

CAMBIOS EN LA VIDA DE LAS PERSONAS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL: SIGNIFICADO E IMPACTO

Eva Lourdes Díaz Hernández*

RESUMEN

Objetivo: conocer el significado del diagnóstico del trastorno mental y el impacto en sus vidas, además de valorar si la presencia de cualquier enfermedad es un indicador de infelicidad. *Metodología:* estudio cualitativo fenomenológico, con muestreo por conveniencia e intencional, a un grupo focal y 16 entrevistas individuales, grabadas en audio, transcritas verbatim, codificadas y analizadas en el programa N-vivo. *Resultados:* la enfermedad física y mental puede producir infelicidad, si bien a veces no es causa de infelicidad. El significado de la enfermedad para algunos no supuso nada y para otros cambios importantes en sus vidas. *Conclusiones:* la enfermedad provoca cambios en la vida de las personas, no solo los esperados, como pueden ser las rupturas, pérdidas laborales, el estigma, etc., sino, además, cambios positivos, tales como el crecimiento personal.

PALABRAS CLAVE: significado, recuperación, salud mental, trastorno mental.

CHANGES IN PEOPLE'S LIVES FOLLOWING A DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDER: MEANING AND IMPACT

SUMMARY

Objective: To find out the meaning of the diagnosis of mental disorder and the impact on their lives, as well as to assess whether the presence of any illness is an indicator of unhappiness. *Methodology:* Qualitative phenomenological study, with convenience and intentional sampling, a focus group and 16 individual interviews, audio-recorded, transcribed verbatim, coded and analysed in the N-vivo programme. *Results:* Physical and mental illness can produce unhappiness, although sometimes it is not a cause of unhappiness. The meaning of the illness for some meant nothing and for others major changes in their lives. *Conclusions:* Illness brings about changes in people's lives, not only the expected ones, such as break-ups, job losses, stigma, etc., but also positive changes, such as personal growth.

KEYWORDS: Meaning, Recovery, Mental health, Mental disorder.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué seguimos mostrando sorpresa cuando alguien nos cuenta que tiene una enfermedad mental?, aún más, ¿por qué si una persona con trastorno mental tiene estudios universitarios o los está cursando, trabaja, conduce o tiene hijos... nos sorprende? Queda clara la presencia del estigma. Sin embargo, es peor escuchar a personas expresar sus miedos a estudiar, trabajar, viajar... provocados por el autoestigma o con el fin de evitar el rechazo, esto obliga a algunas personas a vivir en un continuo estado de enmascaramiento creyendo que así no serán descubiertos (Requejo, 2021).

Los trastornos mentales siguen siendo socialmente desconocidos, con múltiples prejuicios y creencias erróneas, tales como que son fruto de una debilidad, sinónimos de retraso mental, además de generar sentimientos de vergüenza y culpabilización a quienes lo padecen (Ochoa *et al.*, 2011; Requejo, 2021), lo cual conlleva un retraso en la petición de ayuda, que en muchas ocasiones afecta al proceso de recuperación. Miles de personas, con una enfermedad mental, llevan vidas plenas y «normalizadas». Sin embargo, la imagen social negativa de la enfermedad mental provoca actitudes de rechazo social, a la vez que aumenta el riesgo de aislamiento y de discriminación, sin olvidar las etiquetas que se asignan a quienes padecen una enfermedad mental, como las de peligrosidad, responsabilidad, impredecibilidad e incompetencia (Angermeyer y Matschinger, 2003; Crisp *et al.*, 2000; Moloney, 2018; Treviño-Elizondo *et al.*, 2017).

En el *Plan de atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007* de la Comunidad de Madrid se realizó la investigación *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. En ella concluyen que las personas con trastorno mental grave perciben de manera clara el efecto del estigma y los estereotipos más frecuentes son la peligrosidad e incompetencia. Además, hay desconocimiento sobre la enfermedad mental y en un 56% es confundida con la discapacidad intelectual, a pesar del contacto con personas con trastorno mental, incluso los propios familiares, presentan resultados similares a los de la población general sobre el conocimiento de la enfermedad y el nivel de estigma. Como estrategia de afrontamiento, los familiares ocultan total o parcialmente la enfermedad mental (Muñoz *et al.*, 2009; Ochoa, 2011).

Según el estudio de Garay *et al.* (2014), en sus resultados sobre la investigación relacionada con el funcionamiento cognitivo, autoestigma y recuperación de las personas con enfermedad mental grave, destacan que el proceso de recuperación personal está negativamente afectado por las percepciones y atribuciones que realizan las personas sobre sus dificultades cognitivas, el autoestigma, la presencia de síntomas positivos de la enfermedad y las dificultades relacionales.

* Community Mental Health Unit of San Cristóbal de La Laguna, Canary Islands Health Service, San Cristóbal de La Laguna, Spain. Contacto: Eva Lourdes Díaz Hernández, e-mail: eludias@gmail.com.

Vivir con la etiqueta de enfermo mental puede cambiar las expectativas que se tienen sobre el proyecto de vida, tanto de la propia persona como de su familia, pudiendo aparecer la desesperanza, la confusión y el deseo de no tener esa etiqueta, de ser alguien «normal», provocando el aislamiento, la soledad, el temor y la incertidumbre. El diagnóstico trae consigo cambios en el ámbito social, laboral, familiar y afectivo. Estos cambios se ven reflejados en la percepción de ruptura de su vida, con la presencia de un antes y un después (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2017).

En relación con la esquizofrenia, Palmer *et al.* (2014) afirman que esta afecta negativamente a la felicidad, pero la felicidad aún puede ser un objetivo alcanzable para las personas con este trastorno. Este hallazgo afirma el comentario de Saks (2013) sobre que las personas con esquizofrenia pueden encontrar bienestar dentro de la enfermedad. Asimismo, Saperia *et al.* (2018) concluyen que las personas con esquizofrenia no presentan diferencias significativas en su experiencia subjetiva de felicidad, pero sí manifiestan niveles más bajos de satisfacción y éxito en la vida, asociados con síntomas negativos y depresivos más graves y con peores resultados funcionales.

Según Eglit *et al.* (2018), las personas con enfermedades mentales graves, especialmente aquellas con trastornos psicóticos, pueden ser más vulnerables a la soledad.

En la *línea estratégica 8: Prevención y reducción del estigma, del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*, se proponen acciones de sensibilización y concienciación en la población canaria, que promuevan una actitud positiva hacia las personas con trastornos mentales (SCS, 2019).

A pesar de que hay personas que incluyen el momento del diagnóstico de una enfermedad mental dentro de los eventos vitales significativos y provocadores de una ruptura biográfica, hay otras que valoran que la enfermedad mental no les llevó al infierno o al caos.

William Anthony (1993) define la recuperación como:

Un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (Shepherd *et al.*, 2008, p. 1).

Asimismo, Larry Davidson y Àngels González-Ibáñez (2017) en su análisis sobre el concepto de recuperación establecen que la recuperación a nivel individual puede promoverse a través de:

- 1) fomentar las relaciones que dan un sentido de pertenencia y autoestima; 2) transmitir esperanza y ofrecer modelos de recuperación mediante el contacto con otros que están viviendo con sentido sus vidas; 3) centrarse en las fortalezas (en contraposición a los déficits) y en los esfuerzos de la persona para desarrollar y mantener un sentido positivo de la propia identidad; 4) apoyar a la persona en la realización de actividades de las que pueda derivar sentido y propósito; y 5) educar y empo-



derar a la gente para que asuma el cuidado de sí misma y reivindique sus derechos de ciudadanía e inclusión social (pp. 195-196).

Con respecto a las personas con esquizofrenia, para comprender su percepción de felicidad, se debe tener en cuenta que hay mayores dificultades para obtener niveles altos de felicidad en aquellas que presentan sintomatología negativa y con una disminución progresiva de las habilidades sociales (Agid *et al.*, 2012). Las intervenciones fundamentales para la recuperación son las que promueven la rehabilitación, las relaciones sociales y el sentido de la vida, permitiendo una mayor percepción de felicidad (Seabra *et al.*, 2018).

Conociendo la visión de la sociedad acerca de la enfermedad mental y las dificultades que aparentemente provoca en sí misma la propia enfermedad, así como las intervenciones que favorecen y ayudan a alcanzar la recuperación, sería relevante conocer el significado e impacto que la enfermedad mental tiene en sus vidas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa, partiendo desde una perspectiva de análisis constructivista y fenomenológico interpretativo, a través de un muestreo intencional y por conveniencia en el que se seleccionaron los participantes del grupo focal y de las entrevistas individuales. Se elaboró una entrevista, de la cual 6 preguntas pretenden dar respuesta al objetivo de la investigación: conocer el significado del diagnóstico del trastorno mental y el impacto en sus vidas. Además, se pretende valorar si consideran que la presencia de cualquier enfermedad es un indicador de infelicidad. Las preguntas seleccionadas fueron: *¿qué significó la enfermedad?*, *¿cambió tu vida?*, *¿tiene un sentido?* y *¿qué elementos cambiaron?*; *¿es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga?* y *¿crees que las personas son igual de felices si tienen un trastorno mental?*

Las entrevistas fueron realizadas a participantes mayores de 18 años, que se encontraban en seguimiento en las consultas de enfermería de una unidad de salud mental del área norte de la isla de Tenerife, Islas Canarias, España. Para su inclusión en el estudio se atendió a los siguientes criterios: tener diagnóstico de trastorno mental grave, no tener discapacidad intelectual, no presentar descompensación psicopatológica y no estar tutorizados. Se les invitaba a la participación, garantizando la confidencialidad de datos, el anonimato y solicitando previamente el permiso para la grabación de voz de la entrevista y la firma del consentimiento informado, en el que se les explicaba con mayor detalle el estudio y se confirmaba su deseo de participar. Además, se tuvieron en cuenta criterios de edad, sexo y tipo de trastorno mental (véase tabla 1).

TABLA 1. PERFIL DE LOS PARTICIPANTES			
IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	TRASTORNO MENTAL GRAVE
P0.0	Hombre	47	Esquizofrenia
P0.1	Mujer	69	T. depresivo
P0.2	Mujer	62	T. ideas delirantes
P0.3	Mujer	35	T. ideas delirantes
P0.4	Hombre	42	T. inestabilidad de la personalidad
P0.5	Mujer	52	T. inestabilidad de la personalidad
P1.1	Mujer	36	T. inestabilidad de la personalidad
P1.2	Hombre	43	T. bipolar
P1.3	Hombre	58	Esquizofrenia paranoide
P1.4	Mujer	40	T. bipolar
P1.5	Hombre	20	Episodio psicótico
P1.6	Hombre	56	T. bipolar
P1.7	Mujer	57	Esquizofrenia
P1.8	Hombre	56	Esquizofrenia paranoide
P1.9	Hombre	62	T. personalidad
P1.10	Hombre	44	Esquizofrenia
P1.11	Mujer	60	T. ideas delirantes
P1.12	Mujer	37	Esquizofrenia
P1.13	Mujer	52	Esquizofrenia paranoide
P1.14	Mujer	26	Esquizofrenia
P1.15	Mujer	22	T. inestabilidad de la personalidad

Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

Tras el análisis de las narrativas de las entrevistas se han obtenido dos categorías principales con sus respectivas subcategorías.

SALUD Y FELICIDAD

La categoría denominada «Salud y felicidad» se obtiene a partir de las respuestas de las preguntas ¿es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga? y ¿crees que las personas son igual de felices si tienen un trastorno mental? Las subcategorías establecidas fueron (véase tabla 2).



TABLA 2. SALUD Y FELICIDAD: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS		
CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
Salud y felicidad	Enfermedad no es causa de la infelicidad	
	Enfermedad como causa de infelicidad	General
		Salud mental

TABLA 3. ¿ES FELIZ CUALQUIER PERSONA INDEPENDIENTEMENTE DE LA ENFERMEDAD QUE TENGA? ¿Y CON UN TRASTORNO MENTAL?						
¿Se puede ser feliz?	ENFERMEDAD GENERAL			ENFERMEDAD DE SALUD MENTAL		
	Sí	No	Depende	Sí	No	Depende
Grupo focal	1	2	2	2	2	1
Individuales	9	6	1	6	9	1
Total	10	8	3	8	11	2

Nota: Se han cuantificado las respuestas de los participantes para ambas preguntas.

Si se parte de la premisa de que la enfermedad es causa de infelicidad, cuando esta es una enfermedad física, los participantes no la perciben como pasajera, curable, recuperable e incluso olvidable, sino que nombran enfermedades graves y/o crónicas como el cáncer o el alzhéimer, lo cual propicia que influya en la felicidad; mientras que aquellos que piensan que la felicidad no depende de la enfermedad, física o mental, resaltan la importancia de la actitud de las personas ante las mismas. Asimismo, la enfermedad mental es considerada por los participantes como grave, crónica y en muchos casos incurable.

Aun teniendo en consideración que durante las entrevistas hablaban de enfermedades graves, tanto físicas como mentales, las respuestas varían poco (véase tabla 3).

La mitad de los participantes creen que se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga, y solo tres participantes modifican su respuesta cuando se les pregunta si se podría alcanzar la felicidad con una enfermedad mental, refiriendo que sí influye. Estos señalan que el cambio en sus respuestas se produce debido a que, según su experiencia personal, la felicidad está relacionada con la estabilización de la enfermedad, el cumplimiento de los tratamientos, el cuidado personal y por la conciencia de estar enfermos; para ellos estos indicadores van a determinar que una persona pueda ser feliz o no.

Enfermedad no es causa de infelicidad:

La enfermedad no es relevante, es la capacidad de la persona (P0.5).

Una persona es capaz de lograr ser feliz, independientemente de la enfermedad que tenga (P1.1).

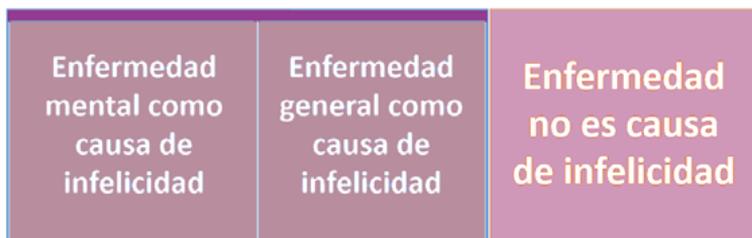


Figura 1. Salud y felicidad: mapa jerárquico.

Nota: Se representa la frecuencia de las respuestas codificadas según las subcategorías establecidas.

Sí, se tiene que tomar una pastilla y lleva una vida normal (P1.5).

No sé, yo me olvido de mi enfermedad. Yo tengo esquizofrenia paranoide, los médicos dicen que no se sabe de dónde vino y no hay cura para eso y tengo que venir aquí (P1.8).

Depende del tipo, principalmente de cada persona, cómo siente y sufre cada persona y de la situación en general vital de esa persona. No, lo acentúa la sociedad, lo mismo que tengo mis «brotes» o momentos malos, tengo mis momentos buenos. Muchas veces lo he dicho, un 10% del día soy locura y un 90% del día estoy haciendo cosas. Muchas veces es como que... te meten una idea de que eres una enfermedad, o sea, son el incapacitismo interiorizado, no puedo hacer esto porque estoy enfermo, no me puedo hacer responsable de mis actos porque soy enfermo mental (P1.15).

Enfermedad como causa de infelicidad (general y mental):

No, si no hay salud, si no hay dinero o amor, no hay felicidad [...] (P1.6).

Depende de cómo sea la enfermedad. [...] Serían peores, el cáncer, el alzhéimer. [...] Un poco sí, tienes que tomar pastillas, pinchazos, pero peor es tener alzhéimer o cáncer (P1.14).

Esto es peor que un cáncer, porque el cáncer lo puedes curar, hay medicaciones, hay quimioterapias [...], y las depresiones también se curan, pero son peores (P0.2). Yo pienso que una persona que tiene un cáncer sufrirá muchísimo más que nosotros porque pienso que me puedo morir. Nosotros no nos vamos a morir por tener una depresión (P0.4).

Depende de la enfermedad mental, la enfermedad mental que tenía yo no podía ser feliz, si la enfermedad mental no te impide ser feliz, pero hay otras enfermedades que no, no se me ocurre ningún ejemplo. Mi abuelo también pasó por una enfermedad mental y mi tío oye voces, no sé cómo se llama eso, ¿esquizofrenia? (P1.5).

Podría pensarse que la presencia de la enfermedad mental produce infelicidad. Sin embargo, en sus respuestas valoran que tanto la enfermedad física como la mental pueden producir infelicidad, si bien encontramos entre ellas también la creencia de que la enfermedad, sea la que sea, no es causa de infelicidad (véase figura 1).



TABLA 4. SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
Significado de la enfermedad	Cambios	Autoestigma
		Crecimiento personal
		Crisis personal
		Estigma
		Espiritualidad-religiosidad
		Recuperación-resiliencia
	Pérdidas	Laborales
	Rupturas	
Sin significado		

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

La categoría denominada «Significado de la enfermedad» se obtiene a partir de las respuestas de las preguntas ¿qué significó la enfermedad?, ¿cambió tu vida?, ¿tiene un sentido? y ¿qué elementos cambiaron? Las subcategorías establecidas fueron (véase tabla 4).

En la mayoría de los casos, la aparición de la enfermedad en la vida de los participantes provoca cambios relacionados con el área personal, tales como crisis personales, cambios en la espiritualidad o religiosidad y el crecimiento personal. Asimismo, refieren cambios que afectan al ámbito social y familiar, tales como las rupturas en las relaciones personales (parejas, amigos, familiares...), las pérdidas laborales, el estigma y el autoestigma.

Crecimiento personal:

A mí totalmente, 100% sí. Me ha hecho descubrirme interiormente, cómo soy, que de otra forma a lo mejor no lo hubiera descubierto (P0.4).

Sí me ha ayudado a interiorizar la nueva vida que tengo que llevar de adulto, tienes que ayudar a la gente, tienes que trabajar, tienes no sé qué no sé cuánto... (P1.5).

Me dio más responsabilidad (a los 18 años). A los 22 años me vine a España, estudiaba, trabajaba... (P1.12).

Recuperación-resiliencia:

Fue el doctor, me ingresaron, fue un problema para mi familia y luego todo fue bien (P1.7).

Más bien yo creo que ha vuelto a como era antes de todo... el proceso (P1.5).

Sí y las he notado y he estado más feliz con esas mejorías (P1.9).

Crisis personal:

La enfermedad me cambió la vida. Yo quería irme, suicidarme antes que mis padres porque no tenía bastón de mando. No quería quedarme solo sin mis padres vivos. No tenía valor de hacerlo. La gente te habla, la enfermedad me da por aislarme (P0.0). Sí, significó un palo muy grande para mí, sentirme inútil, al principio sí, fue muy malo. [...] Tenía planes que se truncaron, hijos... (P1.4).

Yo me asusté, de ahí en adelante me di cuenta que iban a ser así, iba a entrar en un hueco y no podía caminar. Es como si estuviera en una sombra y esa sombra no tiene luz (P1.9).

Yo me intenté suicidar hace mucho tiempo a los 26 años, tuve una crisis de identidad. Yo también tuve una infancia chunga, mis padres se llevaban mal y yo lo presenciaba. Fue una tontería, me salvé, mi madre seguía igual. Ella en el fondo era mala y disfrutaba haciendo ruindades. El suicidio cambió y le dio un sentido, aunque no era consciente y la vida te va llevando y te das cuenta de muchas cosas (P1.11). Supuso un cambio en general en mí y también en los profesionales que me trataron al tener cierta etiqueta, yo asumí ciertos roles que nunca había asumido, porque es eso, como que eres la etiqueta y tienes que cumplir todo lo que pone un libro. Es como, yo en ese momento que estaba muy perdida, acabé más perdida, muy anulada, sabiendo menos quién soy y qué quiero y un poco eso, porque en general solo iba a psiquiatría y me atendían dos psiquiatras y todo giraba en torno a la medicación y demás, entonces... (P1.15).

Autoestigma:

Yo que antes de entrar aquí, yo siempre he estado en contra de la medicación y todo el rollo porque pensé que te hacía más daño que bien, prejuicios también, jajaja y también por un poco de orgullo, porque todo el mundo me va a tomar por un loco... (P1.5).

Estigma:

La gente tiene tendencia de rechazar lo diferente (P0.4).

El sentido mío es el miedo, que me lleven de nuevo a la cárcel, yo, que me pare la policía y me pida los papeles (P1.8).

Espiritualidad-religiosidad:

Pues mira, lo mejor que Dios ha hecho conmigo es darme la paga para no trabajar y yo con la edad que tengo no voy a trabajar (P1.3).

Crear, la fe (P1.12).

Pérdidas (laborales y rupturas):

No, cuando te plantan una etiqueta te arrebatan cosas, a lo mejor no a corto plazo, pero a largo plazo sí, porque sobre todo en este tipo de procesos llega un momento que la familia se cansa, o no quiere entender o no lo ve, o lo que sea, por ponerte un ejemplo la gente al final acaba desapareciendo, cuando te plantan la etiqueta, tu proceso curativo no es, me tomas unas pastillas y ya estoy bien y voy a ser feliz.





Figura 2. Significado de la enfermedad: mapa jerárquico.

Nota: Se representa la frecuencia de las respuestas codificadas según las subcategorías establecidas.

No es eso, a lo mejor en mi caso resulta que yo he necesitado años para darme cuenta de por qué vienen o no vienen las cosas y a día de hoy, todavía a mí me queda camino por delante porque he necesitado años y mi familia ya no está (P1.1). Al principio fue un pedazo palo que te cagas, yo decía por qué a mí, por qué a mí, por qué a mí..., me empezó con 18 años, toda mi vida he estado enfermo desde los 18 años hasta los 44, imagina, 26 años. [...] Aprendí mucho porque yo empecé a trabajar con 15 años, y ya tenía pasta porque yo curraba y con 18 años me enfermé y me di cuenta que los amigos no existen. Desde los 18 años sé que los amigos no existen y tengo 44, así que imagínate (P1.2).
Me hundí, la ruina mía (P1.3).

Me puse de mal humor y me tuvieron que ingresar. Me asustó, dejé el instituto, perdí amistades. Ahora con 26 años, todavía me enfada pensar en la enfermedad, lo que me quitó (P1.14).

Al mismo tiempo, se recogen testimonios de algunos participantes que manifiestan que la enfermedad no cambió el sentido de sus vidas.

Sin significado:

Entrevistadora: ¿Antes de la enfermedad eran más felices? P0.4: No (P0.4).

No le presté atención, ni importancia, como trabajaba y estaba activa, estudiando... conseguí una plaza en el gobierno y ahora se pelean como perros para cogerla (P1.13).

El significado de la enfermedad para algunos no supuso nada y para otros cambios importantes en sus vidas, tanto positivos como negativos, y, en muchos casos, esos cambios fueron impactantes provocando crisis personales. Si bien la disposición para la recuperación e incluso el crecimiento personal aparecen como efectos no esperados, cuando aparece la enfermedad mental suele venir acompañada del estigma y del autoestigma, cargada de prejuicios, estereotipos y discriminación, lo que provoca la ruptura de parejas, amigos, pérdidas laborales y un mayor sufrimiento ante los fallecimientos de las personas que les apoyan, ya que en muchas ocasiones estas pérdidas los llevan a la soledad y al aislamiento (véase figura 2).

DISCUSIÓN

Los participantes refirieron que la felicidad no depende de la enfermedad que se tenga, independientemente de la que sea, mental o física, coincidiendo con Seabra *et al.* (2018), que concluyen que la felicidad no va a depender de la psicopatología, sino de los eventos vitales. Se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga, tal y como referían Anthony (1993), Palmer *et al.* (2014) y Saks (2013). Sin embargo, los cambios provocados por la aparición de la enfermedad mental están relacionados con las pérdidas laborales, las rupturas, la soledad, lo que coincide con los resultados de estudios anteriores, que reflejan la relación de la vulnerabilidad de las personas con trastorno mental grave a la soledad (Eglit *et al.*, 2018), la influencia de la propia enfermedad y su sintomatología positiva y negativa en los niveles de felicidad (Agid *et al.*, 2012; Saperia *et al.*, 2018). El diagnóstico trae consigo cambios en el ámbito social, laboral, familiar y afectivo, estos cambios se ven reflejados en la percepción de ruptura de su vida, con la presencia de un antes y un después, tal y como recogen Zaraza-Morales y Hernández-Holguín (2017).

Factores relacionados con la superación de la enfermedad, tales como las crisis personales, el crecimiento personal, la recuperación-resiliencia y la aceptación, reflejan cómo la enfermedad determina o influye en la felicidad, si bien en este caso queda claro que se puede volver a ser feliz tras pasar o tener una enfermedad mental; además, depende de uno mismo y de la disposición para la recuperación-resiliencia, coincidiendo con Palmer *et al.* (2014), que afirman que la esquizofrenia afecta negativamente a la felicidad, si bien la felicidad puede ser un objetivo alcanzable, de igual manera, Saks (2013) afirma que este grupo de personas puede encontrar bienestar dentro de la enfermedad, y Larry Davidson y Ángels González-Ibáñez (2017) que establecen estrategias para la recuperación a nivel individual.

En las categorías obtenidas aparece el estigma y el autoestigma, como reflejo de la imagen social negativa de la enfermedad mental provocando actitudes de rechazo social y familiar, que a su vez aumenta el riesgo de aislamiento y de discriminación (Angermeyer y Matschinger, 2003; Crisp *et al.*, 2000; Garay *et al.*, 2014; Moloney, 2018; Muñoz *et al.*, 2009; Ochoa, 2011; Treviño-Elizondo *et al.*, 2017).

CONCLUSIONES

La presencia de la enfermedad mental produce infelicidad. Sin embargo, en sus respuestas valoran que tanto la enfermedad física como la mental pueden producir infelicidad. Si bien encontramos entre ellas también la creencia de que la enfermedad, sea la que sea, no es causa de infelicidad.

Se puede volver a ser feliz con una enfermedad mental. Depende de uno mismo y de la disposición para la recuperación-resiliencia. La felicidad puede ser un objetivo alcanzable pudiendo encontrar bienestar a pesar de la enfermedad.

La enfermedad mental supuso cambios importantes en sus vidas, en muchos casos crisis personales, aunque para algunos no supuso nada. La disposición para la recuperación e incluso el crecimiento personal aparecen como efectos no esperados,



aunque sus vidas están teñidas por el estigma y el autoestigma, además de por las pérdidas laborales y las rupturas en sus relaciones familiares y sociales.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los participantes de este estudio haber compartido sus experiencias, opiniones y el tiempo dedicado.

RECIBIDO: 9-12-2021; ACEPTADO: 15-1-2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGID, O., McDONALD, K., SIU, C., TSOUTSOULAS, C., WASS, C., ZIPURSKY, R. y REMINGTON, G. (2012). Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141(1), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.012>.
- ANGERMEYER, M.C. y MATSCHINGER, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>.
- ANTHONY, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
- CRISP, A.H., GELDER, M.G., RIX, S., MELTZER, H.I. y ROWLANDS, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.177.1.4>.
- DAVIDSON, L. y GONZÁLEZ-IBÁÑEZ, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>.
- EGLIT, G., PALMER, B., MARTIN, A., TU, X. y JESTE, D. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLOS ONE*, 13(3), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194021>.
- MOLONEY, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. En *Mens Project Policy Papers*, 75-87.
- MUÑOZ, M., PÉREZ, E., CRESPO, M. y GUILLÉN, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, S.A.
- 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.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>.
- PALMER, B.W., MARTIN, A.S., DEPP, C.A., GLORIOSO, D.K. y JESTE, D.V. (2014). Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 159(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>.
- REQUEJO, S. (Director). (2021). *Votamos* [Cortometraje]. Dos cincuenta y nueve S.L.
- SAKS, E.R. (2013, 25 de enero). *Successful and schizophrenic*. The New York Times. http://pacifictitute.org/pdf/Successful_Schizophrenic.pdf.
- SAPERIA, S., DA SILVA, S., SIDDIQUI, I., McDONALD, K., AGID, O., REMINGTON, G. y FOUSIAS, G. (2018). Investigating the predictors of happiness, life satisfaction and success in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 81(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.005>.
- SCS. SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=d-2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=0428f5bb8968-11dd-b7e9-158e12a49309>.
- SEABRA, P., SARREIRA-SANTOS, A., MEDEIROS-GARCIA, L., COSTA, A., CARDOSO, I. y FIGUEIREDO, A.S. (2018). A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão integrativa

da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 45-53. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0201>.

SHEPHERD, G., BOARDMAN, J. y SLADE, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.

TREVIÑO-ELIZONDO, F.A., WILLIS, G.B., SILLER-GZZ, B. y QUIROGA-GARZA, A. (2018). *Estud. Mensaje Period*, 24(2),1861-1874. <https://doi.org/10.5209/ESMP.62251>.

ZARAZA-MORALES, D.R. y HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, D.M. (2017). Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín. *Aquichan*, 17(3), 305-315. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.7>.

