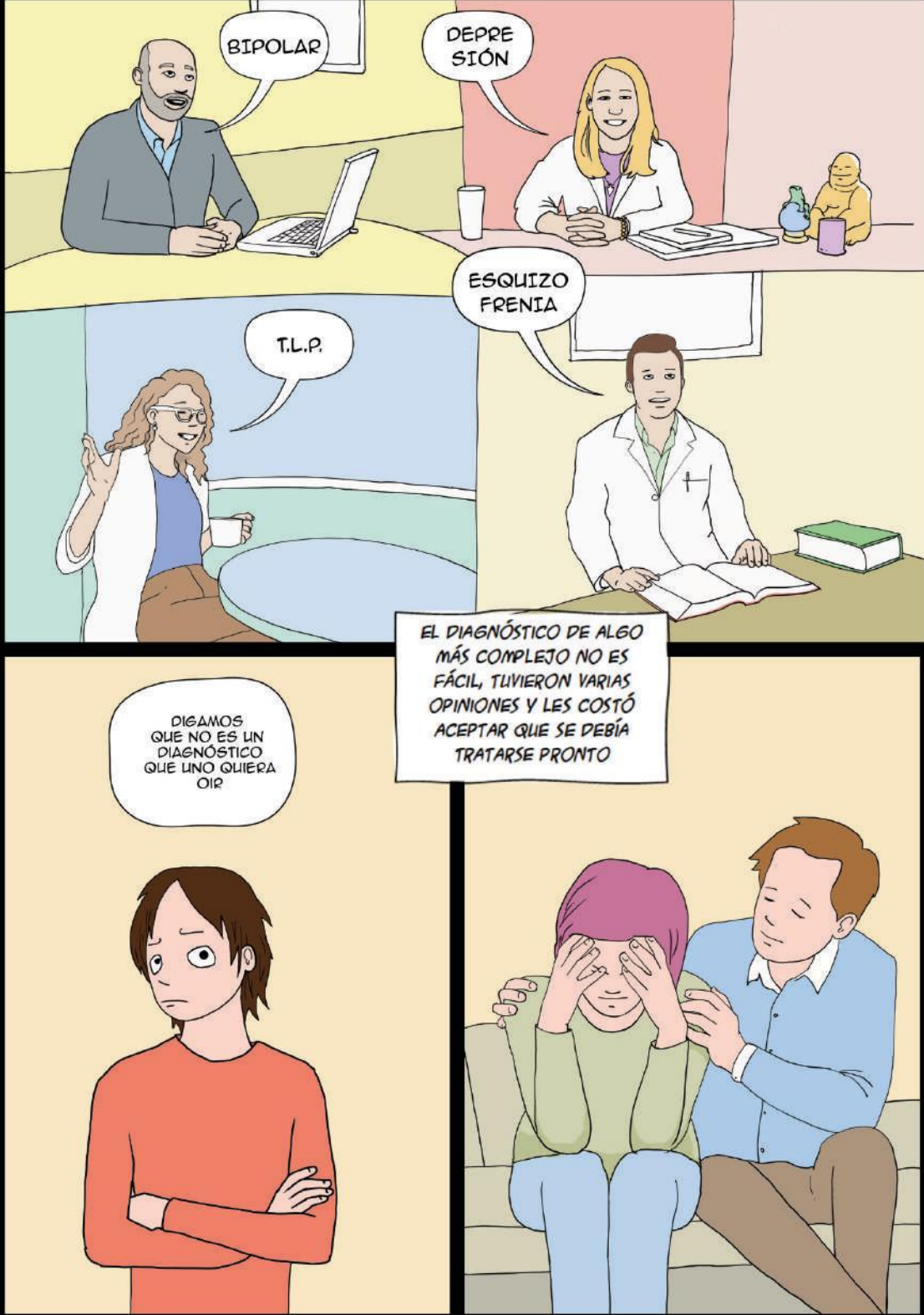
LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES
EXIGE TUS DERECHOS

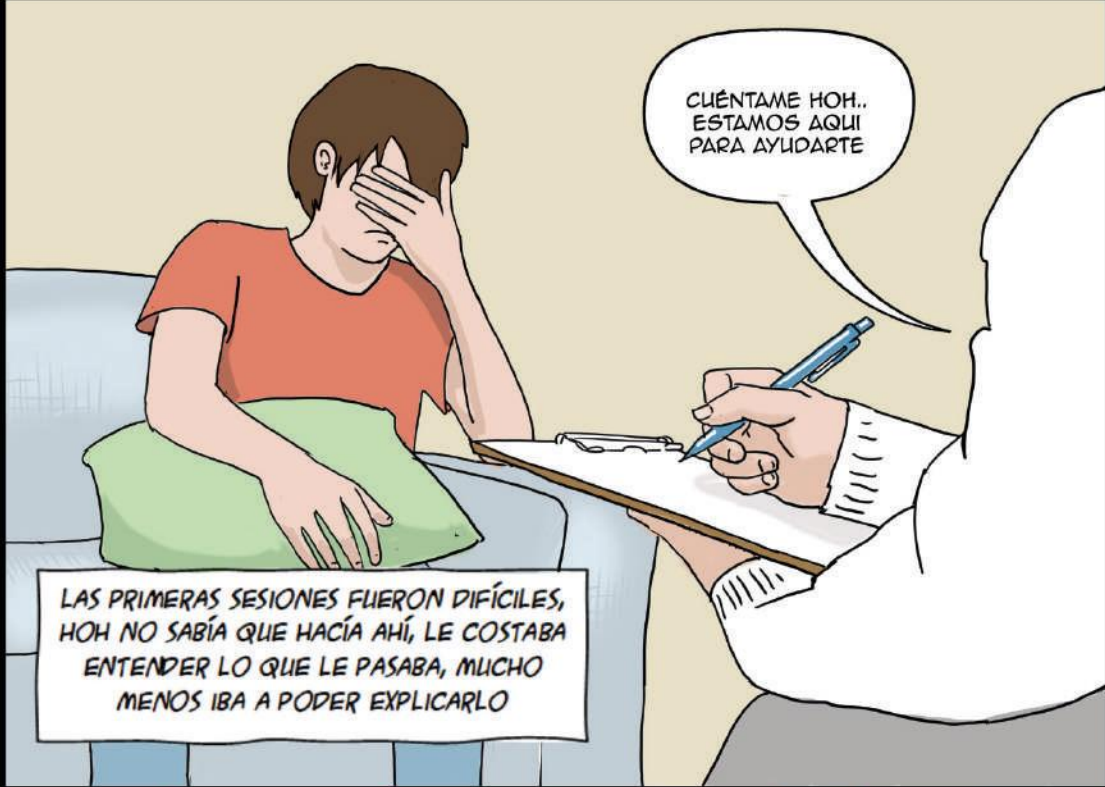


PARECE QUE SE DIERON CUENTA, YO NO VENÍA POR ESTO



NO HABÍA MÁS SALIDA QUE RECURRIR A AYUDA ESPECIALIZADA





NO FUE RÁPIDO ENCONTRAR EL
ESQUEMA DE FÁRMACOS
ADECUADO, UNO DE LOS
REMEDIOS LE HIZO SUBIR DE PESO

OTRO LE HIZO QUE SE LE
APRETARAN LOS MÚSCULOS Y LE
DABAN UNA APARIENCIA EXTRAÑA

LITIO
OLAN
ZAPINA
SERTRA
LINA
CLONA
ZEPAM
ARIPI
PRAZOL
QUETIA
PINA

HOH NO HABÍA RESPONDIDO BIEN A LO QUE
HASTA AHORA SE HABÍA HECHO, LAS SESIONES
CON EL PSIQUIATRA Y EL PSICÓLOGO NO
BASTABAN, DEBÍA HACERSE ALGO MÁS.
HOH SE IMAGINABA LO PEOR, QUE IBA A SER
INTERNADO EN UN MANICOMIO Y
ABANDONADO AHÍ.

CONCORDEMOS QUE EN
ESA ÉPOCA ERA BASTANTE
CATASTRÓFICO E
IMAGINATIVO Y HABÍA
VISTO MUCHAS PELÍCULAS
SINIESTRAS DEL TEMA,

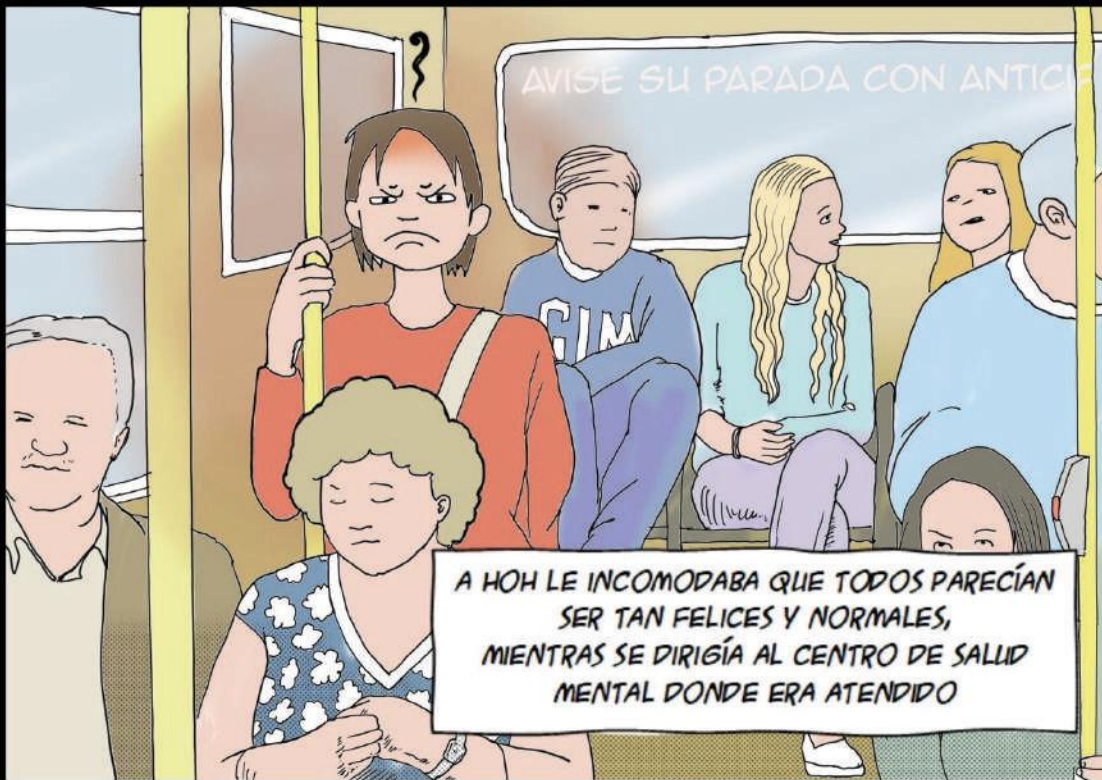
HOH NO DESEA INGERIR LOS MEDICAMENTOS. TAMPOCO SE SIENTE A GUSTO CON EL EQUIPO DE SALUD MENTAL QUE LE ATIENDE.

INCLUSO IMAGINA QUE A FUTURO SE LE HOSPITALIZARÁ DE POR VIDA Y COMIENZA A INTERPRETAR QUE SE QUEDARÁ EN ALGÚN LUGAR SOMBRÍO -COMO EN LAS PELÍCULAS -, LO CUAL LE CAUSA MUCHA INQUIETUD Y RECHAZO AL TRATAMIENTO.

SE LE HAN RECETADO FÁRMACOS QUE LE HAN PROVOCADO CIERTO AUMENTO DE PESO Y NO LOS DESEA SEGUIR CONSUMIENDO: LOS DEJA.

HOH, SE RESISTE A CONSIDERAR QUE TENDRÁ, QUIZÁS, QUE TOMAR FÁRMACOS TODA SU VIDA.

ES UN ADOLESCENTE INTELIGENTE, QUE PERCIBE LA GRAVEDAD DE LA SITUACIÓN Y SE RESISTE A ACEPTAR QUE ESTÁ AD PORTAS QUE SE DIAGNÓSTIQUE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y ABANDONA EL TRATAMIENTO, PUES NO DESEA SER MEDICADO DE POR VIDA. LA SITUACIÓN SE AGRAVA



SE HOSPITALIZA, DEBIDO A LA GRAVEDAD DEL CASO. SE PROCEDE A REALIZAR UN ESTUDIO DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE UN EQUIPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.

EL EJERCICIO DE DIAGNÓSTICO PERMITE SEÑALAR EN QUÉ ESPACIO DE LAS AFECTACIONES PSÍQUICAS SE SITÚA EN LA PERSONA. ELLO PERMITIRÁ CONTAR CON UNA CARTA DE NAVEGACIÓN QUE ORIENTARÍA HACIA DÓNDE DIRIGIR LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS.

HACER UN DIAGNÓSTICO PRECISO EN ESTA ETAPA NO ES FÁCIL Y ES VISTO POR DIFERENTES PROFESIONALES QUE MUCHAS VECES TIENEN OPINIONES DISTINTAS, FINALMENTE SE DIAGNÓSTICA UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO, CONSIDERANDO LA SINTOMATOLOGÍA Y SU HISTORIA CLÍNICA.

INGRESA EN EL HOSPITAL A UN PROGRAMA ESTATAL (GARANTÍA EXPLÍCITA EN SALUD, GES), ES TRATADO CON MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS E INGRESA A UN PROGRAMA DE APOYO PSICOTERAPÉUTICO.

SE LE SEÑALA QUE DEBE ASISTIR A GRUPOS TERAPÉUTICOS CON JÓVENES DE IGUAL EDAD. SE DA CUENTA QUE EL AMBIENTE NO ES TERRIBLE, QUE ES BASTANTE ACOGEDOR. TAMBIÉN, SE INCORPORA A LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO Y COMIENZA UN REFORZAMIENTO DE ASPECTOS COGNITIVOS. EL EQUIPO DE SALUD LE PROPORCIONA PSICOEDUCACIÓN RESPECTO DE LO QUE LE ESTÁ ACONTECIENDO Y DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS.

LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD DE HOH ES OSCILANTE, LO CUAL EXIGE A LOS PROFESIONALES TRABAJAR ESE ASPECTO, EN PERMANENCIA.

AL INICIO LO FUNDAMENTAL ES ATENDER LOS SÍNTOMAS DE ESTE JOVEN, DE LO CONTRARIO LAS POSIBILIDADES DE LOGROS TERAPÉUTICOS SON CASI IMPOSIBLES.

SI BIEN EL DIAGNÓSTICO PERMITIRÁ AL EQUIPO DE SALUD ORGANIZAR LA INTERVENCIÓN, EL TRATAMIENTO, ES MUY PROBABLE QUE HOH NO SE IDENTIFIQUE PLENAMENTE CON DICHA NOMINACIÓN.

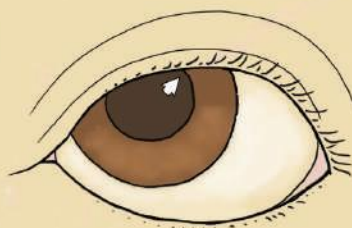
LA EXPERIENCIA DE HOH, ES MÁS QUE UN DIAGNÓSTICO Y NO SE REDUCE SÓLO A SÍNTOMAS: LA EXPERIENCIA PSICÓTICA EMERGE EN UNA BIOGRAFÍA SINGULAR, ATRAVESADA POR VÍNCULOS, CONFLICTOS Y MODOS PROPIOS DE SIGNIFICAR EL SUFRIMIENTO, LOS CUALES DEBERÁN SER TRABAJADOS INDIVIDUALMENTE EN EL SENO DEL EQUIPO DE SALUD, A FIN DE QUE HOH ELABORE DESDE SU SUBJETIVIDAD, UNA CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO RESPECTO DE LO QUE LE HA PASADO.

PERO NO ERA TAN TERRIBLE COMO HABÍA CREÍDO.
SINTIÓ QUE NO ERA A LA ÚNICA PERSONA QUE
LE PASABAN ESTAS COSAS, SE DIÓ CUENTA QUE
NO ERA UN "BICHO RARO".

HOLA CHIKES,
ME LLAMO
CELESTE

ERA UN BUEN LUGAR,
HABÍA CARINO Y RESPETO

HOH INGRESÓ A UN
TRATAMIENTO INTENSIVO,
DEBIÓ DE DEJAR DE ASISTIR A
SU ESCUELA UN RATO



HOH HABÍA ACEPTADO RECIBIR
LA AYUDA QUE REALMENTE
NECESITABA

LA ESTABILIZACIÓN PSÍQUICA Y LA RECUPERACIÓN.....

HOH APRECIA QUE EL TRATAMIENTO NO ES TAN TERRIBLE COMO LO HABÍA IMAGINADO, LO CUAL DISIPA SUS MIEDOS.

ASISTE A TERAPIA DE GRUPOS, DONDE ES MUY BIEN ACOGIDO; TAMBIÉN SE LE INCLUYE EN TERAPIA DE APOYO INDIVIDUAL. SE ESTÁ ATENTO A SU EVOLUCIÓN A FIN DE PROBLEMATIZAR CON MAYOR PROFUNDIDAD SUS ANGUSTIAS.

SEÑALA, EN CONVERSACIONES CON EL EQUIPO DE SALUD TRATANTE, QUE ESE AÑO PODRÍA HABER INGRESADO A LA UNIVERSIDAD, SI NO SE HUBIERA SENTIDO TAN MAL.

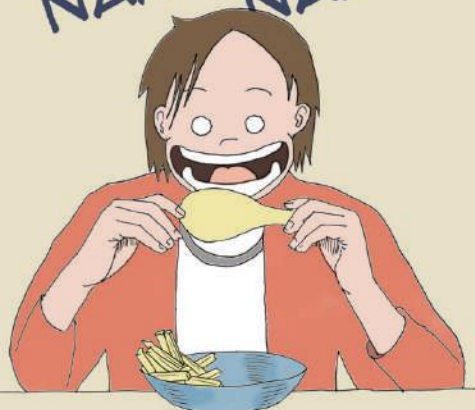
PRESENTA UNA MUY BUENA EVOLUCIÓN. INCLUSO EN SESIONES CON PSICÓLOGO Y PSIQUIATRA, EMITE UNA CRÍTICA DE SUS PENSAMIENTOS ANTERIORES Y DE SU ESTADO EN GENERAL. MEJORA SU APETITO Y YA NO PIENSA QUE SE LE DESEABA ENVENENAR.

VUELVE A CASA Y AL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.

DESPUÉS DE UN TIEMPO EL TRATAMIENTO EMPEZÓ A FUNCIONAR MEJOR Y LAS VOCES Y LOS TEMORES PARANOICOS FUERON DISMINUYENDO, ASÍ PUDO VOLVER AL COLEGIO, A TERMINAR SU ENSEÑANZA MEDIA Y A DISFRUTAR DE LAS COMIDAS QUE HABÍA EN CASA.



ÑAM!! ÑAM!!



GRESO GENERACIÓN



SU REINSERCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL NO ES SENCILLA. SE LE DISCRIMINA, ESTIGMATIZA Y SE MALINTERPRETAN SUS ACCIONES (POR PARTE DE LA COMUNIDAD ESCOLAR Y DOCENTE). LA DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA, CAUSÓ CIERTA DESCONFIANZA HACIA HOH Y CONDUCTAS NO DESEADAS POR PARTE DE LA COMUNIDAD ESCOLAR.

POR OTRA PARTE, A PESAR DE SU BUENA EVOLUCIÓN, LOS MEDICAMENTOS AÚN ESTÁN EN AJUSTE DE DOSIS Y MANTENÍAN A HOH EN CIERTO ESTADO DE SOMNOLENCIA, NO TENIENDO SU ESTADO DE CONSCIENCIA COMPLETAMENTE LÚCIDO.

HOH, COMIENZA A RESTABLECERSE PERO PERCIBE Y SIENTE EL RECHAZO Y EL MIEDO POR PARTE DE SUS COMPAÑEROS, LO CUAL DAÑA SU AUTOESTIMA.

LAS PERSONAS NO ENTIENDEN QUE LA FALTA DE ACOGIDA Y EL RECHAZO DAÑAN LA RECUPERACIÓN DE LOS SUJETOS. HOH, COMIENZA A AISLARSE Y A SENTIRSE DISCRIMINADO.

NO OBSTANTE, LA EVOLUCIÓN DE HOH ES MUY FAVORABLE Y VA RECUPERANDO SUS CAPACIDADES DE ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, APRENDIZAJES.

HOH ELIMINA SUS CONDUCTAS VIOLENTAS Y SUS SOSPECHAS DE QUE SE LE DESEA ENVENENAR A TRAVÉS DE LA INGESTA DE ALIMENTOS. SE VUELVE UN POCO MÁS SOCIABLE. SE AUTOCRÍTICA POR LO QUE LE

ACABA DE SUCEDER, SOBRE TODO RESPECTO DE SUS PENSAMIENTOS DESAJUSTADOS VINCULADOS A SUS PADRES. RETOMA SU AMISTAD CON SU GATO, A QUIEN HABÍA DEJADO DE LADO.

A PESAR DE SU BUENA EVOLUCIÓN, HOH SE SIENTE MUY INQUIETO CON EL DIAGNÓSTICO QUE SE LE HA SEÑALADO: EPISODIO PSICÓTICO BREVE, EN OBSERVACIÓN ESQUIZOFRENIA. LA REVELACIÓN DEL DIAGNÓSTICO LE TORNA MÁS ENSIMISMADO.

EL EQUIPO TRATANTE LE ENTREGA ELEMENTOS EDUCATIVOS A FIN DE QUE SE AUTO-CUIDE, PUEDA RECONOCER Y AFRONTAR ESAS MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS QUE TUVO Y QUE POCO A POCO LE CAUSARON LA PÉRDIDA DEL JUICIO DE REALIDAD.

SE LE SEÑALA QUE DEBE RECONOCER CUANDO SE SIENTE ANGUSTIADO, DETECTAR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS Y AUTO-CUIDARSE, A FIN DE NO VOLVER A TENER UNA DESCOMPENSACIÓN MENTAL.

HOH, TERMINA LA SECUNDARIA.



LOS BUENOS RESULTADOS ESCOLARES PERMITEN QUE HOH INGRESE A LA UNIVERSIDAD. LOGRA TENER MUY BUENOS PUNTAJES EN LAS PRUEBAS DE ACCESO, LO CUAL LE PERMITE QUE LOGRE LOS PUNTAJES NECESARIOS PARA INGRESAR A ESTUDIAR DISEÑO DIGITAL VINCULADO CON LAS ARTES VISUALES

HOH DEMUESTRA CON ELLO QUE SUS FUNCIONES MENTALES VINCULADAS A LA COGNICIÓN NO SOCIAL (ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, MEMORIA, ABSTRACCIÓN, ENTRE OTRAS), NO SE HAN ALTERADO MAYORMENTE.

SUS INTERESES ESTÁN ORIENTADOS AL USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS, VINCULADAS AL DIBUJO Y DISEÑO DE ESCENARIOS FANTÁSTICOS, APTITUDES QUE HA MANIFESTADO DESDE SIEMPRE.



INTENTÓ HACER AMIGOS E
INTEGRARSE A LA VIDA DE
ESTUDIANTE, PERO NO LE
ERA FÁCIL, NO SUPO CÓMO
HACERLO



YA ES TARDE
¿ME IRAN A LLAMAR
PARA JUNTARNOS?

LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE HOH, SIEMPRE HAN SIDO TÍMIDAS Y PARTICULARES Y ELLO SE REPITE EN EL MEDIO UNIVERSITARIO, LO CUAL PROVOCA QUE NUEVAMENTE TENGA MUY POCOS AMIGOS Y NO CONECTE LOS OTROS, REPITIENDO UN PATRÓN DE CONDUCTA RELACIONADO CON SUS PROBLEMAS DE COGNICIÓN SOCIAL. MIENTRAS SUS COMPAÑEROS SE JUNTAN Y SE DIVIERTEN ÉL PERMANECE AISLADO Y NO ES CAPAZ POR SÍ MISMO DE ESTABLECER CONTACTOS RELACIONALES MEDIANAMENTE DURADEROS Y HACER AMIGOS.

SU VIDA EN LA UNIVERSIDAD NO FUE SIN DIFICULTADES, HOH CONSERVA SUS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD RETRAÍDA, FANTASIOSA Y SOÑADORA.

UN DÍA DESCUBRIÓ LA
REALIDAD VIRTUAL



ENTONCES SE VOLVIÓ A SU
ESPACIO INTERIOR NUEVAMENTE



Y MUNDOS DONDE TODO
ERA MÁS SEGURO



HOH TERMINA SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE MANERA EXITOSA. EN SU PASO POR LA UNIVERSIDAD DESCUBRE LA REALIDAD VIRTUAL, LO CUAL SE CONECTA MUCHO CON SU MUNDO PROPIO. PERO SIENTE QUE NO TIENE LAS MISMAS OPORTUNIDADES LABORALES QUE SUS COMPAÑEROS A PESAR DE HABER SIDO UN ESTUDIANTE DESTACADO. NUEVAMENTE SE REPITE LA MISMA SENSACIÓN DE FRACASO QUE TENÍA CUANDO CURSABA LA EDUCACIÓN SECUNDARIA, LO CUAL ERA MUY FRUSTRANTE.

SEÑALA QUE NO ES COMO LOS DEMÁS JÓVENES DE SU EDAD Y QUE LE GUSTARÍA PODER REALIZAR UNA VIDA PLENA: TENER AMIGOS, TENER UNA PROFESIÓN EXITOSA, UN TRABAJO ESTABLE, NO TOMAR MEDICAMENTOS, TENER UNA PAREJA, SER LIBRE.

SU EDAD LE VA UBICANDO EN LA ADULTEZ JOVEN Y LUCHA A SU MANERA POR UNA INSERCIÓN LABORAL Y TAMBIÉN DESEA TENER UNA PAREJA.

PERO LAS COSAS NO RESULTABAN..
HOH NO ENTENDÍA POR QUÉ
LE COSTABA TANTO



APENAS SALIÓ DE SU CARRERA
INTENTÓ BUSCAR TRABAJO

DESPUÉS DE TERMINAR SUS ESTUDIOS
NO TENÍA LOS LOGROS DE LOS DEMÁS
ERA FRUSTRANTE





EL ESTIGMA SOCIAL Y EL AUTO-ESTIGMA...

HOH, SIENTE QUE EN VARIOS MEDIOS SOCIALES SE LE ESTIGMATIZA COMO UNA PERSONA “RARA”. ESTA MIRADA Y RECHAZO DE LOS OTROS LE DESANIMA PROFUNDAMENTE Y COMIENZA A AUTO ESTIGMATIZARSE Y A PRESENTAR CIERTAS ANGUSTIAS CORPORALES, ESTILO SOMATIZACIONES NEURÓTICAS

HOH BAJA SU AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA, Y, SE SIENTE UNA PERSONA ENFERMA PUES ESTÁ OBLIGADO A CONSUMIR MEDICAMENTOS, NO SER LIBRE. ESTÁ CONSCIENTE QUE LOS NECESITA, PERO ELLO LE HACE SENTIR MAL.

HOSPITAL

YA "SOY UN ENFERMO", ESTO NUNCA SE ME VA A PASAR

LE FUE INEVITABLE ASUMIR LA IDENTIDAD DE UN ENFERMO Y SENTIRSE UNA PERSONA DE MENOR CALIDAD QUE LOS DEMÁS

TODOS SON NORMALES, YO NO PUEDO

NO TENGO LAS CONDICIONES NECESARIAS MEJOR ME QUEDO AQUÍ

LA IDENTIDAD DE ENFERMEDAD ...

LA HOSPITALIZACIÓN, EL EPISODIO PSICÓTICO Y EL DEBER CUMPLIR UN TRATAMIENTO POR EL RIESGO DE TENER UNA RECAÍDA, HA DEJADO PROFUNDAS HUELLAS EN LA SUBJETIVIDAD DE HOH.

ELLO CON INDEPENDENCIA DE QUE LA ENFERMEDAD HAYA TENIDO UNA BUENA EVOLUCIÓN. TAMBIÉN QUE SU RECUPERACIÓN LE HA PERMITIDO DESARROLLAR Y TERMINAR ESTUDIOS SUPERIORES. VALE DECIR QUE EL CURSO DE SU CICLO VITAL HA CONTINUADO EN UN MARCO DE BIENESTAR MÁS MENOS SATISFACTORIO.

EL TEMA QUE COMIENZA A TOMAR CUERPO EN SU SUBJETIVIDAD, ES EL ESTIGMA SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL. EL ESTIGMA PASA A OPERAR EN HOH COMO GATILLADOR DE ESTRÉS, DE BAJAS DEL ÁNIMO, INCLUSO DE IDEAS DE MUERTE.

SUS TENDENCIAS DE AUTOAISLAMIENTO, EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN SOCIAL LE VAN SOCAVANDO PSÍQUICAMENTE. ELLO LE DEPRIME Y SE ACENTÚAN SUS RASGOS DE PERSONALIDAD, SU PREFERENCIA POR EL AISLAMIENTO SOCIAL E INCLUSO SE COMIENZAN A PROFUNDIZAR LAS DIFICULTADES EN COGNICIÓN SOCIAL, LAS CUALES LE ACOMPAÑAN DESDE PEQUEÑO.

YA NO TIENE AMIGOS/GAS, LAS PERSONAS NO LE LLAMAN, NO SE CONECTAN, LE EVITAN. SÓLO CUENTA CON SUS PADRES,

CON QUIENES, HOH, NO TIENE UNA RELACIÓN FLUIDA, PUES NO DESEA PARECER, FRENTE A LOS OTROS, DEPENDIENTE DE ELLOS. TAMBIÉN TIENE A SU HERMANA MENOR, PERO LA DIFERENCIA DE EDAD NO LES PERMITE UNA BUENA INTERACCIÓN.

HOH, SE AFERRA A LA FANTASÍA Y A SU MUNDO PRIVADO. TAMBIÉN COMIENZA A DESARROLLAR UNA IDENTIDAD DE ENFERMO, LO CUAL ES MUY DAÑINO PARA SU REHABILITACIÓN.



SUS PADRES INTENTARON
PROTEGERLO, OCULTANDO
LOQUE LE PASABA A HOH AL
RESTO DE LA FAMILIA, PERO
ESTO EMPEORABA SU
SENSACIÓN DE ESTAR
MARGINADO

HOLA PRIMA
TANTO TIEMPO
SIN VERNOS!!



SI PRIMA, EN ESPECIAL
NO SABÍAMOS
NADA DE HOH
EN LA FAMILIA
HACE SEMANAS



ES QUE NO LES
HABÍAMOS
CONTADO QUE HOH
ESTABA EN EL SUR
CON UNOS AMIGOS

EL ESTIGMA SOCIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA.....

LA FAMILIA, FUNDAMENTALMENTE EL PADRE Y LA MADRE, TAMBIÉN PERCIBEN EL ESTIGMA SOCIAL FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL Y EN OCASIONES ELLOS TAMBIÉN SE SIENTEN DISCRIMINADOS.

LOS PADRES HAN APRENDIDO QUE TIENEN QUE OCULTAR EL HECHO QUE HOH HAYA ESTADO HOSPITALIZADO POR UN EPISODIO PSICÓTICO Y NO SE ATREVEN A MANIFESTAR QUE PADECE UN TRASTORNO CRÓNICO. INCLUSO SE LO OCULTAN A SU FAMILIA DIRECTA ENTREGANDO EXPLICACIONES FALSAS (“NO LES HABÍAMOS CONTADO QUE HOH ESTABA EN EL SUR CON UNOS AMIGOS”)

TIENEN MIEDO A SER RECHAZADOS, AL IGUAL QUE HOH, Y QUE TAMBIÉN EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL CAIGA SOBRE SU HIJA MENOR.

SE SEÑALA QUE LA ESTIGMATIZACIÓN INCLUSO HA TRASCENDIDO AL PERSONAL DE SALUD EN GENERAL. A FORTUNADAMENTE, EL EQUIPO DE SALUD QUE ATIENDE DIRECTAMENTE A HOH, NO MANIFIESTA ESA CONDUCTA.

EXISTEN ANTECEDENTES QUE SUGIEREN QUE LOS PACIENTES SENTIRÍAN MIEDO A SER ESTIGMATIZADOS POR LOS EQUIPOS DE SALUD. ELLO PODRÍA DERIVAR EN UNA FALTA DE BÚSQUEDA DE

AYUDA PROFESIONAL, DE TRATAMIENTO O NO CUMPLIMIENTO ADECUADO DE ÉL, LO QUE EN OCASIONES, PRODUCE CONSECUENCIAS MAYORES QUE LOS MISMOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO.

ESTAS CONSTATAIONES NO APORTAN EN LA RECUPERACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL DEL AFECTADO.

SUS PADRES TRATABAN DE
COMPENSAR Y LE
ARRENDARON UN ESPACIO
INDEPENDIENTE

DESDE AQUÍ
SE VE EL
CERRO

GATO DEL BARRIO
QUE IBA PASANDO

LA VIDA DE
ADULTO
NO ES
FÁCIL, HAY
COSAS QUE
MANTENER
Y DE LAS
QUE
HACERSE
CARGO.
¡HUM!



PERO HOY SE LAS LOGRABA
ARREGLAR CADA CIERTO RATO ..
(UN RATO ANTES DE QUE
LLEGARAN SUS PADRES
A VERLO)



¡KNOCK!
¡KNOCK!

EL TIEMPO PASABA LENTO Y EN SOLITARIO, LAS RUMIACIONES NO SE IBAN, LLENABAN TODO EL ESPACIO, DONDE NO CABÍAN NI LOS BUENOS CONSEJOS NI LAS PALABRAS DE ALIENTO, PERO HABÍAN OCASIONES DONDE LAS COSAS IBAN MEJOR



COMO CUANDO LLEGABA "FASTI", LE DECÍAN ASÍ PORQUE LLEGABA SIN AVISAR Y CON GANAS DE HABLAR DE LOS NUEVOS MANGAS QUE HABÍA LEÍDO, HABLABA Y HABLABA... PERO LE CAÍA BIEN.



ありがとう、友よ。でも、少し話さないで。もう自分が何を考えているのかもわからない...でも、たまにはそういうのも悪くないわ。



GRACIAS AMIGO, ¿PERO PUEDES PARAR UN RATO DE HABLAR?.. QUE YA NO SÉ NI LO QUE PIENSO.
¡¡ARIGATO!!

HA PASADO CIERTO TIEMPO Y HOH YA ES UN ADULTO Y UN PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL DISEÑO DIGITAL VINCULADO CON LAS ARTES VISUALES Y LOS MUNDOS DE FANTASÍA. SE HA INICIADO TAMBIÉN EN LA ANIMACIÓN Y LA REALIDAD VIRTUAL.

CONTINÚA CON EL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS, LO CUAL IMPIDE QUE EN SITUACIONES DE ESTRÉS PUEDA DESCOMPENSAR SU SALUD MENTAL. PRESENTA ALTOS Y BAJOS RESPECTO DE SU ESTADO DE ÁNIMO, ANSIEDAD Y MANIFESTACIONES EVITATIVAS DE PARTICIPACIÓN EN GRUPOS, LO CUAL, EN GENERAL, ESTÁ VINCULADO CON EL RECHAZO SOCIAL QUE SIENTE A MENUDO Y LA INSTALACIÓN EN SU SUBJETIVIDAD DE LA “IDENTIDAD DE ENFERMEDAD”, ANTES MENCIONADA.

NO LE ES FÁCIL LA VIDA Y SE AÍSLA. CUANDO ESTABA EN LA UNIVERSIDAD POR LO MENOS FRECUENTABA A SUS COMPAÑEROS. MUCHOS LE CONSIDERABAN COMO UNA PERSONA EXTRAÑA; NO OBSTANTE, ALGUNOS DE ENTRE ELLOS, LE RESPETABAN POR SU BUEN DESEMPEÑO UNIVERSITARIO.

HOH EN AQUELLA ÉPOCA TENÍA LA POSIBILIDAD DE DESARROLLAR CIERTA INTERACCIÓN SOCIAL, LA CUAL LE HACÍA SENTIRSE BIEN Y PERTENECER A UN GRUPO SOCIAL.

EN LA ACTUALIDAD EL EQUIPO TRATANTE HA INTENTADO INTEGRARLO A ACTIVIDADES COMUNITARIAS PRÓXIMAS A SU DOMICILIO, PERO NO ASISTE.

NO SE SIENTE ATRAÍDO POR ESE MEDIO NI POR LAS ACTIVIDADES GRUPALES QUE ALLÍ SE DESARROLLAN, NO LE AGRADAN LOS ESPACIOS ABIERTOS A LA COMUNIDAD, LOS CONSIDERA DEMASIADO IMPERSONALES. PREFIERE LA INTIMIDAD, LA COMUNICACIÓN DUAL.

HOH, PASA HORAS LEYENDO, DIBUJANDO, ESCUCHANDO MÚSICA, ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EN SOLEDAD.

ACTUALMENTE VIVE EN UN DEPARTAMENTO DE SUS PADRES. LA FAMILIA HA HECHO EL ESFUERZO DE MANTENERLO ECONÓMICAMENTE Y LE HA FACILITADO QUE VIVA INDEPENDIENTEMENTE, A FIN DE QUE LOGRE POR SÍ MISMO ORGANIZARSE, SER INDEPENDIENTE Y SUSTENTARSE. HOH SE SIENTE MUY A GUSTO CON ELLO.

SU INCORPORACIÓN A LA VIDA DE ADULTO NO HA SIDO SENCILLA, BUSCA TRABAJO Y EL ESTIGMA SOCIAL LE PERSIGUE. SIEMPRE SE LE RECHAZA POR SU MODO DE CONTACTAR Y RELACIONARSE Y POR SUS ANTECEDENTES EN SALUD. HOH NO LOGRA ENTENDER TANTO RECHAZO, LO CUAL LE DEPRIME, LE AÍSLA Y LE FRUSTR.

HOH, NO ES UNA PERSONA VIOLENTA. ES ALGUIEN AGRADABLE, AMANTE DE LA NATURALEZA, DE LA ESTÉTICA EN GENERAL. DISFRUTA DE SUS BUENOS MOMENTOS Y ES AGRADECIDO CON EL ENTORNO.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ANTIPSICÓTICOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN ASOCIADOS A OTROS FÁRMACOS Y A

LA PSICOTERAPIA DE APOYO, LE HAN SIDO MUY EFECTIVOS Y BENEFICIOSOS.

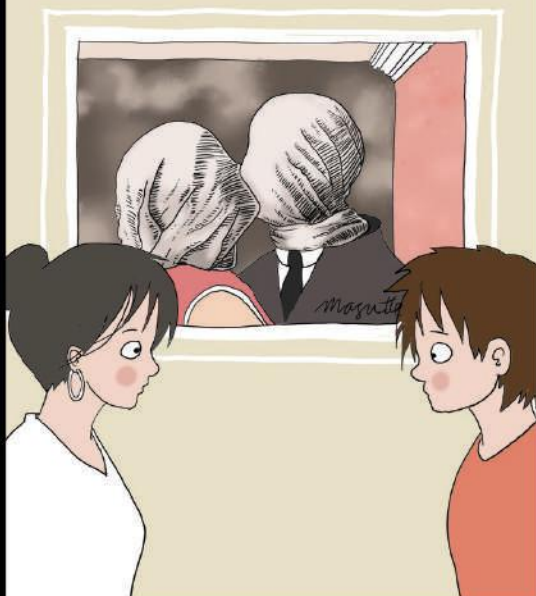
DESARROLLA TRABAJOS POR PROYECTOS, LOS CUALES -CUANDO LOS TIENE- EJECUTA DE MANERA MINUCIOSA Y NOVEDOSA. HOH ES UNA PERSONA CREATIVA.

HA TENIDO PAREJAS QUE LE HAN AYUDADO MUCHÍSIMO EN SU ESTABILIDAD PARA EL DIARIO VIVIR Y ESTAS HAN SIDO UN FACTOR PROTECTOR RESPECTO DE SU ESTABILIDAD PSÍQUICA.

DESPUÉS DE UN RATO EL ARTE
LE SIRVIÓ PARA CONOCER A
UNA PERSONA ENCANTADORA



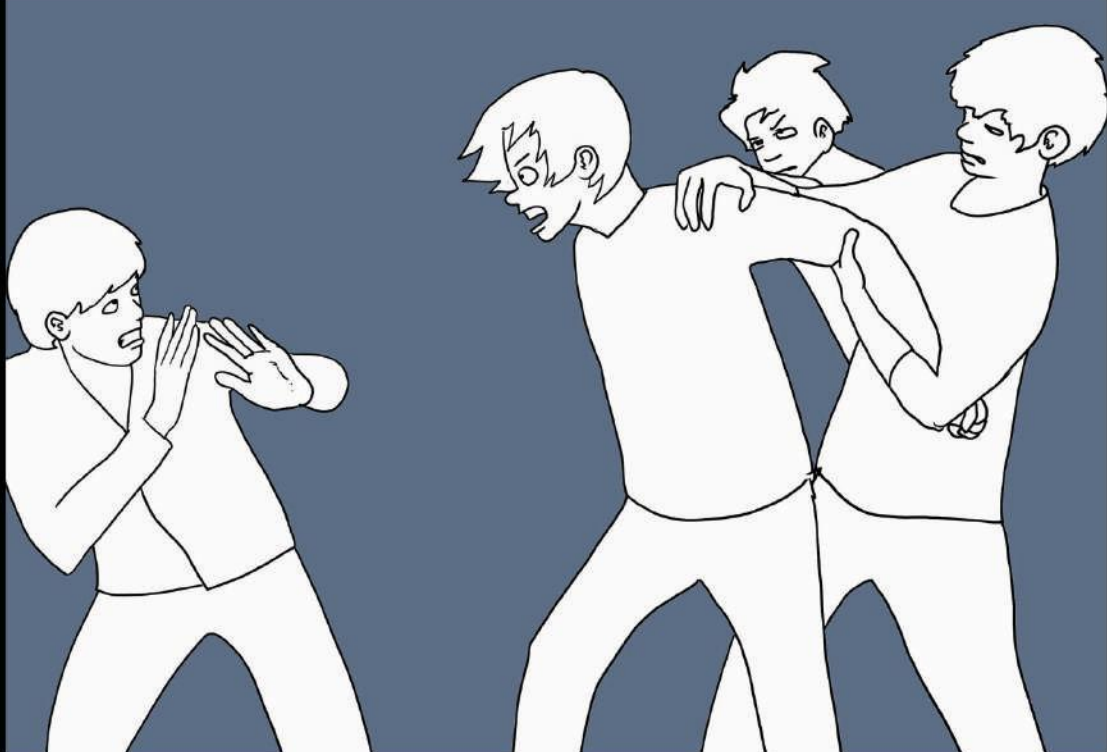
MANTIVO ESTA RELACIÓN VARIOS MESES, LE DABA
SEGURIDAD Y ESTABILIDAD, EMPEZÓ A QUERER
PASAR TODO EL TIEMPO CON ELLA



EL RIESGO DE LA DESCOMPENSACIÓN PSÍQUICA.....

CUANDO A HOH SE LE HA ESTIGMATIZADO, SE LE HA AISLADO SOCIALMENTE, NO LE HAN RESULTADO SUS PROYECTOS, Y COINCIDENTEMENTE SU PAREJA AMOROSA LE HA ABANDONADO, HA CAÍDO EN ESTADOS DE MUCHA FRUSTRACIÓN. EN UNA OCASIÓN OLVIDÓ SUS MEDICAMENTOS ABRIENDO PASO A UN PROCESO DE DESCOMPENSACIÓN PSÍQUICA.

ES EN ESE MARCO SE REFUGIÓ EN LA VIOLENCIA PROYECTÁNDOLA CONTRA SU ENTORNO, SOBRE TODO CON SU FAMILIA, DESPLAZANDO HACIA ELLOS SU ANGUSTIA Y FRUSTRACIÓN.



PERO LA RELACIÓN SE HIZO DIFÍCIL, ELLA SE AGOTÓ DE MANTENER UNA VIDA EN QUE DEBÍA ESTAR PARA HOH TODO EL TIEMPO, ELLA SE HABÍA DADO CUENTA QUE ABANDONÓ PROGRESIVAMENTE LOS MEDICAMENTOS, LE DECÍA QUE NO LOS NECESITABA, QUE LA NECESITABA SÓLO A ELLA. ESTO LA ALEJÓ.

TRATÓ DE VOLVER CON ALGUNOS DE SUS AMIGOS, PERO LO HIZO DE FORMA AGRESIVA E IRRACIONAL, LOS DEMONIOS DE HOH HABÍAN REGRESADO.

SE NEGABA A RECIBIR AYUDA Y DE CONSTARLE ESTO A SUS TERAPEUTAS.

HOH RETOMA EL TRATAMIENTO Y VUELVE POCO A POCO EL EQUILIBRIO PSIQUICO. ES ATENDIDO POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, PERO SE RESISTE A PARTICIPAR EN LA COMUNIDAD.

EL EQUIPO DE SALUD DEL COSAM (CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL FAMILIAR), HACE MÚLTIPLES ESFUERZOS A FIN DE QUE PARTICIPE EN GRUPOS DE JÓVENES DEL BARRIO DONDE VIVE, PUES ELLO SIGNIFICA QUE SE VINCULARÍA A FACTORES PROTECTORES, HUMANOS Y SOLIDARIOS DE LA SOCIEDAD. EVITANDO CON ELLO SU AISLAMIENTO.

EL EQUIPO DE SALUD REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS A FIN DE MOTIVARLO, PERO HOH SE RESISTE A PARTICIPAR Y MÁS AÚN EN GRUPOS DE JÓVENES QUE PRESENTAN SUS MISMAS DIFICULTADES DE SALUD MENTAL. SE RESISTE A IDENTIFICARSE CON ELLOS.

SALA DE
REUNIONES

BUEN DÍA EQUIPO
TODOS SABEN
CÓMO ESTÁ HOH

SI, YA
HAY VISITA
AGENDADA

PERO SUS PROFESIONALES TRATANTES SUPIERON, Y
NO ESPERARON MUCHO PARA INTERVENIR

HOL, SOY ANA,
LA TRABAJADORA
SOCIAL

PASE, ESTAMOS
PREOCUPADOS
PORQUE HOH NO
ANDA BIEN

NO!, ESTOS
DE NUEVO

NO VA A SER
TAN DIFÍCIL

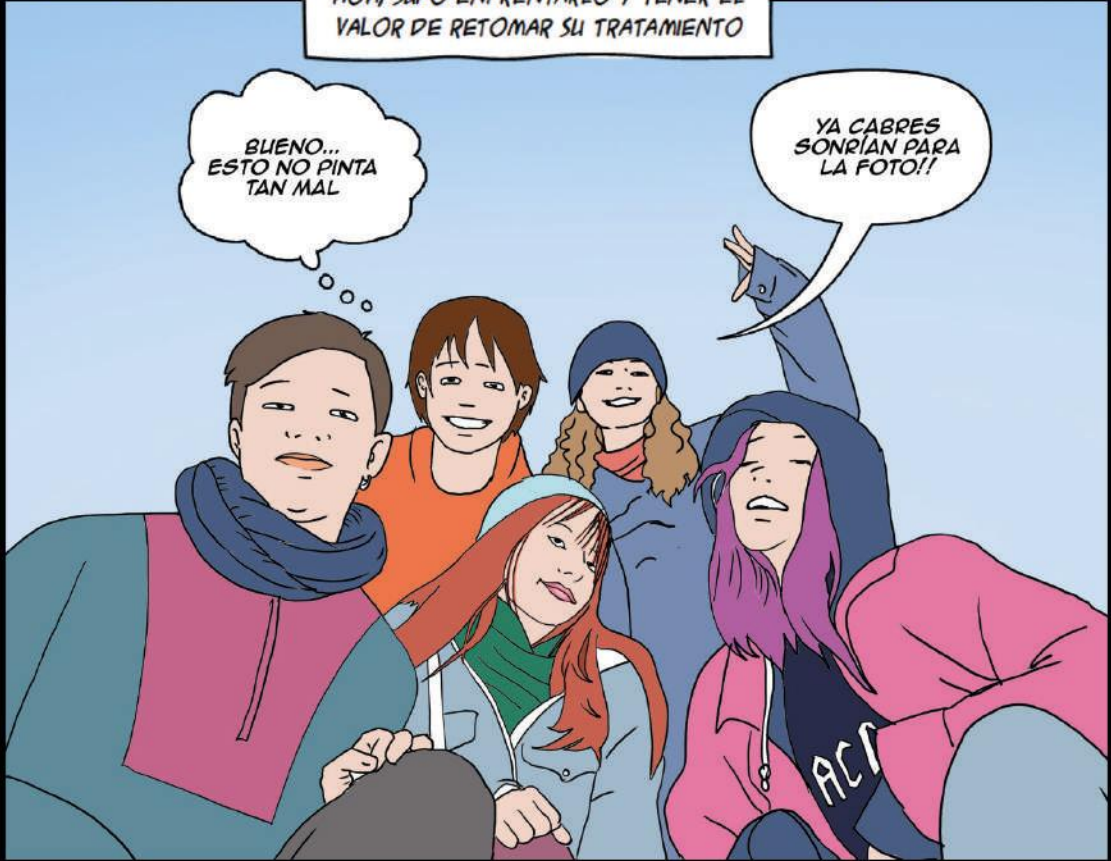
YA, VOY A IR
TRATARE



TODOS
ESTOS
SON LOCOS

BIENVENIDO DE
NUEVO AMIGO,
QUÉ BUENO.

SI BIEN EL ESTIGMA ERA EL TEMOR DE
HOH, SUPO ENFRENTARLO Y TENER EL
VALOR DE RETOMAR SU TRATAMIENTO



BUENO...
ESTO NO PINTA
TAN MAL

YA CABRES
SONRIAN PARA
LA FOTO!!

HOH, RETOMA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SE RECUPERA CADA DÍA DE MÁS EN MÁS. ESTÁ TRANQUILO Y RELAJADO.

ENCUENTRA UNA COMPAÑÍA QUE LE RECUERDA SU GATITO DE ADOLESCENCIA. TAMBIÉN ACEPTA TOMAR CONTACTO CON JÓVENES QUE PERTENECEN A SU VECINDARIO.

ADEMÁS ACEPTA PARTICIPAR EN GRUPOS TERAPÉUTICOS DE PERSONAS DE SU MISMO NIVEL EDUCACIONAL E INTERESES: LO CUAL ES MUY RAZONABLE

HOH SE EMPEZÓ A SENTIR MEJOR, PUDO DEJAR A
SUS DEMONIOS TRAS LA PUERTA, AYUDÓ QUE SE
ENCONTRÓ CON UN GATITO MUY PARECIDO A SU
AMIGO DE LA INFANCIA



LO LLAMÓ TOMÁS, SINTIÓ QUE TOMÁS NO LO
JUZGABA Y MUCHO MENOS LO
ESTIGMATIZABA, PUDO VOLVER A TENER LA
ESPERANZA DE SER UNA PERSONA VALIOSA



DECIDIÓ QUE TOMÁS SERÍA SU APOYO
TERAPÉUTICO, PERO ESTABA EN EL MISMO
HOY Y EN SU FAMILIA EL PODER MANTENER
SU VIDA EN UN CAMINO POSITIVO.



HOH ASISTE CON REGULARIDAD A LOS CONTROLES MÉDICOS Y FARMACOLÓGICOS. TIENE ASEGURADO, DE MANERA GRATUITA, LOS MEDICAMENTOS QUE INGIERE CON REGULARIDAD.

SE LE HA RECETADO ANTIPSICÓTICOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN, LOS CUALES SON LOS QUE SE UTILIZAN ACTUALMENTE EN LA SALUD PÚBLICA.

TAMBIÉN SE LE HAN INDICADO OTROS MEDICAMENTOS QUE LO AYUDAN A ESTABILIZARSE ANÍMICAMENTE Y A CONTENER LAS CRISIS DE ANGUSTIA O MOMENTOS DE INSOMNIO.

PARA HOH, YA NO ES TEMA EL TENER QUE ASISTIR AL MÉDICO O A LOS CONTROLES DE ENFERMERÍA. HA ENTENDIDO QUE ELLO ES UNA NECESIDAD PARA SU ORGANISMO.

ÉL MANIFIESTA OPERAR DE IGUAL MANERA QUE SI TUVIERA UNA ENFERMEDAD DE ORDEN FÍSICO CRÓNICO (AL CORAZÓN, RIÑONES, PULMONES...)

ADEMÁS, NO DESEA EXPONERSE A TENER UNA RECAÍDA, TAL COMO SUCEDIÓ ANTERIORMENTE Y DONDE SE ANGUSTIÓ DE SOBREMNERA.

LOS AUTO CUIDADOS Y LA PSICOEDUCACIÓN QUE SE LE HA PROFERIDO HAN SIDO MUY BENEFICIOSOS.

SU FAMILIA TAMBIÉN PARTICIPA EN EL TRATAMIENTO. PERO MANIFIESTA CIERTA PREOCUPACIÓN, POR FUTURAS RECAÍDAS.



ENTIENDO SUS
TEMORES, PERO
HOH ESTÁ MUCHO
MEJOR

HABÍAN PASADO MUCHAS COSAS ENTRE MEDIO, HOSPITALIZACIONES
PSIQUIÁTRICAS TRATAMIENTOS QUE NO HABÍAN RESULTADO BIEN,
ALEJAMIENTO DE FAMILIARES Y AMIGOS POR SU DIAGNÓSTICO Y
ESTIGMATIZACIÓN EN EL CAMPO LABORAL.
PERO EL EQUIPO TRATANTE HABÍA SIDO FIEL Y SIEMPRE ESTUVO AHÍ PARA
CONTENER Y APOYAR EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES. LOS PADRES DE HOH
HABÍAN LOGRADO HACER SUS AVANCES EN LA DINÁMICA FAMILIAR QUE LES
PERMITIERON GENERAR UN AMBIENTE MEJOR PARA HOH.

SIN EMBARGO, LOS PADRES TEMÍAN QUE ESTA ESTABILIDAD
NO DURARA. NO ESTABAN INSEGUROS DE QUE DISTANCIA
MANTENER, CUANTA INDEPENDENCIA Y CUANTA CERCANÍA ERA
LA CORRECTA. PERO CONFIABAN EN QUE LAS COSAS SE
IBAN A SEGUIR DANDO BIEN, COMO EN EL ÚLTIMO TIEMPO.

SU FAMILIA MANIFIESTA PREOCUPACIÓN CONSTANTE RESPECTO DE QUE SU HIJO PUEDA TENER UNA RECAÍDA. EL MÉDICO DEL EQUIPO CALMA LA ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES.

HOH, ENTIENDE LO QUE LE PASA Y MANIFIESTA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO, SE SIENTE BIEN, RETOMA SU VIDA, ESTÁ MÁS SOCIABLE Y ESTÁ EN CONDICIONES DE TENER UNA VIDA AGRADABLE, COLOCARSE METAS Y DESARROLLARLAS.

HOH ESTÁ INSCRITO EN LA SALUD PÚBLICA CHILENA Y GRACIAS A LOS AVANCES DEL ESTADO DE CHILE, RESPECTO DE DERECHOS EN SALUD Y SOCIALES, PUEDE EN LA ACTUALIDAD DESARROLLAR UNA EXISTENCIA DE BASTANTE BIENESTAR.

TAMBIÉN HOH SE HA INCORPORADO A GRUPOS EN LA LUCHA POR SUS DERECHOS



ASÍ FUE CÓMO HOY SE INTEGRÓ A LA LUCHA POR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE TIENEN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, SE CONVENCÍÓ DE QUE ERAN NECESARIAS MEJORES POLÍTICAS DE ACCESO A TRATAMIENTO E INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES



LA SOCIEDAD CIVIL NO HA ESTADO AUSENTE EN EL DESAFÍO DE LA LUCHA POR LOS DERECHOS SOCIALES DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES GRAVES.

LOS FAMILIARES HAN DESARROLLADO CAMPAÑAS Y HAN LUCHADO. DE IGUAL MANERA SE HAN INCORPORADO PERSONAS CON ESAS CONDICIONES.

HOH AL PRINCIPIO TIENDE A REPLEGARSE Y A NO PARTICIPAR, PUES NO LE GUSTA SER MANIPULADO; PERO ESTÁ CONSCIENTE DE LA NECESIDAD DE SOLICITAR QUE SE RESPETEN SUS DERECHOS Y SE LE ENTREGUEN OPORTUNIDADES. FINALMENTE SE INCORPORA A GRUPOS Y PARTICIPA ACTIVAMENTE.

EN ESE CAMINO CONOCIÓ PERSONAS MUY DIVERSAS QUE LUCHABAN POR NO SER ESTIGMATIZADAS Y SEGREGADAS SOCIALMENTE. TOMO CONSCIENCIA DE LA EXISTENCIA DE LAS DIVERSIDADES FUNCIONALES, TANTO FÍSICAS COMO PSÍQUICAS. SE PLEGÓ A GRUPOS SOCIETALES QUE FUNCIONABAN BAJO EL LEMA “TODOS DIVERSOS, TODOS IGUALES”

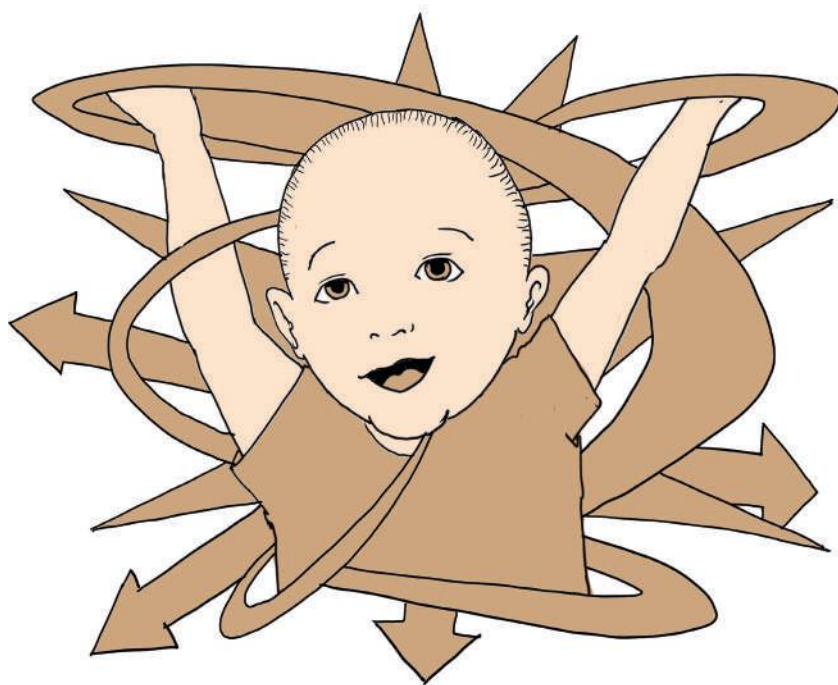


SEGUNDA PARTE

SE CONECTA LA HISTORIA DE HOH CON ESQUEMAS
DIDÁCTICOS Y UNIDADES EDUCATIVAS, CON EL PROPÓSITO
DE FAVORECER LA COMPRESIÓN DEL LECTOR RESPECTO DE
LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO 1

ESQUEMA DIDÁCTICO HOH NACE Y SE DESARROLLA



EL DESARROLLO DE HOH IMPLICA CAMBIOS EVOLUTIVOS EN EL MARCO DE SU CICLO VITAL. LO CUAL SE PRODUCE EN DIVERSAS ÁREAS DEL DESARROLLO:

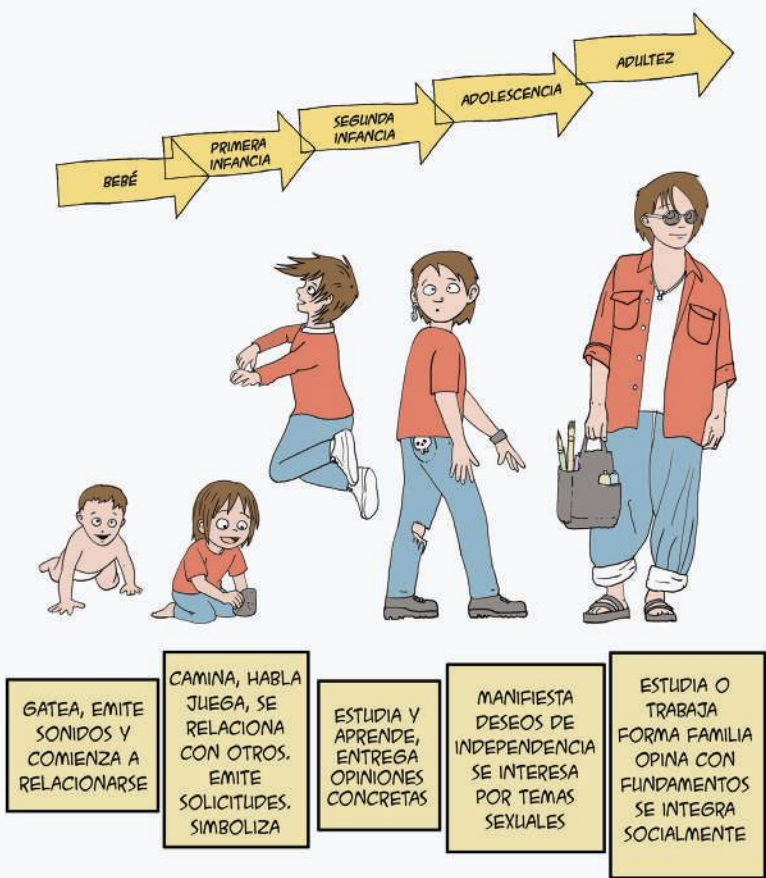
Cognición	Percepción, atención, concentración, memoria, inteligencia, funciones mentales superiores
Afectividad	Tomar contacto y relación con los otros, desarrollar una subjetividad, manejo emocional, social
Lenguaje	Comunicación verbal, simbolismo.
Motricidad	Desplazamiento, comunicación no verbal

LA EVOLUCIÓN SE REALIZA EN UN MARCO CULTURAL DETERMINADO (FAMILIA, AMIGOS, PAÍS, COSTUMBRES, VALORES...), LO CUAL PERMEA EL DESARROLLO DE LOS SUJETOS.

ELLO SE DESARROLLA A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA, POR LO TANTO, LAS PERSONAS CONSTRUYEN SU SUBJETIVIDAD EN INTERACCIÓN CON EL MEDIO Y CON LOS CONTEXTOS SOCIALES.

LO ESPERABLE PARA LA EVOLUCIÓN DE HOH

CICLO VITAL DE LAS PERSONAS



ELEMENTOS DEL ESTUDIO DEL SUJETO Y SU EVOLUCIÓN

Para una mejor comprensión del sujeto y su evolución, varios autores lo estudian desde diversas áreas del desarrollo, considerando, además, un conjunto de etapas a lo largo de su ciclo vital. En este texto, en la ausencia de aproximaciones teóricas globales respecto del estudio del sujeto, se ha optado por un análisis considerando aspectos como el área de la cognición, de la afectividad, del lenguaje, de la motricidad, de la sociabilidad, bajo un contexto de aspectos socio-culturales determinado. Ello, en el entendido que el estudio del desarrollo humano es dialéctico, a través del tiempo; dinámico, pues está sujeto a una reflexión y cuestionamiento constante; y está sujeto al descubrimiento de nuevos hallazgos gracias a la investigación científica.

Se pueden nombrar numerosos autores que han hecho grandes aportes teóricos al respecto:

En el ámbito del desarrollo cognitivo¹, destacan las contribuciones de Jean Piaget, Henry Wallon, Lev Vygotsky y Reuven Feuerstein, entre otros. Cada uno, desde distintas metodologías y enfoques conceptuales, han propuesto niveles y líneas de desarrollo que permiten comprender el proceso evolutivo de los individuos. Estas perspectivas

1 El Desarrollo Cognitivo se entiende como el proceso mediante el cual las personas adquieren, organizan y utilizan el conocimiento a lo largo del ciclo vital, en interacción con su entorno. Esta evolución progresiva ocurre en distintas etapas de la vida —desde la infancia hasta la adolescencia y adultez—, y permite a las personas comprender, recordar, resolver problemas y adaptarse a nuevos contextos. Diversas investigaciones, entre ellas las recopiladas por Faas (2018), destacan la importancia de considerar este desarrollo en entornos educativos, clínicos y sociales. (Referencia: Faas, A. E. (2018). *Psicología del desarrollo de la niñez* (2.^a ed.). Editorial Brujas)

han demostrado ser especialmente útiles en contextos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, al ofrecer marcos de referencia para el análisis y acompañamiento del desarrollo cognitivo.

Respecto del desarrollo de la afectividad² y de las emociones³, a riesgo de dejar fuera a otros grandes autores, podemos mencionar a Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, John Bowlby, René Spitz.

El lenguaje⁴ y la motricidad⁵, subrayando que son áreas que facilitan la relación entre los individuos, se pueden mencionar autores como Noam Chomski (quien señala que en la adquisición y desarrollo del lenguaje juega un papel crucial el cerebro humano, en tanto actividad innata); Jean Piaget (quien se refiere a la capacidad de acceso al simbolismo de la palabra, lo cual también estaría mediado por el desarrollo del intelecto); Noam Vygotsky (quien desarrolla el papel del entorno social y las interacciones comunicativas en el desarrollo del lenguaje).

2 Desarrollo Afectivo: Proceso mediante el cual las personas organizan su mundo emocional, construyendo modos de sentir, expresar y significar lo vivido. Se configura en relación con los vínculos tempranos, la calidad del cuidado y la contención del entorno. Es fundamental para la identidad, la autoestima y la forma de vincularse con otros (Faas, 2018).

3 Las emociones son reacciones subjetivas ante experiencias significativas, expresadas a través del cuerpo, la conducta y el afecto. En la infancia son intensas y poco diferenciadas, pero con el tiempo se complejizan y regulan mediante la mediación del entorno (Faas, 2018).

4 El desarrollo del lenguaje, es un proceso progresivo por el cual el niño o niña adquiere la capacidad de comprender, simbolizar y comunicar experiencias. El lenguaje se desarrolla en el vínculo con otros y permite organizar el pensamiento y construir identidad.

5 El desarrollo de la motricidad es el proceso mediante el cual se adquieren y coordinan habilidades corporales que permiten explorar el entorno, interactuar con otros y desarrollar autonomía. La motricidad no es solo física: funciona como un lenguaje del cuerpo, habilitando la acción, la regulación emocional y la expresión simbólica.

Respecto del área de la motricidad, la que desde un punto de vista neurológico, está referida al desarrollo de los movimientos finos o gruesos con fines precisos, involucrando aspectos psíquicos y motores, se nombra nuevamente a J. Piaget, N. Vygotsky, H. Wallon, y también a Jean Le Boulch (quien señala importancia del movimiento en el desarrollo integral del niño), Pierre Vayer (quien entrega aportes respecto de la educación psicomotora y el comportamiento del niño, André Lapierre (quien se refiere a la psicomotricidad relacional, Bernard Aucouturier (niño ser emocional que se expresa a través de movimientos e interacciones).

Por su parte los desarrollos culturales hacen referencia al individuo en interacción con el medio, ya sea este familiar, micro social o macro social y también con los contextos epocales más o menos convulsos producto de situaciones macroeconómicas-políticas-regionales.

Estos elementos culturales influyen en la subjetividad de las personas. Siendo así son importantes en la adquisición de valores, de costumbres, creencias y formas de interacción de las personas. La cultura donde se va evolucionando moldea la identidad, el comportamiento y las habilidades sociales.

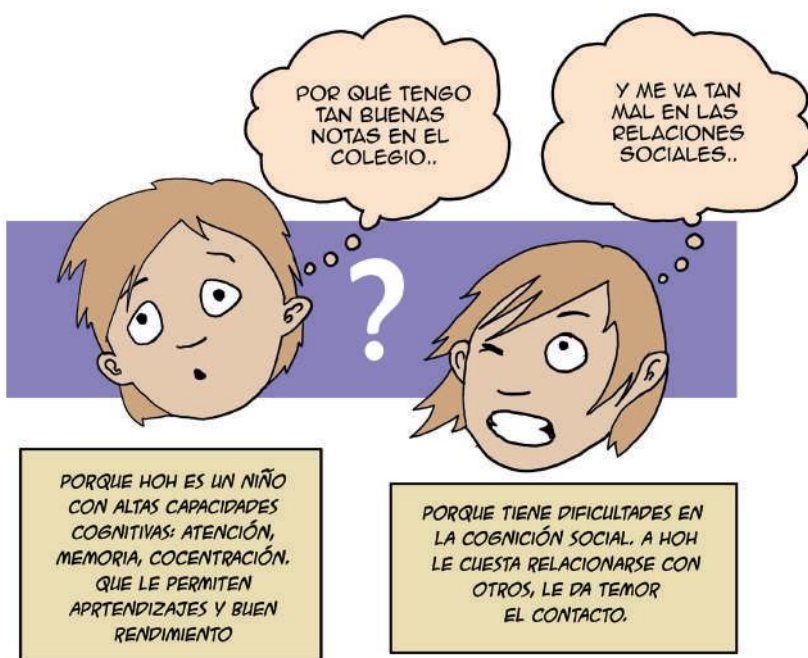
No menos importante es señalar que las personas, en el curso del ciclo vital, transitan por diversas etapas, teniendo cada una de ellas características particulares. Se transita desde la existencia del ser -en el medio intrauterino- al momento del nacimiento, pasando por la niñez, adolescencia, adultez joven, mediana, mayor y por último, se afronta la llamada tercera edad. Todas estas etapas poseen características específicas y están enriquecidas o desfavorecidas por un contexto cultural determinado.

CAPÍTULO 2

ESQUEMA DIDACTICO

COGNICIÓN SOCIAL Y NO SOCIAL

SE APRECIA, EN EL DESARROLLO DE HOH, UNA EVOLUCIÓN UN TANTO DISARMÓNICA, ATÍPICA, QUE AFECTA SU DESEMPEÑO SOCIAL Y AUMENTA SU VULNERABILIDAD, PERO ELLO NO SIGNIFICA QUE FORME PARTE DE UNA SECUENCIA CAUSAL PSICOPATOLÓGICA FUTURA.



LA IMPORTANCIA DE LA COGNICIÓN SOCIAL Y NO SOCIAL EN EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS

A fin de contextualizar, se señala que la cognición se refiere a un conjunto de procesos mentales que permiten al ser humano adquirir, organizar, almacenar y utilizar información⁶. También, que el medio escolar es un espacio privilegiado para ejercer un rol preventivo respecto de estos aspectos, a fin de que no se transformen en núcleos de vulnerabilidad.

Se estima que se puede considerar la variable cognición social y no social a fin de realizar pesquisas de sus alteraciones en niños y adolescentes, y realizar objetivos pedagógicos en consecuencia, vinculándolo con la prevención, no con la patologización y a fin de optimizar el bienestar de los sujetos.

La cognición social (CS)⁷ comprende diversos procesos vinculados con la interacción social de las personas.

6 Incluye funciones como la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la planificación y la resolución de problemas. Estas capacidades son fundamentales para comprender el mundo, tomar decisiones y adaptarse al entorno social y cultural. (Referencia: Ardila, A. (2018). *Neuropsicología del desarrollo: Diagnóstico y rehabilitación*. Manual Moderno).

7 La *cognición social* es la capacidad de percibir, interpretar y responder adecuadamente a los pensamientos, emociones e intenciones de otras personas. Implica habilidades como la percepción emocional, la empatía, el juicio social y la Teoría de la mente (la capacidad de entender que los otros tienen creencias y estados mentales diferentes a los propios). Estas funciones permiten establecer vínculos, regular la conducta en contextos sociales y comprender el comportamiento humano. (Referencia: Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen year review. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (2.^a ed., pp. 3–20). Oxford University Press).

La CS estaría compuesta por dominios inter dependientes y traslapados en su constitución, incluyendo el procesamiento emocional (percepción y reconocimiento de las emociones a partir de expresiones faciales e inflexión de la voz); el conocimiento social (entendimiento personal sobre roles y reglas sociales culturales); la percepción social (capacidad de juzgar y decodificar roles y contextos sociales); el estilo atribucional (forma particular para explicar las causas de los hechos vitales).

Por su parte la Teoría de la Mente, según ciertos modelos teóricos⁸, sería clave respecto de la cognición social pues favorece la interacción humana. Esta se define como la capacidad para hacer inferencias sobre las intenciones, disposiciones y creencias ajenas, considerando a su vez el componente cognitivo de la empatía, lo que permitiría la generación de respuestas no egocéntricas, es decir, una participación afectiva en una realidad ajena al sujeto. Sus alteraciones podrían afectar seriamente la habilidad para interactuar con otros.

Entonces una “cognición social deficiente” podría ser un posible indicador de vulnerabilidad y riesgo temprano quizás vinculado a patología mental, aunque no es causa/efecto seguro. Esta cognición social deficiente, a menudo está vinculada al Bullying o acoso escolar⁹.

8 Zabala, M.L., Richard's, M.M., Breccia, F., & López, M. (2018). Relaciones entre empatía y teoría de la mente en niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16 (2), pp. 47-57. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v16n2/1657-8961-pepsi-16-02-47.pdf>

9 Bullying o acoso escolar. Según la legislación chilena (Ley 20.536), el acoso escolar se define como cualquier acto reiterado de agresión, hostigamiento o violencia perpetrado por estudiantes —o incluso personal educativo, en caso de abuso de autoridad— que afecta de manera continua a otro estudiante en situación de inferioridad o indefensión, y que provoca maltrato, humillación o temor fundado. Puede manifestarse por medios físicos, verbales, sociales o digitales. El criterio esencial es la repetición, la intencionalidad y un desequilibrio en el poder

También existe la cognición no social, la cual está vinculada a funciones mentales como la percepción (la cual funciona a través del sensorio y la propiocepción), la atención, la concentración, la memoria, permitiendo -estas funciones mentales vinculadas con la inteligencia- los aprendizajes.

También existen las funciones mentales superiores, las cuales se relacionan con el pensamiento ejecutivo y la planificación para la vida diaria, entre otros. Estas funciones o procesos cerebrales de mayor complejidad, se ven afectados en el transcurso de las patologías mentales graves, siendo menester su prevención y rehabilitación, a través de intervenciones variadas¹⁰.

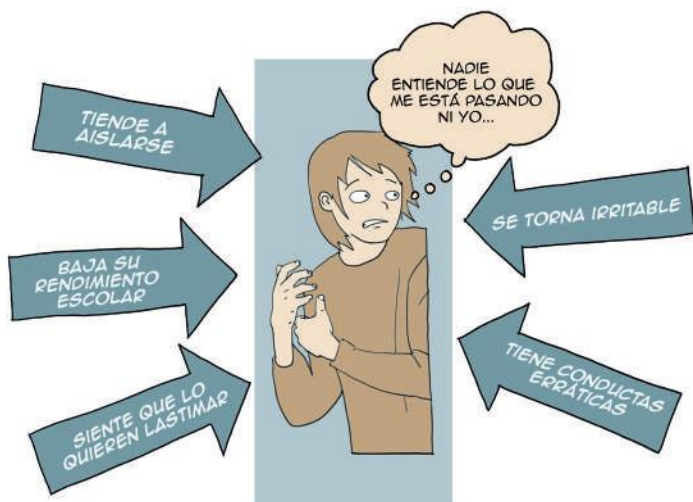
entre agresor y víctima, lo que lo distingue del conflicto ocasional entre pares. (Ministerio de Educación de Chile. (2009). *Ley sobre Violencia Escolar (Ley 20.536): contenido y definiciones relevantes*. Biblioteca Digital Mineduc. Recuperado de <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/violencia-escolar>)

10 Loubat, M., Gárate, R., & Cuturrufo, N. (2014). Investigaciones en rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia (2004-2013): una revisión temática en beneficio de propuestas para etapas iniciales del trastorno. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 213-227. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300007>

CAPÍTULO 3

ESQUEMA DIDÁCTICO

ADOLESCENCIA Y RIESGO DE PROFUNDIZACIÓN DE MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS



HOH, SE ENCUENTRA EN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA. COMIENZA A DESARROLLAR CONDUCTAS INUSUALES EN SU HOGAR Y TAMBIÉN EN LA ESCUELA. SU FAMILIA NO ENTIENDE LO QUE LE PASA. ES PROBABLE QUE SE ESTÉN MANIFESTANDO SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS QUE SE CONFUNDEN CON LA ETAPA DE DESARROLLO VITAL EN LA QUE SE ENCUENTRA.

ADOLESCENCIA Y CRISIS EN SALUD MENTAL

La adolescencia es una etapa del desarrollo de las personas caracterizada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales que marcan la transición entre la niñez y la adultez. De acuerdo a la OMS (OMS, 2014) es el período que comprende entre los 10 y los 19 años. Se distingue por la búsqueda de identidad, el desarrollo de la autonomía, la consolidación de habilidades cognitivas más complejas y la construcción de vínculos sociales más amplios y significativos. Implica un momento especialmente sensible en términos de salud mental, pues aumenta la vulnerabilidad frente a riesgos como la depresión, la ansiedad o el consumo problemático de sustancias¹¹.

Los problemas que presenta HOH (aislamiento, baja de rendimiento escolar, problemas de atención, concentración, memoria), podrían estar relacionados con su etapa de desarrollo o con manifestaciones prodrómicas respecto de algún trastorno mental grave.

El término pródromo se utiliza en las ciencias de la salud para hacer referencia a los síntomas iniciales que preceden al desarrollo de una enfermedad. En lo que se refiere a la salud mental de las personas, el inicio de los trastornos psicóticos suele estar precedidos por un período prodrómico caracterizado por síntomas inespecíficos y deterioro funcional. Más cerca del inicio de algún tipo de psicosis pueden aparecer síntomas psicóticos atenuados o aislados.

11 Organización Mundial de la Salud (2014). *Health for the world's adolescents A second chance in the second decade*. WHO Press.

La identificación y pesquisa de síntomas, durante la fase prodrómica, permite el desarrollo de intervenciones que pueden retrasar, mejorar o incluso prevenir la aparición de los trastornos. Algunas personas con un aparente “pródromo” progresan hasta desarrollar un trastorno psicótico, pero muchas otras no lo hacen¹². Las conductas de HoH denotan una sintomatología propia del desarrollo de manifestaciones psicóticas iniciales.

Dadas las características de la adolescencia el tratamiento y afrontamiento precoz de estas manifestaciones es significativo para el curso que pueda tomar el trastorno.

Es importante señalar que no existe certeza diagnóstica y pronóstica del curso que puedan tomar dichas manifestaciones; también, que sólo después de varios años de evolución, entre 3 y 5, el trastorno, psicótico podría llegar a diferenciarse de manera franca¹³.

Esta constatación respecto de la evolución del trastorno (3 a 5 años), es una oportunidad para la detección, pesquisa y tratamiento temprano de la patología, cualquiera sea ella, lo cual iría en beneficio de un mejor pronóstico.

12 En "Jóvenes con riesgo altísimo de psicosis: investigación de la clínica PACE" (2011). *Braz. J. Psychiatry* 33 (suppl 2) <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000600003>.

13 Yung A, Mc Gorry P. (2005) The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Post and Current Conceptualizations. *Schizophr Bull* 22: 353-70.

CAPÍTULO 4

ESQUEMA DIDACTICO

UN CONTEXTO SOCIAL DESFAVORABLE EN UNA PERSONA QUE ESTÉ PSÍQUICAMENTE VULNERABLE, PODRÍA DAR PASO A LA EMERGENCIA DE SÍNTOMAS.



HOH, SE SIENTE MAL. EN EL COLEGIO NADIE LO PESCA... NO SE CONCENTRA EN SUS TAREAS, LOS APRENDIZAJES LE CUESTAN MUCHO Y ESTÁ TENIENDO MALAS NOTAS. SE SIENTE BASTANTE SOLO E INCOMPRENDIDO. SUS PADRES, A PESAR

QUE HAN NOTADO LOS CAMBIOS CONDUCTUALES DE SU HIJO Y ESTÁN PREOCUPADOS... , NO ESTÁN DISPONIBLES PARA ACOGERLO. ELLOS DISCUTEN MUCHO Y NO LOGRAN TENER UN AMBIENTE CALMO EN LA CASA.

LA CONJUNCIÓN ENTRE LOS CONFLICTOS PSÍQUICOS DE HOH Y UN CONTEXTO HOSTIL SOCIAL Y FAMILIAR, LE PROVOCAN MUCHA ANGUSTIA, LO CUAL RESUELVE A TRAVÉS DE CIERTA SINTOMATOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO Y CRISIS

Al contexto que frecuenta HOH, separación de los padres, se suman manifestaciones sintomáticas tales como la baja en el rendimiento escolar, las alteraciones cognitivas¹⁴, las fluctuaciones del ánimo, el descontrol emocional, las interpretaciones subjetivas alteradas de la realidad.

La conjunción de estos aspectos: estrés ambiental y psicosocial, conjuntamente con las características propias de HoH son considerados un importante factor de riesgo para el desarrollo y curso de una manifestación psicótica inicial.

14 En psicosis, las alteraciones cognitivas son déficits nucleares —no simples secuelas de síntomas positivos— en velocidad de procesamiento, atención, memoria de trabajo, aprendizaje verbal/visual, funciones ejecutivas y cognición social. Internacionalmente, su medición estandarizada se apoya en la escala de evaluación MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB)(Nuechterlein et al., 2008).

Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., Essock, S., Fenton, W. S., Frese, F. J., Gold, J. M., Goldberg, T., Heaton, R. K., Keefe, R. S. E., Kraemer, H., Mesholam-Gately, R., Seidman, L. J., Stover, E., Weinberger, D. R., Young, A. S., ... Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: Test selection, reliability, and validity. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 203–213. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07010042>

La evidencia científica sugiere que la vulnerabilidad del sujeto -expresada en el desarrollo de diversas áreas evolutivas del crecimiento psíquico- podría asociarse a una mayor reactividad emocional frente a estresores cotidianos. En este caso, la inminente separación de sus padres podría actuar como un factor desencadenante de manifestaciones de carácter psicopatológico.

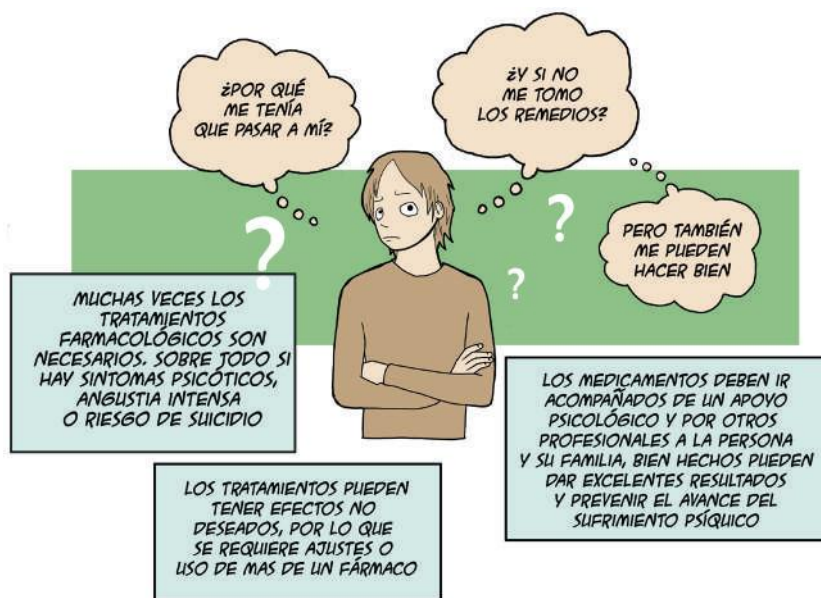
El modelo teórico de vulnerabilidad al estrés¹⁵ de Zubin J. & Spring, B. (1977), es uno de los modelos más utilizados en los estudios respecto del inicio y curso de las patologías psicóticas. Según este modelo, cuando la vulnerabilidad orgánica (endógena al sujeto) interactúa con estresores externos o internos al sujeto, sobrepasando el umbral de vulnerabilidad de la persona, emergen los síntomas. Existen personas más vulnerables que otras, Zubin, Magaziner, & Steinhauer(1983), se refieren a la temática.

15 Zubin J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

CAPÍTULO 5

ESQUEMA DIDACTICO

DUDAS RESPECTO DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE HOH



Hay ocasiones en que la persona se resiste a adherir al tratamiento, lo cual puede ocasionar crisis severas de descompensación psicóticas, con manifestaciones alucinatorias y delirios.

LA DESCOMPENSACIÓN PSÍQUICA

HoH sufre un episodio psicótico, el cual está caracterizado por pérdida del juicio de realidad¹⁶, alucinaciones¹⁷, delirio¹⁸, entre otras manifestaciones sintomáticas.

La familia se alarma por las autolesiones que HoH se inflige y tiene preocupación porque pueda atentar contra su vida.

La tasa de suicidios en la adolescencia es alta. En 2022, la tasa de mortalidad por suicidio en 15–19 años fue 7,5 por 100.000, es decir, 7–8 adolescentes por cada 100.000 en un año. Entre 2019–2022, las tasas (por 100.000) en 15–19 fueron 6,4; 6,3; 5,5; 7,5, y en 10–14 0,9; 0,5; 1,1; 1,0. En todo el período 2019–2022 se registraron 366 defunciones en 10–19 años (con 2022 como el año con mayor número); al desagregar por

16 *La Pérdida del juicio de realidad*, se refiere a una alteración significativa en la capacidad del individuo para distinguir entre lo que proviene del mundo externo y lo que es generado por su propia mente. Este síntoma es característico de los episodios psicóticos, en los cuales la persona puede presentar pensamientos, percepciones o creencias desconectadas de la realidad compartida. (American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). DSM-5. Editorial Médica Panamericana).

17 *Alucinación*: Percepción sensorial vívida que ocurre sin que exista un estímulo externo real que la provoque. Las alucinaciones pueden afectar cualquiera de los sentidos —siendo más frecuentes las auditivas— y suelen presentarse en el contexto de trastornos psicóticos, como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2004). *Compendio de psiquiatría: Ciencias del comportamiento y psiquiatría clínica* (9.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

18 *Delirio*: Creencia falsa, sostenida con convicción, que no se modifica con evidencia en contra y que no es compartida por el grupo cultural o social de referencia. Es un síntoma cardinal de los cuadros psicóticos, y puede manifestarse en forma de ideas de persecución, grandeza, culpa, referencia, entre otras.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). DSM-5. Editorial Médica Panamericana.

grupos etarios, se contabilizaron 322 muertes en 15–19 y 44 en 10–14 ^{19 20}.

Respecto al contexto internacional, en personas con esquizofrenia, el riesgo vitalicio de muerte por suicidio se ha estimado en ~4,9%, con mayor riesgo cerca del inicio de la enfermedad (Palmer et al., 2005)²¹. Además, tras el primer episodio psicótico (FEP) se observan tasas elevadas de intentos: revisiones recientes informan ~12,5% a 24 meses y rangos 2,9–18,2% en seguimiento; la mortalidad por suicidio en FEP en cohortes longitudinales oscila entre 0,4–4,29% (Álvarez et al., 2022; Coentre et al., 2021)²².

19 Osorio, W., Sanhueza, M., Muñoz, K., Spano, A., Valenzuela, L., & Sanhueza, N. (2024). Descripción epidemiológica de suicidalidad de adolescentes chilenos entre los años 2019–2022: Un problema de salud pública aún no resuelto. *Revista Chilena de Salud Pública*, 28, e72669. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/72669>

20 Moris Ibáñez, M. (2025). *Suicidalidad*. En M. Loubat Oyarce & A. Letelier Soto (Eds.), *Psicología y salud mental: Niveles de intervención en variados contextos* (pp. 95–126). Editorial Universidad de Santiago de Chile. https://editorial-usach.cl/producto/psicologia-y-salud-mental-niveles-de-intervencion-en-variados-contextos/#flipbook_df_22040/1/

21 Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247–253. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15753237/>

22 Álvarez, A., et al. (2022). A systematic review and meta-analysis of suicidality in schizophrenia spectrum disorders and first-episode psychosis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104957>; Coentre, R., et al. (2021). Suicidal behaviour after first-episode psychosis: results from a one-year longitudinal study. *Annals of General Psychiatry*, 20, 43. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00356-0>

EL TRATAMIENTO DE LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

HoH ingresa al Programa GES²³ —“Tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia”— lo cual significa un tratamiento integral, en equipo interdisciplinario.

El médico psiquiatra le receta medicamentos antipsicóticos²⁴, los cuales se controlan permanentemente acompañados de psicoeducación farmacológica, a fin de reforzar una adhesión al tratamiento y evitar otro episodio psicótico.

23 Programa GES: **“Tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia”**. En Chile, la esquizofrenia es una de las 90 condiciones de salud incluidas en las Garantías Explícitas en Salud (GES), también conocidas como AUGE. Cuando una persona presenta un primer episodio psicótico compatible con esquizofrenia, el sistema de salud —tanto público (Fonasa) como privado (Isapre)— debe garantizar:

Acceso a evaluación médica. Confirmación diagnóstica en un plazo máximo de 20 días hábiles. Y tratamiento integral oportuno en un equipo interdisciplinario.

El programa contempla atención psiquiátrica, control farmacológico, seguimiento clínico, apoyo psicosocial y trabajo con la familia, con copagos regulados o exentos según el tramo previsional. Esta cobertura busca reducir el impacto del primer brote, favorecer la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas.

Superintendencia de Salud. (s. f.). *Esquizofrenia: Garantías Explícitas en Salud (GES)*. Gobierno de Chile. Recuperado el 30 de julio de 2025, de <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/esquizofrenia/>

24 *Los neurolepticos*, actualmente conocidos como antipsicóticos, son medicamentos utilizados principalmente para el tratamiento de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, los trastornos delirantes y los episodios maníacos. Actúan modulando neurotransmisores cerebrales —especialmente la dopamina— y ayudan a reducir síntomas como el delirio, las alucinaciones, la agitación y el pensamiento desorganizado. Existen antipsicóticos típicos (de primera generación) y atípicos (de segunda generación), estos últimos con menores efectos secundarios motores y mejor tolerancia general.

(Möller, H. J., & Laux, G. (2016). Antipsychotic agents. In H. P. Kapur, N. Andreasen, & J. M. Kane (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 259–282). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31520-3_13

Entra a psicoterapia individual, inicialmente de apoyo²⁵ con psicólogo tratante.

La psicoterapia es inicialmente solo de apoyo a fin de no ahondar en angustias psíquicas descompensadas que puedan socavar su reciente estabilidad. Las metas iniciales son que la persona pueda explayarse, manifestar sus angustias vinculadas con la enfermedad, resolver ciertos conflictos manifiestos, planificar y lentamente proponerse objetivos vitales. Se busca, además, trabajar la autoestima, el autoconcepto, todo lo que sea útil a un reforzamiento de su “Yo”.

Los tratamientos son integrales y también -si el sujeto está de acuerdo- puede ingresar a un reforzamiento cognitivo²⁶, con el propósito de mejorar la atención, concentración, memoria, las funciones mentales superiores (pensamiento ejecutivo, planificación, entre otros, como también el reforzamiento de la cognición social. Estos tratamientos son de largo alcance temporal, pero necesarios a fin de propender a la reinserción escolar-social y a un futuro desarrollo educacional de enseñanza superior.

En el Programa GES, también se considera un trabajo con los padres²⁷, ya sea realizado en grupo o de manera

25 Existen diversos tipos de psicoterapia. *La psicoterapia de apoyo* utiliza técnicas para gestionar problemas y se centra en brindar apoyo emocional y orientación práctica. Ayuda a las personas a manejar el estrés, la ansiedad y resolver problemas, promoviendo la estabilidad emocional y la resiliencia.

26 Se sugiere revisar: Loubat et al. (2013) Intervención grupal de estimulación cognitiva para jóvenes con primeros episodios psicóticos. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*: 8(27), 89-100 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=836281400006>.

-Loubat, Gárate y Cuturrufo (2014). Investigaciones en rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia (2004-2013): una revisión temática en beneficio de propuestas para etapas iniciales del trastorno. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 213-227. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300007>

27 Se sugiere revisar Loubat, M. y Cuturrufo, N. (2008). Estrategias de Afron-

individual, a fin de bajar la angustia de los padres, sus manifestaciones depresivas, ya que ellos, en tanto familiares próximos, puedan apoyar el tratamiento integral de sus hijos, ya sea la adhesión al tratamiento farmacológico (orientado a los aspectos orgánicos del sujeto) o psico-social vinculado con la reincorporación a la vida diaria.

Por lo tanto, en este programa estatal, los autocuidados²⁸, los controles sintomáticos, farmacológicos, la situación social y familiar, se efectúan por equipos de salud mental conformados por: médico psiquiatra, enfermera/ro, terapeuta ocupacional, trabajadora social, psicólogo, tens con formación en salud mental y otros que se estime necesarios.

tamiento de Padres respecto de los Primeros Brotes Psicóticos de sus Hijos y su relación con la Adhesión a Tratamiento. *Revista de Neuropsiquiatría*. 45(4) 269-277 <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v45n4/art02.pdf>

28 Se entiende por **Autocuidados en salud mental** el conjunto de prácticas deliberadas —a nivel individual, familiar y comunitario— orientadas a promover y mantener el bienestar, prevenir descompensaciones y manejar síntomas, mediante decisiones informadas y ejercicio de la autonomía, complementando (no sustituyendo) la atención profesional. Incluye hábitos saludables, regulación emocional, apoyo social y búsqueda oportuna de ayuda; su alcance se inscribe en un continuo salud-enfermedad y en enfoques de derechos. (Martínez et al., 2021; MINSAL, 2022; NIMH, 2024; OMS, 2024).

Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>

Ministerio de Salud de Chile. (2022, diciembre). *Guía para el cuidado de la salud mental*. Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental-3/guias-orientaciones-y-normativas/>

National Institute of Mental Health. (2024). *El cuidado de su salud mental*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 1 de mayo). *Autocuidado para la salud y el bienestar (Preguntas y respuestas)*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>

CAPÍTULO 6

ESQUEMA DIDÁCTICO EL TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO



LA GUÍA CLÍNICA ESQUIZOFRENIA AUGE-GES

En Chile, el diagnóstico y manejo del primer episodio de esquizofrenia se rigen por la Guía Clínica AUGE-GES.

Las Garantías Explícitas de Salud (GES) es un sistema de seguro de salud, en un marco legal conocido como AUGE.

Esto implica que se garantiza la atención a toda persona con independencia del seguro o sistema de salud que tenga (Fonasa o Isapre), es lo que se conoce como acceso universal según parámetros definidos en los diferentes diagnósticos, existiendo guías clínicas específicas.

Uno de los GES corresponde al diagnóstico de “Esquizofrenia desde el primer episodio”, programa vigente desde 2005.

Lo que se garantiza es el acceso, la oportunidad, la calidad y la cobertura financiera de los procesos de diagnóstico y de tratamiento. Esta garantía está diseñada para intervenir precozmente en la enfermedad (primer episodio), pues existe evidencia que esta intervención precoz disminuye el daño de la enfermedad.

FASES, PLAZOS, COBERTURAS Y OTRAS CARACTERÍSTICAS:

Sospecha:

Toda persona en la que se sospeche que esté cursando con esquizofrenia puede ser ingresada a este GES por cualquier médico, independiente sea general (integral) o especialidad. Una vez generado este ingreso existe un plazo de 20 días para que tenga una primera evaluación por especialista (psiquiatra) en un dispositivo acreditado para esto.

Diagnóstico:

Debido a que se trata de un diagnóstico complejo el especialista puede realizar un proceso diagnóstico que puede durar hasta 180 días (6 meses) o hasta un año en personas jóvenes.

Tratamiento:

Se garantiza la cobertura del tratamiento desde la primera evaluación del especialista independiente de la confirmación del diagnóstico. Esta cobertura se conoce como “canasta” vale decir es un conjunto de recursos predefinidos que aseguran calidad de atención.

Se incluyen en esto atenciones ambulatorias, hospitalización cerrada y hospitalización diurna, atención por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermería y trabajador social (según dispositivo), también fármacos (antipsicóticos y otros) además de terapia electroconvulsiva en casos muy graves.

Todos estos tratamientos están validados en la guía clínica GES respectiva.

La Guía AUGÉ-GES recomienda un plan integral centrado en la persona y su familia: psico-educación, intervenciones psicosociales, apoyo educacional/laboral y rehabilitación cognitiva, con revisión de tratamiento y seguimiento del funcionamiento (MINSAL, 2017; NICE, 2014/2025).

VÍAS DE ACCESO Y DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN

En caso de tratarse de pacientes Fonasa el ingreso es vía CESFAM (Centro de Salud Familiar de Atención

Primaria), los dispositivos de nivel de especialidad los Centros de Salud Mental Comunitaria (llamados tradicionalmente “Cosam”, para atención ambulatoria), las unidades Hospitalarias UHCIP (Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos Psiquiátricos, para hospitalización cerrada), así como los Hospitales de día (centros diurnos en los que los pacientes asisten en horario hábil de forma intensiva). También existen dispositivos como los hogares y residencias protegidas para pacientes con falencias de soporte social.

Para las personas con cobertura de Isapre existen dispositivos similares con los que estas instituciones tienen convenios.

RESPECTO AL DIAGNÓSTICO

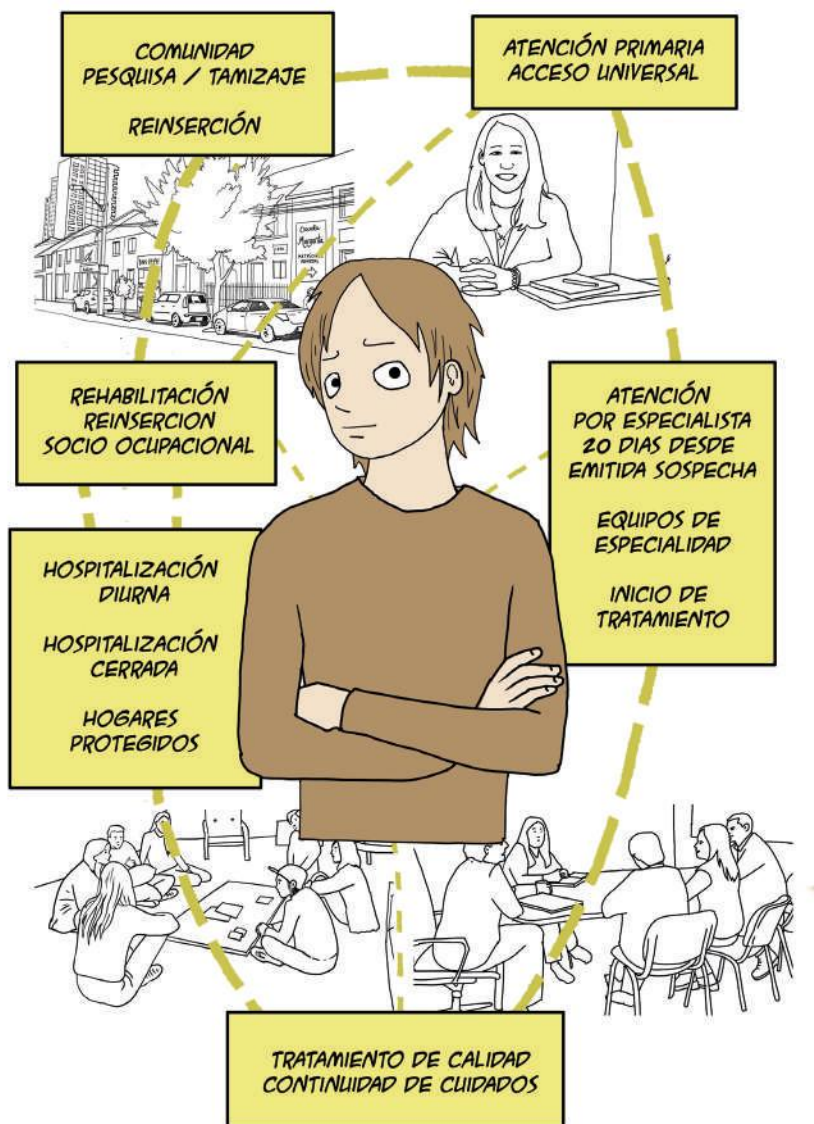
El diagnóstico de este problema de salud sigue siendo fundamentalmente clínico, no existen exámenes de laboratorio ni de imagen que sirvan como marcadores biológicos de la enfermedad (salvo para el descarte de otras patologías).

La clasificación diagnóstica por ley usada en Chile es el CIE 10. Los tamizajes y entrevistas de alto riesgo no sustituyen esa evaluación (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2017).

La Guía AUGÉ-GES recomienda un plan integral centrado en la persona y su familia: psicoeducación, intervenciones psicosociales, apoyo educacional/laboral y rehabilitación cognitiva, con revisión de tratamiento y seguimiento del funcionamiento (MINSAL, 2017; NICE, 2014/2025).

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA.

GUÍA CLÍNICA AUGÉ-GES



CAPÍTULO 7

DETECCIÓN Y PESQUISA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El inicio de los problemas de salud mental muchas veces es lento, insidioso, se pueden ir presentando evolutivamente desde la niñez o manifestarse como cambios en la conducta, que muchas veces se asemejan a características vinculadas de la adolescencia, etapa del desarrollo donde se alcanza una madurez funcional tanto orgánica como psicológica. Pero, el inicio de la patología no es evidente ni lineal.

Es por ello, que la pesquisa -a fin de desarrollar acciones preventivas respecto de posibles apariciones de pródromos que podrían desembocar en primeros brotes psicóticos en adolescentes-, no es sencilla. La evolución de la psicopatología no es evidente ni lineal.

Los adolescentes no presentan síntomas tan claros, específicos, y son un reto para la detección de los cuadros severos, los que pueden evolucionar a trastornos mentales graves y crónicos, como por ejemplo la esquizofrenia²⁹ y

²⁹ *Esquizofrenia* (EQZ): Es un trastorno psicótico crónico que se caracteriza por la presencia de síntomas positivos como delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, y síntomas negativos como afecto embotado, falta de motivación

sus diversos tipos, y una variedad de trastornos del ánimo³⁰ u otros denominados bipolares que en ocasiones también puede cursar con síntomas psicóticos.

El promedio de edad de la aparición de síntomas francos de esquizofrenia es alrededor de los 18 años, pero las fases iniciales (pródromos) se presentan habitualmente antes.

y deterioro cognitivo. Estos síntomas deben persistir durante al menos seis meses, con un impacto significativo en el funcionamiento personal, social o ocupacional del individuo (OMS, 2010, CIE-10)..

30 *Trastornos del Ánimo: Episodios Depresivos*: Estado de ánimo triste, vacío o irritable, pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas. Pueden presentarse síntomas adicionales como cambios en el apetito o el peso, alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Episodios Maníacos y Episodios Hipomaníacos: Estado de ánimo expansivo o irritable, aumento de la energía, disminución de la necesidad de sueño, pensamientos acelerados, impulsividad y comportamientos de alto riesgo. En contraste, los episodios hipomaníacos son menos intensos pero presentan síntomas similares. (OMS, 2010, CIE-10)

CAPÍTULO 8

LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

Es importante reconocer que existen múltiples trastornos mentales graves, algunos de los cuales presentan un pronóstico complejo y una recuperación difícil. Sin embargo, la evidencia muestra que la combinación de tratamiento farmacológico con psicoterapia, junto con programas de reinserción social y apoyos adecuados para los distintos momentos del desarrollo vital, resultan altamente efectivos para favorecer la mejoría y la integración de las personas afectadas. La aparición de un episodio psicótico en la vida de una persona puede dañar su autoestima³¹ y su autoconcepto³².

31 Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press; Orth, U., & Robins, R. W. (2014). Development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387; Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. Yale University Press.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis*. Guilford Press; Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. APA Publishing.

32 Ref. Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441.; arkus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept. *Psychological Bulletin*, 102(2), 300–338.; Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Other*

La autoestima: Se refiere a cómo una persona se valora a sí misma y al sentimiento básico de dignidad y valor personal que sostiene su identidad (Rosenberg, 1965; Orth & Robins, 2014). No se trata sólo de “quererse” o “pensar positivo”, sino de una sensación más profunda de valía que permite enfrentar dificultades, pedir ayuda y cuidarse.

Desde una perspectiva clínica, una autoestima relativamente estable se asocia a una mayor cohesión del Yo y a la experiencia interna de haber contado —real o simbólicamente— con figuras protectoras y confiables a lo largo de la vida (Kernberg, 1984; McWilliams, 2011). En cambio, cuando la autoestima es muy frágil o cambia bruscamente frente a situaciones de estrés, rechazo o crítica, la persona puede sentirse fácilmente desbordada, desvalorizada o sin recursos para sostenerse emocionalmente (Gabbard, 2014).

En personas que viven con esquizofrenia, una autoestima dañada puede intensificar el aislamiento, la desconfianza hacia los demás y la dificultad para adherir a tratamientos, especialmente cuando la enfermedad ha impactado la identidad, los proyectos de vida o las relaciones significativas. Por ello, el tratamiento no sólo busca disminuir los síntomas, sino también fortalecer la autoestima, ayudando a la persona a reconocerse como alguien valioso, más allá del diagnóstico, lo que favorece el compromiso con el cuidado y la continuidad terapéutica.

El autoconcepto: corresponde al conjunto de ideas, creencias y significados que una persona tiene sobre sí misma: quién es, cómo se ve, qué capacidades reconoce y qué lugar siente que ocupa en el mundo (Shavelson et al., 1976; Markus & Wurf, 1987). Este conjunto de represen-

Press.;McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis*. Guilford Press.;Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. APA Publishing.)

taciones permite mantener una sensación de continuidad personal a lo largo del tiempo.

Desde el punto de vista clínico, un autoconcepto relativamente coherente permite que la persona se reconozca como la misma, incluso en momentos de dificultad. En funcionamientos más frágiles, el autoconcepto puede volverse inestable, muy dependiente de la mirada de los otros o del contexto relacional inmediato (Fonagy et al., 2002; McWilliams, 2011).

En los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, puede existir una alteración más profunda del sentido básico del sí mismo, lo que se expresa en experiencias de extrañeza respecto de los propios pensamientos, emociones o acciones (Gabbard, 2014). Esta vivencia puede resultar muy angustiante y afectar la confianza en uno mismo y en el tratamiento.

Por esta razón, los abordajes terapéuticos no sólo buscan aliviar los síntomas psicóticos, sino también ayudar a reconstruir un autoconcepto más integrado y comprensible, favoreciendo que la persona pueda reconocerse, aceptar apoyo y sostener la adherencia al tratamiento como una forma de cuidado personal y no como una imposición externa.

También, la presencia de sintomatología psicótica, el uso de medicamentos de manera obligatoria, la estigmatización social de la persona, pueden provocar la aparición de una “Identidad de Enfermedad”³³, no siendo beneficioso para la evolución y tratamiento de la enfermedad, ni tampoco para el desarrollo de la subjetividad de la persona.

33 Modelo de Identidad de Enfermedad (Disease Identity Model) de Yanos y colaboradores, 2020. Los fundamentos de ese modelo están relacionados con que las personas con enfermedades integran su enfermedad en el sentido de su existencia, lo integran en su “yo”, afectando su identidad.

Es necesario subrayar el impacto que provoca el fenómeno de la estigmatización³⁴, entendido como un proceso social que no sólo limita las posibilidades de acceso y adherencia al tratamiento de las patologías mentales, sino que además deteriora la subjetividad de quienes las padecen, con un fuerte impacto en la gestión de sí mismo, ya deteriorada por la patología. El estigma se traduce en sentimientos de vergüenza, aislamiento y desvalorización personal, lo que a su vez refuerza barreras estructurales y culturales que dificultan la recuperación y la plena integración social.

Reconocer y problematizar este fenómeno resulta fundamental para avanzar hacia prácticas de atención en salud mental más inclusivas, respetuosas y orientadas a la dignidad de las personas.

34 La estigmatización es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que se configuran como prejuicios (Ochoa et al.,2011), lo que puede contribuir a la discriminación de la persona estigmatizada.

ESQUEMA DIDACTICO

ESTIGMATIZACIÓN Y GESTIÓN DE SÍ MISMO



HOH NO TIENE LAS MISMAS HABILIDADES QUE OTRAS PERSONAS. NO GESTIONA BIEN LA BÚSQUEDA DE TRABAJO. SE PONE MUY ANSIOSO Y NO SE EXPRESA ADECUADAMENTE EN LOS CONTEXTOS DE ENTREVISTA. SE BLOQUEA CON LOS TEST PSICOLÓGICOS Y SE FRUSTR.

PERO ESTO SI SE PUEDE MEJORAR!!

HOH REQUIERE DESARROLLAR UN TRABAJO EN CONCORDANCIA CON SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y CAPACIDADES. LE CUESTA PLANIFICAR Y GESTIONAR SU VIDA LABORAL, LO CUAL ES MUY FRUSTRANTE. REQUIERE ORIENTACIÓN LABORAL Y MEJORAR SUS CAPACIDADES RELACIONALES, ¡LO CUAL ES POSIBLE!

EXISTEN PROGRAMAS QUE DESARROLLAN LOS PSICÓLOGOS, LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES U OTROS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD, PARA MEJORAR LA COGNICIÓN SOCIAL Y NO SOCIAL DE LAS PERSONAS.

SE PUEDE MEJORAR LA INTERACCIÓN, EN EL MARCO DE LAS ENTREVISTAS LABORALES, TAMBIÉN EL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO, LAS HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN PARA EL DIARIO VIVIR.

LA INCLUSIÓN LABORAL NO ES SENCILLA, EXISTE EL FENÓMENO DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN SOCIAL, RESPECTO DE PERSONAS QUE SON UN TANTO DIVERSAS FUNCIONALMENTE.

EXISTE UN PREJUICIO RESPECTO DE PERSONAS QUE TIENEN UNA HISTORIA DE TRATAMIENTOS PSÍQUICOS, LO CUAL DAÑA LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO DE LOS SUJETOS AQUEJADOS POR TRASTORNOS MENTALES GRAVES.

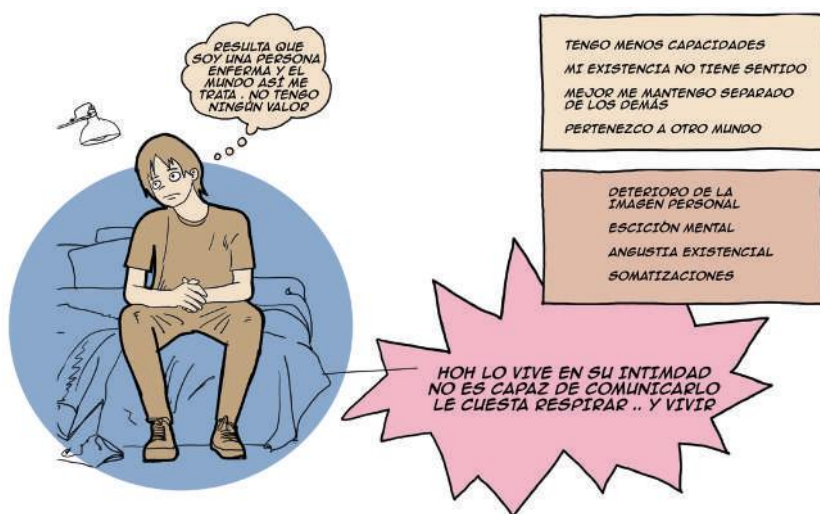
CAPÍTULO 9

ESQUEMA DIDÁCTICO

LA ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL HACE DAÑO

La baja autoestima y un autoconcepto pobre, no aportan en el tratamiento.

HOH PERCIBE QUE SE LE ESTIGMATIZA Y SE LE SEGREGA SOCIALMENTE. SU AUTOESTIMA SE DETERIORA Y COMIENZA A TENER MANIFESTACIONES CORPORALES DE MUCHA ANGUSTIA.



EL ESTIGMA SOCIAL

La estigmatización es un fenómeno complejo que se presenta socioculturalmente diferenciado y aparentemente teñido multidimensionalmente, tanto por tramas sociales como personales, condensando sentimientos, creencias, prejuicios, comportamientos y otros, que pueden conllevar dolorosos corolarios de discriminación³⁵.

En el caso de personas con trastornos mentales estos fenómenos generalmente se traducen en consecuencias de etiquetados negativos, aislamiento social, reducción de oportunidades de empleo, de obtención de ayuda entre otros, y usualmente limitan significativamente las posibilidades de la persona³⁶.

A ello se agrega que el fenómeno tiene consecuencias para el tratamiento, rehabilitación e inclusión social de los pacientes.

En revisiones sistemáticas de literatura científica respecto de personas con trastornos mentales graves, se postula que la estigmatización y sus representaciones

35 En Loubat M, Magaña I, Astudillo A. y Villena C. (2025) Estigmatización de personas con trastornos mentales graves: Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*. 42(2), 141-162

36 Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>

Rüsch, N., Angermeyer, M. y Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Zabaleta González, R., Lezcano Barbero, F., y Perea Bartolomé, M. V. (2021). Programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 183-198. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12> P

sociales impiden una adecuada inclusión social de estos pacientes (Chang y colaboradores, 2018), los cuales terminan auto estigmatizándose³⁷.

En algunos estudios se señala que ciertos sujetos se adscriben a identidades defensivas, fantasiosas o a ciertas identidades deliriosas cercanas a juicios y sentidos de la realidad un tanto distorsionados. Los sujetos irían adquiriendo e inscribiendo en su desarrollo ciertas formas de estar en el mundo a fin de “protegerse”. Incluso, en un meta-análisis de Hortal-Mas y colaboradores (2020), se concluye que la sexualidad también es afectada por el estigma social.

Otras investigaciones que relacionan auto-estigma y autoestima, esperanza, síntomas y relaciones sociales, han respaldado ampliamente el Modelo de Identidad de Enfermedad (Disease Identity Model) de Yanos y colaboradores, 2020. Los fundamentos de este modelo están relacionados con que las personas con enfermedades integran su enfermedad en el sentido de su existencia, lo integran en su “yo”, afectando su identidad.

Tsang y colaboradores (2016)³⁸, hacen una revisión de programas cuyo objetivo es la reducción del estigma internalizado en los pacientes, concluyendo que la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, el logro de objetivos de vida, la terapia cognitivo conductual y la narrativa, parecen ser efectivas.

37 El auto-estigma está referido a un daño en el autoconcepto y autoestima del sujeto al internalizar negativamente los estereotipos sociales estigmatizadores. Estaría vinculado con la relación que el sujeto establece con la enfermedad desde lo social y estaría vinculado a una identidad de enfermedad.

38 Tsang, H., Ching, S., Tang, K., Lam, H., Law, P. y Wan, C. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Research*, 173(1–2), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>

CAPÍTULO 10

EL ESTIGMA SOCIAL Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL TRATAMIENTO Y PARA LA SUBJETIVIDAD DE LA PERSONA

En una revisión de literatura científica³⁹ se señala que las personas que padecen trastornos mentales graves y que están sometidos al estigma y a la discriminación social, comienzan a evitar el tratamiento⁴⁰ e incluso pueden experimentar síntomas disociativos⁴¹.

La lástima de los otros les provoca vergüenza, desesperanza, enojo, evitación, miedo⁴².

39 Loubat M, Magaña I, Astudillo A. y Villena C. (2025) Estigmatización de personas con trastornos mentales graves: Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*. 42(2), 141-162

40 Pal, A., Sharan, P. y Chadda, R. (2017) Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 258, 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.087>

41 Szczesniak, D., Kobylko, A., Lenart, M., Karczewski, M., Cyran, A., Musial, P. y Rymaszewska, J. (2021). Personality Factors Crucial in Internalized Stigma Understanding in Psychiatry. *Healthcare*, 9, 456. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040456>

42 Favre, S., Aubry, J. y Richard-Lepouriel, H. (2022) Perceived public stigma and perceived public exposure by persons living with bipolar disorder: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00207640221093495>

Las emociones negativas que experimentan estas personas, merman su participación socio-ocupacional su funcionalidad^{43, 44, 45}. Bajos niveles de estigmatización internalizada, podrían estar asociados a las características de apertura social de los sujetos y también si tienen un alto nivel educacional⁴⁶, vale decir que hay personas que la estigmatización y la discriminación no les afectaría tanto. Según Szczesniak y col., 2021, existen personas con un alto nivel de resiliencia a ese fenómeno social.

Lo que está muy claro es que la estigmatización de las personas con diagnósticos de trastornos mentales graves provoca: daño en el auto-concepto y en la autoestima (Favre y col, 2022⁴⁷); baja la adherencia al tratamiento e influye en gravedad del trastorno (Smith

43 Heydari, A, Saadatian, V. y Soodmand, P. (2017). Black shadow of stigma: lived experiences of patients with psychiatric disorders on the consequences of stigma. Iran. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(3). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.6201>

44 Grandón, P., Cárcamo, K., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D. y Oñate, N. (2019) Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas*, 18(2). <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>

45 Shumet, S., Michele, B., Angaw, D., Ergete, T. y Alemnew, N. (2021). Magnitude of internalised stigma and associated factors among people with bipolar disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 11, e044824. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044824>

46 Gonzalez-Sanguino, C., Gonzalez-Dominguez, S. A. Castellanos, M. y Munoz, M. (2022). Mental illness stigma. A comparative cross-sectional study of social stigma, internalized stigma and self-esteem. 2022. *Clínica y Salud*, 33(2), 59-64. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a16>

47 Favre, S., Aubry, J. y Richard-Lepouriel, H. (2022) Perceived public stigma and perceived public exposure by persons living with bipolar disorder: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00207640221093495>

y col.,2018⁴⁸; Taheri y col.,2021⁴⁹; Shumet y col., 2022⁵⁰).

La estigmatización se asocia negativamente con la recuperación (Moraleda y col., 2019⁵¹); daña mayormente a sujetos con menor ingreso económico (Thomas y col., 2019⁵²) y menor educación (Smith y col.,2018; Mora-Ríos y Ortega-Ortega, 2021⁵³).

La estigmatización está mediada por la representación de la enfermedad que tiene el sujeto y de sus niveles de recuperación (Kokanović y col.,2018⁵⁴).

48 Smith, M., Yang, L., Huang, D., Pike, K., Yuan, C. y Wang, Z. (2018). Measuring internalized stigma of mental illness among Chinese outpatients with mood disorders. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 522–535. <https://doi.org/10.1080/17542863.2018.1442484>

49 Taheri, L., Shamsaci, F., Tapak, L. y Sadeghian, E. (2021). Treatment Adherence in Patients with Mental Illnesses: The Effect of Stigma and Spirituality. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 32–45. <https://doi.org/10.12740/APP/138429>

50 Shumet, S., Michele, B., Angaw, D., Ergete, T. y Alemnew, N. (2021). Magnitude of internalised stigma and associated factors among people with bipolar disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 11, e044824. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044824>

51 Moraleda, A., Galán-Casado, D. y Cangas, A. (2019). Reducing self-stigma in people with severe Mental Illness participating in a regular football league: An exploratory study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph16193599>

52 Thomas, T., Prasad, K., Jayarajan, D., Angothu, H. y Thirthalli, J. (2019). Vocational challenges in severe mental illness: A qualitative study in persons with professional degrees. *Asian Journal of Psychiatry*, 42, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.03.011>

53 Mora-Ríos J. y Ortega-Ortega M. (2021) Perceived Devaluation and Discrimination toward mental illness Scale (PDDs): Its association with sociodemographic variables and interpersonal contact in a Mexican sample. *Salud Mental*, 44(2), 75-82. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.011>

54 Kokanović, R., Brophy, L., McSherry, B., Flore, J., Moeller-Saxone, K., Herrman, H.(2018). Supported decision-making from the perspectives of mental health service users, family members supporting them and mental health practi-

Los sujetos con trastornos mentales graves presentan un alto nivel de auto-estigmatización internalizada (Teshager y col., 2020⁵⁵ ; Abdisa y col., 2020⁵⁶)

Hay una mayor estigmatización social en pacientes severos y en ruralidad (Mora-Ríos y Ortega-Ortega, 2021; Habtamu y col., 2018⁵⁷; Shumet y col., 2021⁵⁸).

La estigmatización provoca un aumento de la sintomatología psicótica, la depresión y el uso de ansiolíticos (Smith y col., 2018; Abdisa y col., 2020).

Entonces, se puede concluir de lo señalado que el estigma dificulta los éxitos terapéuticos e influye negativamente en la evolución de la enfermedad.

Yanos y colaboradores, 2020⁵⁹, señalan que provoca

tioners. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9), 826–833. <https://doi.org/10.1177/0004867418784177>

55 Teshager, S., Kerebih, H. & Hailesilassie, H. y Abera, M. (2020) Pathways to psychiatric care and factors associated with delayed help-seeking among patients with mental illness in Northern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033928>.

56 Abdisa, E., Fekadu, G., Girma, S., Shibiru, T., Tilahun, T., Mohamed, H., Wakgari, A., Takele, A., Abebe, M. y Tsegaye, R. (2020). Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *International Journal Mental Health Systems*, 14(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00391-6>

57 Habtamu, K., Alem, A., Medhin, G., Fekadu, A. y Hanlon, C. (2018). Functional impairment among people with severe and enduring mental disorder in rural Ethiopia: a cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(8), 803–814.

58 Shumet, S., Michele, B., Angaw, D., Ergete, T. y Alemnew, N. (2021). Magnitude of internalised stigma and associated factors among people with bipolar disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 11, e044824. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044824>

59 Yanos, P., DeLuca, J., Roe, D. y Lysaker, P. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry Research*, 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950>

auto estigmatización e identidad de enfermedad, elementos claves en los procesos de recuperación subjetiva de las personas con problemas mentales graves.

En una revisión de programas sobre el estigma internalizado, se concluye que la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, el logro concreto de objetivos por parte de la persona afectada, sumados a la terapia cognitivo conductual y la narrativa, parecen ser efectivos (en Loubat et al. 2025).

CAPÍTULO 11

EL TRABAJO EN CONJUNTO CON LA FAMILIA

Las familias de los pacientes con problemas de salud mental severos se ven a menudo afectadas por la discriminación social.

Tanto la enfermedad del hijo como el fenómeno social discriminatorio y estigmatizante, les provocan estados emocionales negativos tales como ansiedad y depresión.

Por lo general, las familias evolucionan hacia el aislamiento social. También, a menudo se produce en la familia una baja en el estatus socioeconómico.

El estigma de la enfermedad mental provoca que muchos familiares eviten integrar a sus hijos en los sistemas públicos de salud, específicamente a los programas GES antes descritos. Las mujeres -madres, hermanas- son a menudo quienes adquieren el rol de cuidadoras asumiendo la responsabilidad de familiar responsable, ante los servicios de salud.

Los estudios científicos reportan altos niveles de estigma relacionados con vergüenza/pudor, en padres con trastornos mentales graves y una peor salud con un alto número de condiciones crónicas⁶⁰.

60 Song, J., Mailick, M. y Greenberg, J. (2018). Health of parents of indi-

También, se ha demostrado la presencia de experiencias interpersonales negativas y estigma en el sistema de atención en salud mental, señalando la necesidad de mejorar la comunicación e interrelación de los profesionales de la salud mental⁶¹, con los pacientes y sus familias.

Por otra parte, el personal cuidador directo, de bajo nivel socioeconómico y menor tiempo de permanencia con el sujeto enfermo, reportan mayores niveles de estigma hacia el paciente en los dominios afectivo y cognitivo⁶².

Los cuidadores familiares sienten vergüenza, pérdida del honor, miedo, estigma y exclusión social, lo que le lleva a una reducción de la interacción social y soledad⁶³

Todos estos aspectos del estigma social y su repercusión en la familia y en el tratamiento con el sujeto afectado deberían ser afrontados desde la institucionalidad, con especial vinculación al trabajo comunitario.

viduals with developmental disorders or mental health problems: Impacts of stigma. *Social Science & Medicine*, 217, 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.044>

61 Kokanović, R., Brophy, L., McSherry, B., Flore, J., Moeller-Saxone, K., Herrman, H. (2018). Supported decision-making from the perspectives of mental health service users, family members supporting them and mental health practitioners. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9), 826–833. <https://doi.org/10.1177/0004867418784177>

62 Grover, S., Aneja, J., Hazari, N., Chakrabarti, S., Avasthi, A. (2019). Stigma and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(5), 455–461. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_24_19

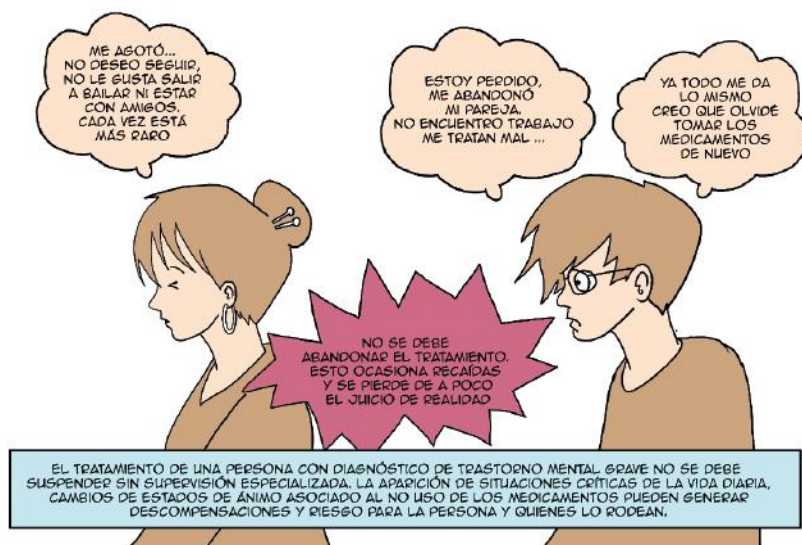
63 Dijkxhoorn, M., Padmakar, A., Bunders, J. y Regeer, B. (2022). Stigma, lost opportunities, and growth: Understanding experiences of caregivers of persons with mental illness in Tamil Nadu, India. *Transcultural Psychiatry*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/13634615211059692>

CAPÍTULO 12

ESQUEMA DIDÁCTICO

EL TRATAMIENTO NO SE DEBE ABANDONAR

HOH ES ABANDONADO POR SU POLOLA Y SIENTE UNA SERIE DE FRUSTRACIONES QUE LE LLEVAN A ABANDONAR EL TRATAMIENTO.



EL RIESGO DE UNA RECAÍDA, CON AGRESIVIDAD INCLUIDA. EL VALOR DEL FACTOR PSICOEDUCATIVO EN EL TRATAMIENTO

Las conductas violentas en este grupo de personas, tienen principalmente relación con violencia recibida y agresiones por parte de la comunidad en general.

Se debe tener presente, que las características de la enfermedad, la estigmatización, las agresiones recibidas les provocan autoagresiones, intentos de suicidio y suicidios, lo cual está evaluado con un alto porcentaje en población adulta joven.

El rol del sensacionalismo en los medios de comunicación, atravesado por el estigma social, el cual ha operado desde remotos tiempos, ha influido en la percepción social de los sujetos con trastornos mentales severos.

Los actos graves de violencia ocasionados por personas con trastornos graves de salud mental son, estadísticamente, muy bajos⁶⁴.

64 En Chile no existen, a la fecha, estimaciones nacionales que digan qué porcentaje de la violencia total proviene de personas con esquizofrenia. Las guías del MINSAL piden evaluar el riesgo caso a caso y señalan que el consumo de alcohol y otras sustancias puede aumentar ese riesgo. Para dimensionar el fenómeno, se usan referencias internacionales sólidas: a nivel poblacional, los trastornos mentales graves explican alrededor del 5% de la violencia en la comunidad; los eventos graves tras el alta son poco frecuentes y, cuando el riesgo sube, suele estar mediado por sustancias y factores contextuales. Además, las personas con TMG son más a menudo víctimas que perpetradoras. Esta precisión evita el estigma y orienta el foco hacia factores modificables (adherencia, sueño, sustancias, soporte social). (MINSAL, 2017; Fazel et al., 2006; Fazel et al., 2009; Steadman et al., 2015; Whiting et al., 2021).

Ministerio de Salud de Chile. (2017). Guía clínica AUGÉ: Tratamiento de per-

Esta afección no impide que se analice el componente agresivo del trastorno mental, el cual generalmente está vinculado con la pérdida del juicio de realidad, con sensaciones persecutorias, con frustraciones vinculadas a realidades internas al sujeto y a externas relacionadas con personas del entorno y/o con la emergencia espontánea de psicopatología.

EL COMPONENTE EDUCATIVO EN LOS PLANES TERAPÉUTICOS.

Es fundamental considerar al interior de los planes terapéuticos la psico-educación. Las personas afectadas deben conocer el riesgo que significa la suspensión de los fármacos recetados, para el equilibrio del organismo.

Las personas con problemas crónicos de salud, ya sean éstos de orden físico o psíquico, no pueden abandonar el tratamiento farmacológico, pues se pueden producir descompensaciones orgánicas severas.

Sólo el médico tratante puede rebajar la dosis y cambiar los fármacos. El control farmacológico regular es

sonas desde el primer episodio de esquizofrenia. Santiago: MINSAL.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Langström, N. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397–1403. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1397>

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>

Steadman, H. J., Pinals, D. A., & Monahan, J. (2015). Gun violence and victimization of strangers in the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Psychiatric Services*, 66(11), 1235–1239. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400503>

Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: A structured review of associations by individual-level factors. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 150–161. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30262-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30262-5)

una tarea obligatoria por parte de los equipos tratantes, y también una responsabilidad del paciente, para lo cual se le debe educar. Complementariamente, los autocuidados⁶⁵ respecto de la enfermedad deben ser sistemáticamente problematizados con el paciente. A parte del control y traspaso de información respecto de los fármacos, se deben trabajar los siguientes aspectos:

- Reconocimiento de la aparición de síntomas, por parte de la persona diagnosticada.
- Análisis de los factores protectores y de riesgo contextuales.

⁶⁵ Se entiende por **Autocuidado y autogestión de la enfermedad en esquizofrenia** el conjunto de acciones planificadas para monitorear síntomas y factores de riesgo, mantener adherencia terapéutica, reconocer señales tempranas de recaída e implementar un plan de acción/crisis co-diseñado con la red de apoyo y el equipo tratante, con el propósito de sostener la recuperación funcional y la calidad de vida, en coordinación con los servicios de salud. (NICE, 2014/2025; MINSAL, 2017; Lean et al., 2019; Balogun-Katung et al., 2021).

- Balogun-Katung, A., Carswell, C., Brown, J. V. E., Coventry, P., Ajjan, R., Alderson, S., Bellass, S., Boehnke, J. R., Holt, R., & Jacobs, R. (2021). Exploring the facilitators, barriers, and strategies for self-management in adults living with severe mental illness, with and without long-term conditions: A qualitative evidence synthesis. *PLOS ONE*, 16(10), e0258937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258937>

- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>

- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Guía clínica AUGÉ: Tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia*. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Subsecretaría de Salud Pública. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC_EQZ.pdf

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014; last reviewed 29 July 2025). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (CG178)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

- Intervención en presencia de alta “Emoción Expresada”⁶⁶ por parte de familiares y personas próximas, las cuales desestabilizan a las personas con problemas mentales graves.
- Análisis de posibles vinculaciones con grupos de riesgo: consumo de OH y drogas, entre otros.

66 *Emoción Expresada (EE)* es un concepto vinculado con una sobre implicación emocional por parte de familiares y cuidadores de personas con esquizofrenia, que pueden significar recaídas. Implicar críticas constantes a la conducta a la conducta del sujeto. (Ver Muela y Godoy (2001) Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Revista Psicothema*: 13; pp. 1-6

CAPÍTULO 13

EL ENFOQUE COMUNITARIO EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

El enfoque comunitario en el tratamiento de los problemas mentales es muy beneficioso, pues facilita la integración de la persona en el medio social donde vive, siendo favorecedor de sociabilidad frente al aislamiento auto y hetero provocado por la estigmatización y la exclusión social.

Se entiende por enfoque comunitario⁶⁷ en el tratamiento de los trastornos mentales a un modelo de atención inserto en la comunidad, centrado en la persona y sus derechos, que desinstitucionaliza y prioriza la atención primaria de salud (APS) y dispositivos ambulatorios, promueve la participación de usuarios, familias y redes locales, la inter-sectorialidad (salud, educación, trabajo, desarrollo

67 Ref. Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-2017-2025.pdf>

Pan American Health Organization. (2022). La transformación de los servicios de salud mental en la Región de las Américas. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56025>

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

social, justicia) y la recuperación como objetivo funcional; integra intervenciones psicosociales y farmacológicas basadas en evidencia, coordina continuidad de cuidados e impulsa inclusión social.

Este es un modelo de atención en el campo de la Salud Mental y la Psiquiatría, en el que se considera la comunidad como parte fundamental de los procesos de tratamiento y rehabilitación de sujetos con problemas graves de salud mental. Esta mirada ha sido difícil de implementar, a nivel mundial, pues requiere un involucramiento de voluntades políticas y económicas.

El enfoque comunitario en salud mental se sustenta en los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental, así como en las orientaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que promueven modelos de atención centrados en la comunidad, los derechos humanos y la continuidad del cuidado.

CAPÍTULO 14

LA LUCHA POR LOS DERECHOS SOCIALES DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La estigmatización constituye un proceso social que, como corolario, genera exclusión y marginación social. En el caso de las personas con trastornos mentales graves, este fenómeno se traduce en un debilitamiento o pérdida de los lazos sociales, afectando su integración comunitaria y restringiendo el ejercicio pleno de su ciudadanía.

Las oportunidades de empleo, la posibilidad de formar una familia o de participar en espacios sociales, políticos y recreativos se ven sistemáticamente limitadas por el estigma social, que actúa como un obstáculo estructural y simbólico.

De este modo, las personas con problemas de salud mental enfrentan no sólo el padecimiento de la enfermedad, sino también el peso de representaciones sociales negativas que condicionan sus trayectorias vitales.

Históricamente se aprecian múltiples antecedentes de maltrato y discriminación hacia este grupo. Las explicaciones acerca del origen de la enfermedad han mutado: desde concepciones religiosas que la asociaban a posesiones o

castigos divinos, hasta interpretaciones derivadas del escaso conocimiento científico en torno a sus causas.

Algunos enfoques críticos han señalado que estos procesos son también utilizados como instrumentos de control social y poder económico o político. No obstante, más allá de sus fundamentos, estas perspectivas han compartido un mismo desenlace: consecuencias negativas para el tratamiento, la recuperación y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

Como se ha discutido previamente, en Chile existen marcos normativos y políticas públicas que buscan resguardar el derecho a la salud y asegurar el acceso a tratamientos, especialmente en condiciones de mayor vulnerabilidad, asegurando la cobertura por parte del Estado.

Un hito fundamental en este ámbito es el régimen de garantías explícitas en salud (GES) que establece un conjunto de prestaciones priorizadas.

En conjunto, estas políticas y marcos legales configuran un sistema de garantías y derechos que, si bien implica desafíos en su implementación, como la disponibilidad de recursos humanos, la cobertura territorial y la persistencia del estigma, representan un progreso hacia la consolidación de la salud mental como un derecho social en el contexto chileno.

Hoh está siendo beneficiario de la ley 19.966, que establece el régimen de garantías explícitas en salud (GES) que asegura el derecho al acceso oportuno y a la cobertura integral del tratamiento para los primeros episodios psicóticos. Esta garantía en salud, previamente descrita, asegura la entrega de atención clínica, seguimiento y apoyo terapéutico según los estándares establecidos por el Ministerio de Salud.

CAPÍTULO 15

AVANCES RESPECTO DE DERECHOS EN SALUD MENTAL PARA PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES GRAVES

El concepto “derechos” se entiende como una garantía jurídica que protege a los individuos, reconociendo y promoviendo la dignidad humana y la igualdad ante la ley.

El Estado es el principal garante de estos derechos, los cuales deben estar formalmente reconocidos en la Constitución y en las leyes de la República, asegurando así la protección de los individuos frente a posibles vulneraciones. Desde una perspectiva teórica, los derechos humanos se fundamentan en la filosofía del desarrollo humano integral, que sostiene que cada persona debe optar a la oportunidad de crecer y desarrollarse plenamente, optando a alcanzar su máximo potencial en todos los ámbitos de la vida: familiar, laboral, habitacional, educativo y en el campo de la salud, tanto física como mental.

El desarrollo humano y los derechos fundamentales están intrínsecamente relacionados: la garantía de una vida plena implica necesariamente el acceso a recursos, servicios y condiciones que permitan a los sujetos desarrollarse

durante todo su ciclo vital. La ausencia de estos derechos no sólo implica una condición de injusticia social sino que se vincula con desigualdades económicas y formas de exclusión estructural.

“El crecimiento y desarrollo de las personas, el tener una vida plena y llegar al máximo de sus potencialidades, gozar de una familia, de trabajo, vivienda, tener salud física y mental entre otros, son aspectos que forman parte en general de los derechos y del desarrollo humano, los cuales en su mayoría deberían ser garantizados por la Constitución a fin de no dejar a los sujetos sin protección en los diferentes ámbitos sociales y en el marco de sus ciclos vitales”⁶⁸

No obstante, referirse a los “DERECHOS”, y por sobre todo a los DERECHOS EN SALUD MENTAL es gran desafío, pues ello está ligado a posturas macro políticas económicas y sociales. Su ausencia es sinónimo de injusticia social.

El acceso a la salud mental constituye un desafío de enorme envergadura, en tanto se encuentra influenciado por decisiones asociadas a las políticas públicas, modelos de sociedad y percepciones culturales sobre la enfermedad mental. La discriminación y el estigma hacia personas con enfermedades mentales dificulta el acceso a la atención y reproducen una suerte de fractura entre los derechos humanos teóricos y su garantía práctica, produciendo consecuencias negativas sobre la calidad de vida de las personas involucradas.

En Chile, la historia de la salud mental ha estado marcada por una deuda estructural del Estado en la provisión

68 Loubat y Letelier (2023). Derechos en salud mental un lento periplo. En *Escenarios y tensiones pospandemia*. González et al (Edit). pp 65-85 RiL Editores.

de servicios adecuados, no obstante, se ha cursado algún camino expresado en algunas políticas públicas y reformas legales que buscan integrar la salud mental en el marco general de derechos humanos

Concretando la afirmación, en Chile, la Reforma de la psiquiatría, realizada después de los años 1990, tuvo como consecuencias integrar a los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en los Hospitales generales, lo cual aproximó la salud física a la mental de las personas subrayando el concepto de unidad orgánica y reparando en parte la discriminación del sujeto enfermo mental.

Con posterioridad, las Garantías Explícitas en Salud (GES) establecidas por la ley 19.966 (2004, tuvieron significación garantizando cuatro derechos esenciales: acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, lo que asegura un tratamiento integral (farmacológico, psicológico y social) para patologías de salud mental como la Depresión en mayores de 15 años, el primer episodio de esquizofrenia, los trastornos afectivos bipolares y el consumo perjudicial y dependencia de alcohol en menores de 20 años.

La implementación de las GES ha significado además, un trabajo en redes institucionales y comunitarias que se ha traducido en una apertura hacia la vinculación de los pacientes con patologías graves en salud mental a redes de apoyo próximas a su hogar.

Estas medidas representan un significativo avance, al reconocer la salud mental como parte integral del derecho a la salud, reduciendo brechas históricas de acceso, derivadas de desigualdades económicas o sociales.

A este marco, se suman algunas leyes más recientes que robustecen los derechos de las personas con problemas de salud mental, entre ellas, las más importantes son:

- Ley 20.584 (2012) conocida como la ley de ‘derechos y deberes de los pacientes’ que establece principios de accesibilidad, información y trato digno.
- Ley 21.331 (2021) sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención en salud mental, que consolida un enfoque basado en los derechos humanos, el reconocimiento de la autonomía, la inclusión social y la no discriminación.
- Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad, que se alinea con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, reconociendo como derecho fundamental la participación plena y efectiva en la sociedad.

En el contexto chileno, se destaca la labor de los movimientos a nivel de la sociedad civil, los cuales han contribuido al logro del reconocimiento de los derechos de las personas con problemas de salud mental grave.

En el ámbito de la salud mental, Chile ha tenido una labor legislativa pionera respecto de la protección de los derechos de estos pacientes. La protección de datos personales ha adquirido una particular relevancia en función de la sensibilidad de la información involucrada. En este contexto, la ley 21.096 (2018) consagra el derecho constitucional de las personas a la protección de sus datos personales, incluyendo aquellos relacionados con la salud mental. La ley establece que el tratamiento de datos personales debe hacerse con el consentimiento expreso del titular, garantizando su autodeterminación informativa y protegiendo su vida privada.

El respeto a los derechos de las personas con patologías mentales se ha visto, además, reforzado por el ma-

nejo responsable de la ficha clínica, la profesionalización de la atención y la generación progresiva de una cultura del trato digno, donde el paciente es reconocido como un sujeto y no como objeto de intervención, cambio que ha contribuido a la des-estigmatización de los pacientes psiquiátricos.

En síntesis, la garantía de los derechos en salud mental implica una construcción social y legal que requiere de políticas públicas, legislaciones, práctica clínica y participación ciudadana. En nuestro país, las reformas de los últimos treinta años más la implementación de las GES y la normativa sobre derechos de los pacientes, la inclusión de personas con discapacidad y la protección de datos sensibles, han consolidado un marco de protección que reconoce la salud mental como un componente esencial del bienestar humano y su desarrollo integral. Aún persisten desafíos, pero los avances legislativos y culturales representan un progresivo reconocimiento del derecho a la dignidad, privacidad y a la vida plena para todos los sujetos, incluyendo aquellas que viven con trastornos mentales o condiciones de discapacidad.

CAPÍTULO 16

DERECHOS, REHABILITACIÓN Y SOCIEDAD CIVIL

El concepto de rehabilitación vinculado a personas con trastornos mentales graves puede comprenderse como un proceso integral orientado a recuperar y potenciar las capacidades personales, sociales y laborales de quienes han visto afectado su funcionamiento y su proyecto vital debido al sufrimiento psíquico. En esta perspectiva, la rehabilitación psicosocial constituye un proceso de largo plazo, basado en la acción coordinada de un equipo interdisciplinario de salud mental, que busca maximizar los resultados terapéuticos y favorecer la re-vinculación social, educativa, familiar y laboral de la persona

Más que una meta estrictamente clínica, la rehabilitación supone un proyecto de vida con sentido, donde la recuperación no se define sólo como la remisión de síntomas, sino como la reconstrucción de la identidad, la autodeterminación y la participación en la comunidad. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) sostiene que los servicios de salud mental deben promover modelos de atención centrados en la recuperación y la inclusión, integrando apoyos comunitarios, educativos

y laborales que permitan minimizar las desigualdades y la estigmatización.

La rehabilitación requiere la creación y sostenimiento de redes de apoyo sociales, entendidas como estructuras de acompañamiento que contribuyen a evitar la desventaja social y garantizar el ejercicio pleno de derechos. La rehabilitación psicosocial es efectiva cuando logra articular un entorno social facilitador capaz de integrar la diferencia y sostener la participación activa de las personas con discapacidad psíquica. En esta línea, la inclusión social no se configura sólo como una estrategia terapéutica, sino también como un derecho humano fundamental, reconocido por instrumentos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006).

Esta necesidad puede ser dimensionada con datos recientes:⁶⁹ Las personas con trastornos mentales graves presentan tasas significativamente menores de empleo y protección social y su probabilidad de ser cesantes puede ser de seis a siete veces mayor que la de la población general (OMS, 2007; SENADIS, 2015). Asimismo, la carga de enfermedad medida en años de vida saludable perdidos (AVISA) es considerablemente alta: por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, el Ministerio de Salud de Chile (Minsal, 2008) reporta 19.028 AVISA en hombres y 23.217 en mujeres entre los 20 y 44 años.

Finalmente, la lucha de las organizaciones civiles y de usuarios de salud mental ha contribuido a visibilizar la relación entre rehabilitación, reinserción social, discrimi-

69 Extraído de Loubat, M. y Díaz, M. (2025). Rehabilitación e inclusión social de personas afectadas por un problema de salud mental grave, en el marco de la estigmatización social. En: *Psicología y salud mental. Niveles de intervención en variados contextos* (2025) pp. 183-199. Edit. Usach.

nación y discapacidad, reivindicando un enfoque de derechos que sustituye las antiguas visiones de exclusión y tutela, por modelos basados en la autonomía y la participación social

La comprensión contemporánea de la rehabilitación implica una transformación cultural y ética, donde las nociones de sufrimiento, ciudadanía y dignidad se vuelven inseparables del proceso de recuperación.

CAPÍTULO 17

LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

Se estima necesario referirse a la noción de “diversidad funcional”, concepto amplio, inclusivo y menos discriminador que el de discapacidad. Este último, utilizado con personas con alteraciones funcionales crónicas o transitorias de largo aliento, innatas o adquiridas en el curso del desarrollo humano, en sus variadas etapas vitales⁷⁰.

Loubat y Díaz (2025), refieren que fue en los años 60-70 que el “movimiento de vida independiente”, conformado por personas con diferentes tipos discapacidad, propone la noción de “diversidad funcional”, donde se asume como principio que todas las personas tienen un funcionamiento diferente o diverso (López y Ruiz, 2020⁷¹).

El término diversidad funcional, se utiliza en distintos países por iniciativa de movimientos de la sociedad civil, ante las consecuencias de la estigmatización que sólo des-

70 Rodríguez Díaz S. y Ferreira M. (2010)-a. Desde la Dis-Capacidad a la diversidad funcional. Un ejercicio de Dis - Normalización. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol.68, n°2, Mayo-Agosto,289-309. DOI:10.3989/ris.2008.05.22

71 López Pérez, M., & Ruiz Seisdedos, S. (2020). Desde el Movimiento de Vida Independiente hasta la asistencia personal: los derechos de las personas con diversidad funcional. *RIPS: Revista De Investigaciones Políticas Y Sociológicas*, 19(2), 67-84. <https://doi.org/10.15304/rips.19.2.6946>

taca la vulnerabilidad del sujeto y lo disminuye con conceptos como discapacidad y minusvalía.

La diversidad funcional está inserta en un nuevo paradigma que sitúa el obstáculo en la sociedad en tanto esta responde sistemáticamente excluyendo al sujeto o siendo paradójicamente ‘incapaz’ de reconocerlo como un miembro del sistema social. El concepto está relacionado a un funcionamiento psíquico diverso a la “norma” en sujetos que muestran capacidades o formas de participación diferente a la mayoría de la población. El propósito de los impulsores de esta noción, es reivindicar la autonomía del sujeto y el respeto a su dignidad inherente, alejándose de la noción de déficit y buscando activamente evitar su discriminación, estigmatización o marginación social.

Por último, esta visión comporta un posicionamiento desde los derechos humanos, donde a las personas se les considera titulares de derechos y los procesos de rehabilitación apuntan a favorecer la singularidad de cada persona, su patrimonio cultural, sus trayectorias educacionales o laborales, sus expectativas y los repertorios de habilidades relevantes para favorecer los procesos de inclusión en ámbitos específicos (Díaz, 2022)⁷².

Si se está interesado/a en profundizar respecto de Rehabilitación, Diversidad funcional, Discapacidad, Derechos de personas con diversidad funcional, Derechos humanos y salud mental, para mayores antecedentes se sugiere consultar las referencias que se señalan en el pie de página⁷³.

72 Díaz Leiva, M. M. (2022). *Terapia Ocupacional: controversias y debates circulantes en América del Sur entre 2010-2018*. [Tesis Doctoral, Universidad Federal de San Carlos]. Repositorio.ufscar.

73 Mirabal-Requena J.C., Álvarez-Escobar B., Concepción-Pacheco, J.A., (2020) Rehabilitación en psiquiatría como problema social de la ciencia. *Revista*

EPÍLOGO

A través de este texto se buscó familiarizar e informar a las personas -sin límites de edad, sexo u ocupación- respecto de la patología mental grave y difundir de manera accesible algunos avances científicos para su tratamiento, como también denunciar el daño que significa, para la subjetividad de las personas, la estigmatización social.

Gracias a los avances científicos y a las luchas por los derechos en salud llevadas a cabo mancomunadamente por las familias, profesionales y también por los afectados por

Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 45, número 4, julio-agosto.

- Moscoso, M. (2011). La discapacidad como diversidad funcional: los límites del paradigma etnocultural como modelo de justicia social. *Dilemata*, (7), 77-92. Recuperado a partir de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/107>

- López Pérez, M., & Ruiz Seisdedos, S. (2020). Desde el Movimiento de Vida Independiente hasta la asistencia personal: los derechos de las personas con diversidad funcional. *RIPS: Revista De Investigaciones Políticas Y Sociológicas*, 19(2), 67-84. <https://doi.org/10.15304/rips.19.2.6946>

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2022) Consulta sobre derechos humanos y salud mental: Identificación de estrategias para promover los derechos humanos en la salud mental (7 de julio de 2022). <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews>

- Rodríguez Díaz S. y Ferreira M. (2010)-a. Desde la Dis-Capacidad a la diversidad funcional. Un ejercicio de Dis - Normalización. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol.68, n°2, Mayo-Agosto, 289-309. DOI:10.3989/ris.2008.05.22

Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS.(2015). Segundo Estudio Nacional de Discapacidad. Ministerio de Desarrollo Social.

las enfermedades psíquicas grave, paulatinamente han ido quedando lejos en el tiempo las reclusiones a perpetuidad, vividas por los enfermos mentales. Reclusiones bien visualizadas en los films, en textos novelescos e incluso científicos.

No obstante, el largo periplo histórico donde no había tratamientos adecuados, el miedo generalizado de la población frente al peligro que significaba una persona con problemas mentales, el desconocimiento sobre qué hacer con las personas afectadas gravemente en su salud mental, dejó una huella difícil de borrar, que se ha traducido en manifestaciones de estigmatización y discriminación sobre las personas que sufren enfermedades psíquicas.

En efecto, antes no había respuestas claras de tratamiento frente a algunos cuadros clínicos que denotaban peligrosidad para la población, desolación para la familia y exclusión severa para el enfermo, generalmente se le recluía a perpetuidad.

Hoy la situación es diferente gracias al desarrollo científico y que existen tratamientos muy beneficiosos para el sujeto y para su familia, pero el estigma social y la discriminación persisten, dañando el equilibrio en la salud y en el bienestar del sujeto en cuestión.

La estigmatización dificulta la detección precoz y la adhesión al tratamiento, vulnera al paciente a experimentar recaídas, intensifica su sintomatología, genera dificultades en la construcción de la identidad, autoestima y autonomía e interfiere significativamente en el proceso de tratamiento y reinserción social-ocupacional del sujeto.

También repercute en la familia en términos de temor a la exclusión social.

El temor a la estigmatización no sólo emerge del entorno social, sino que en ocasiones es reforzado por las propias prácticas de los equipos de salud, lo que puede desalentar la búsqueda de ayuda profesional y generar efectos perjudiciales en la constitución subjetiva del paciente.

La estigmatización se relaciona con el concepto de exclusión social que conlleva a sellar los que están dentro y los que están fuera del sistema social. Además, a menudo los derechos de los pacientes psiquiátricos son sólo parcialmente respetados, debido a estereotipos negativos.

Ha habido avances que han propiciado un cambio cultural que, si bien es lento, ha ido contribuyendo paulatinamente a la des-estigmatización del paciente psiquiátrico, pero queda un largo recorrido.

La creación de este libro estuvo vinculada a nuestras propias vivencias como seres humanos insertos en un medio profesional, familiar, político. La propuesta nace de experiencias de vida, de recuerdos, lecturas, formación académica y profesional de nosotros mismos.

Este libro es un intento por educar e informar desde la emoción positiva, el encuentro y la apertura a la diferencia, reconociendo que, aunque nuestros funcionamientos psíquicos son diversos, todos compartimos la misma dignidad y vulnerabilidad, propias de la condición humana. La realidad es que somos todos distintos, con funcionamientos psíquicos diversos, pero somos todos iguales desde nuestra condición humana.

Los autores



BUENO, ESO ES TODO POR AHORA.
CONSEGUÍ TRABAJO EN UN CENTRO
CULTURAL, DONDE ME HAN RECIBIDO
MUY BIEN, AUNQUE AÚN ME CUESTA
LLEGAR A LA HORA. PERO PARECE QUE
LAS COSAS ESTÁN FUNCIONANDO.
ESPERO LES HAYA GUSTADO COMO MIS
AMIGOS HAN CONTADO MI HISTORIA, YA
ELLOS DEBEN ANDAR PENSANDO EN LA
SEGUNDA PARTE, EN UNA DE ESAS SALE
UNA SERIE PARA NETFLIX

AUTORES



Margarita Loubat Oyarce

Es psicóloga clínica y Doctora en Educación y Psicología, tiene una Maestría en Psicología Clínica y Máster de Especialización en Psicología Clínica y Patológica por la Universidad René Descartes, París V, La Sorbonne, Francia. Posee un Diploma de Estudios en Profundidad por la Universidad de Granada, España.

Académica de la Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile (Usach). Sus líneas de investigación están vinculadas a los trastornos mentales graves y al diagnóstico psicológico. Ha sido Directora de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile y de su Consultorio de Atención Psicológica. Combina la docencia con la atención clínica privada.

Nelson Cuturrufo Aracena

Médico egresado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, especialista en psiquiatría de adultos, se inició en la psiquiatría comunitaria instalando y desarrollando el Cosam de Renca y otros programas, posteriormente se desempeñó como jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Félix



Bulnes y actualmente es parte del Grupo Cetep y Redgesam donde realiza trabajo clínico en hospitalización y ambulatorio. También fué docente en la Usach, Universidad Mayor y en este momento es docente del postgrado de psiquiatría adultos de la Universidad San Sebastián. Paralelamente se ha dedicado a las artes visuales en diversas áreas como pintura, escultura, ilustración y arteterapia.

COLABORADORES



Makarena Moris Ibañez

Psicóloga Clínica, Magíster y Profesora de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile (USACH). Su trayectoria se desarrolla en salud mental y docencia universitaria, con énfasis en psicopatología y diagnóstico psicológico en contextos de alta complejidad psicosocial. Ha participado como autora

en libros académicos colectivos sobre psicopatología, suicidalidad, salud mental y cambio climático, y aspectos éticos del diagnóstico psicológico. Articula docencia y gestión clínica con práctica en el sistema público y en consulta particular.

Antonio Letelier Soto

Doctor en Psicología y Psicólogo Clínico por la Universidad de Santiago de Chile. Académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile, donde desarrolla labores de docencia, investigación y vinculación con el medio. Ex Director del Comité de Ética de la Facultad de Filosofía de la



Universidad de Chile. Su trayectoria profesional se ha desarrollado principalmente en el ámbito de la salud mental clínica, participando en diversas instituciones especializadas en atención psicológica y salud pública. Una parte significativa de su experiencia clínica tuvo lugar en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA) de la Universidad de Chile, institución en la que ejerció, durante un período, el cargo de Jefe de Salud Mental.



LA HISTORIA DE HOH

Este es un libro con ilustraciones que relata el caso de una persona con problemas de salud mental graves.

Se coloca el acento en sus derechos y su anverso, la discriminación y el estigma social.

El texto se divide en dos partes: una está referida a la historia del personaje (llamado HOH) a través de ilustraciones y narrativas; la otra es un relato técnico científico, desarrollado a través de unidades educativas y esquemas didácticos. El lector hará una elección de su lectura en conexión con sus intereses.

Sus autores combinan en la elaboración del texto, sus conocimientos teóricos y su experiencia en tanto profesionales de la salud mental.

Esperan contribuir a través de la difusión de este texto a la desestigmatización de las personas con problemas graves de salud mental, ya que ello es constitutivo de derechos humanos que deben ser respetados, y siendo, por sobre todo, una condición clave para el tratamiento, la rehabilitación y su reinserción social.

www.ariadnaediciones.cl

