

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN LAS RELACIONES
INTERPERSONALES Y LA ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL.

MARIANA GONZÁLEZ TABORDA



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN
2019

Influencia del Diagnóstico Psicológico en las Relaciones Interpersonales y la
Estigmatización Social.

Mariana González Taborda

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

Julieta Andrea Bedoya Moreno. Magister en Psicología Clínica

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín

2019

Agradecimientos

Este trabajo de grado fue posible gracias a la disposición de los participantes, a su interés por hacer visible la importancia de la salud mental y por compartir su experiencia.

Agradezco el apoyo de los profesores durante este proceso, a mí familia y amigos por su confianza en mí y la motivación que me brindaron.

Tabla de contenido

Resumen.....	5
Introducción	7
1. Planteamiento del problema.	9
2. Justificación.....	20
3. Objetivos.....	22
3.1 Objetivo General.....	22
3.2 Objetivos Específicos	22
4. Antecedentes Empíricos.	23
5. Marco teórico.	47
5.1 Diagnóstico.....	48
5.2 Relaciones interpersonales.....	55
5.3 Vínculo.....	62
5.4 Estigma.....	67
6. Diseño Metodológico.....	71
6.1 Población y muestra.....	73
6.2 Instrumentos de recolección de la información.....	74
6.3 Procedimiento de obtención de la información.....	75
6.4 Procedimiento para el análisis de la información.....	75
6.5 Aspectos éticos.....	76
7. Resultados.....	79
8. Discusión	135
9. Conclusiones	146
10. Limitaciones y Recomendaciones	148
Referencias.....	149
Anexos	154

Resumen

Los diagnósticos psicológicos se establecen a partir de la identificación de determinados síntomas y ante un motivo de queja asociado con el malestar. Las influencias de este diagnóstico en la vida del sujeto, específicamente en el área social, resultan de gran interés para la investigación debido al impacto que representa. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación consiste en establecer la influencia del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social causada por el trastorno. La muestra estuvo conformada por ocho estudiantes de la Universidad de Antioquia y la información se recolectó a través de una entrevista semiestructurada y dos grupos focales. Los resultados dan muestra de las implicaciones que tiene el diagnóstico en la vida de los individuos desde la representación que se hace de este hasta el impacto en las esferas familiares, de pareja, laborales y con amigos/compañeros. Además, se evidencia el estigma social que existe hacia la enfermedad mental, cómo afecta a los sujetos, el desconocimiento acerca de la salud mental y la deficiencia del sistema de salud público frente a estas problemáticas.

Palabras clave: Diagnóstico psicológico, relaciones interpersonales, estigma.

Abstract

Psychological diagnoses are established based on the identification of certain symptoms faced with a complaint reason associated with discomfort. The influences of this diagnoses in the life of the subject, specifically in the social area, are of great interest to the investigation due to the impact that they represent. Accordingly, the purpose of this investigation consists of establishing the influence of the psychological diagnosis in the interpersonal relationships and the possible social stigmatization caused by disorder. Eight students of the University of

Antioquia were the sample and the information was collected by a semistructured interview and two focus groups. The results show the implications that the diagnosis has in the life of the individual from the representation that is done of itself to the impact in the family, couple and labour sphere and with friends/partners. In addition, it's notorious the social stigmatization that there is to mental diseases and the deficiency of the public health system facing these issues

Keywords: Psychological diagnoses, interpersonal relationships, stigma.

Introducción

La presente investigación aborda las influencias del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la estigmatización que surge a partir de este. El diagnóstico psicológico se establece ante la presencia de determinada sintomatología que genera malestar en el individuo y afecta su funcionalidad. El interés para realizar esta investigación surge a partir de la pregunta acerca del impacto que puede tener este diagnóstico en la vida de los sujetos, el estudio se enfoca en el área interpersonal y social y cómo se ve afectada, por lo tanto el objetivo de la investigación consiste en establecer la influencia del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social causada por el trastorno.

Se encuentra pertinente para la disciplina en cuanto permite un cuestionamiento acerca de las implicaciones que tiene realizar un diagnóstico en la vida de un individuo y evaluar de una manera crítica las repercusiones que tiene en la representación que elabora el sujeto ante su diagnóstico y cómo interfiere con su vida social. Si bien es necesario establecer el diagnóstico, resulta de gran importancia considerar sus consecuencias y así generar rutas de acción más apropiadas en busca del bienestar del individuo.

La metodología de la investigación es cualitativa con un enfoque fenomenológico, la muestra estuvo compuesta por ocho estudiantes de la Universidad de Antioquia y los instrumentos de recolección de la información fueron una entrevista semiestructurada y dos grupos focales.

El estudio pretende conocer el significado que los participantes atribuyen a su diagnóstico, identificar las formas de relacionamiento social y familiar en los momentos previos

al diagnóstico y en los momentos posteriores al mismo y describir la experiencia que relatan los participantes sobre la posible estigmatización social a la que se han visto expuestos posterior al diagnóstico.

En lo referente al trabajo investigativo, en primera instancia se plantea el problema y se establecen las bases teóricas bajo las cuales se va a abordar; posterior al trabajo de campo, se analizan los resultados los cuales se discuten a la luz de la teoría para continuar con las conclusiones que se obtienen de la investigación. Finalmente se refieren las recomendaciones y limitaciones que surgen de la realización del estudio.

1. Planteamiento del problema.

La salud mental, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2004), se relaciona directamente con la promoción de bienestar, la prevención de trastornos mentales y su tratamiento, además de la rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Sin duda el aspecto que adquiere más relevancia es el de los trastornos mentales, más que la dimensión positiva que también contempla la salud mental. Sin embargo, según la OMS (2004) esta sigue siendo menos considerada que la salud física. Dichos trastornos se definen como patrones de comportamiento que representan una disfuncionalidad en el ámbito personal, social y laboral, es decir, en la cotidianidad; por lo tanto se consideran significativos clínicamente y se asocian con un malestar e incluso con la aparición o incremento de conductas contraproducentes o la muerte prematura (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Dichos trastornos se expresan en la relación que tiene el individuo consigo mismo, los demás y su ambiente, lo que genera gran discapacidad y afecta la calidad de vida. En esta medida, la OMS ha diseñado la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) llevada a cabo en veintiocho países en todos los continentes con el fin de identificar las dificultades en esta área y poder desarrollar estrategias locales que permitan disminuir el malestar y la carga de la enfermedad (Gómez, et.al., 2016).

En el caso específico de la población Colombiana la ENSM tuvo el siguiente objetivo general

Obtener información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales, la accesibilidad de los servicios y los medicamentos, de la población colombiana rural y urbana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad.

(Gómez, et. al., 2016, p. 3)

La población se dividió en cuatro grupos etarios, a saber: de 7-11 años, de 12-17 años y de 18-44 años y ≥ 45 años.

Según el resumen ejecutivo de la ENSM, los resultados respecto al primer grupo etario, (7-11 años), muestran una prevalencia de cualquier trastorno mental de 4,7% para el último año y de 3,0% para los últimos 30 días. Se evidenció también una mayor frecuencia en las niñas, para la prevalencia del último año, las niñas padecen más trastornos en una relación de 5,6% vs 3,8% más que en los niños. Los trastornos más frecuentes en el último año son el Trastorno por déficit de atención, siendo la variación con hiperactividad la más frecuente; luego la ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada y por último la oposición desafiante (2016).

Para la población adolescente, es decir, el segundo grupo etario (12-18 años), la prevalencia para cualquier trastorno mental es de 7,2 %; de 4,4% para los últimos 12 meses y de 2,5% para los últimos 30 días. Los trastornos más prevalentes son los relacionados con la ansiedad, siendo la fobia social el más frecuente y con una mayor prevalencia en mujeres. Con respecto al suicidio en esta población, la ideación suicida tiene una prevalencia de 6,6%, el plan suicida una de 1,8%, el intento de suicidio 2,5%. En esta población 3,7% de aquellos que lo han pensado lo han intentado.

En cuanto a los trastornos mentales en adultos, la prevalencia de cualquier trastorno es de 9,1%; en los últimos 12 meses de 4,0% y en los últimos 30 días de 1,6%. Hay una mayor

prevalencia de trastornos afectivos en esta población (6,7%), y hay una mayor frecuencia en la mujeres que en los hombres, excepto en trastornos bipolares cuya prevalencia es mayor en estos últimos. En lo referente al suicidio, la ideación suicida tiene una prevalencia de 7,4% con una mayor proporción en mujeres; 2,4% refieren haber tenido pensamientos suicidas y 2.6% haberlo intentado. Alrededor de un tercio de esta población (35,9%) han presentado ideación suicida, han elaborado planes y/o lo han intentado. La encuesta evidenció que la mayor prevalencia de cualquier trastorno mental se encuentra en el grupo etario de 18-44 años.

A nivel mundial las proyecciones muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas se aumentarán de un 10,5% del total de la carga de enfermedad a un 15% para el año 2020 (Posada, 2013). El pronóstico del aumento en la prevalencia de los trastornos mentales, sugiere de igual manera, un aumento en los diagnósticos de estos mismos. Por lo tanto se considera pertinente abordar este aspecto.

La manera de determinar si se presenta o no un trastorno mental es a través de la consulta psicológica o psiquiátrica y se consolida por medio de un diagnóstico. Por lo general este se hace con el apoyo de manuales diagnósticos como el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Respecto al tema del diagnóstico, específicamente de sus criterios, se ha cuestionado su pertinencia, en tanto que en algunos casos, estos no necesariamente coinciden con la queja de los consultantes, ya que el motivo de consulta no es precisamente por aquello que experimentan sino por las consecuencias que esto conlleva (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010); además dado que estos manuales siguen un modelo categorial que implica que cada categoría diagnóstica sea diferente de la salud y del resto de demás categorías, se habla de una psicopatologización de los

problemas de la vida cotidiana que si bien implican infelicidad y malestar, no justifica la clasificación de un diagnóstico clínico (Echeburúa et.al, 2014).

Otro aspecto a tener en cuenta es que el diagnóstico, desde los manuales, está ligado al modelo médico categorial de enfermedad, lo que en el caso de los trastornos mentales, representa una limitación en la práctica clínica (Ezama et. al.,2010); como lo mencionaban Echeburúa et.al,(2014), la limitación de describir detalladamente los criterios diagnósticos de dichos trastornos, permite un lenguaje común entre los profesionales, pero se aleja de un enfoque psicopatológico, además restringe el diagnóstico a una etiquetación de los problemas, dejando este como el proceso resultante de la evaluación psicológica y excluyendo preguntas fundamentales por las que debe responder la evaluación como el por qué le pasa esto al paciente y no solo qué le está pasando.

Sin embargo, el diagnóstico de trastornos mentales sigue presentándose de manera frecuente, y uno de los cuestionamientos que surge frente a esto es la prevalencia de dichos diagnósticos, por ejemplo en contextos universitarios. Si bien esta variable se relaciona con otras como el consumo de sustancias psicoactivas, violencia en la infancia y factores de riesgo emocionales asociados, entre otros, esto ha permitido encontrar que existe mayor prevalencia de enfermedades mentales en estudiantes universitarios en relación con el resto de la población, y que uno de los más comunes es la depresión (Díaz, 2015; Baader, et.al., 2014; Zanoletti, 2008 y Pinzón, 2017).

La evaluación psicológica tiene como fin propiciar la mejor comprensión de algunos aspectos de la vida de una persona o grupo a través de técnicas reconocidas y un lenguaje apropiado (Nunes, Capitão y Scortegagna, 2006). En cuanto a esta y al diagnóstico se resalta por parte de autores como Contini (2003.) que es de suma importancia contemplarlos desde un

enfoque multicultural para que no se contribuya a la psicopatologización de lo que se puede comprender desde las diferencias culturales.

Dado que el diagnóstico psicológico está ligado al modelo médico, rige de igual forma la ética que fundamenta a este modelo, por lo tanto se debe ajustar al criterio de prudencia por medio de tres principios, a saber ¿Para qué se hace un diagnóstico?, ¿Cómo se hace un diagnóstico? y ¿Cómo se ajusta el diagnóstico a los principios de la relación médico-enfermo, evitando la manipulación expeditiva del paciente como objeto de una clasificación? Se plantea, además, que lo que prima no es la necesidad de clasificar o detectar anormalidades diversas si estas no explican la disfunción, el malestar o el sufrimiento personal, además de que en algunos casos es más importante explicar el porqué de la permanencia de los síntomas más que su mismo origen (González de Rivera y Revuelta, 1996; Ezama et.al, 2010).

Respecto a la naturaleza del diagnóstico han surgido distintas alternativas que plantean una reorganización de este, en tanto se convierta en un instrumento de análisis e intervención que contemple otros aspectos y que tenga más alcance. Se propone entonces como recurso psicosocial (Centeno, 2013) o como recorrido estratégico que responda a estrategias eficaces para conseguir metas específicas (Ezama.et. al, 2010).

Por otro lado, Centeno (2013) plantea que uno de los aspectos fundamentales a considerar cuando se realiza el diagnóstico es el impacto social, en tanto la etiqueta que este genera se convierte en un referente social que va más allá del ámbito individual y llega a tener consecuencias estigmatizadoras. Estas implicaciones, a la vez, influyen en las formas de interacción de las personas diagnosticadas, directamente en sus relaciones interpersonales.

Dado que la necesidad del ser humano por relacionarse responde a una capacidad adaptativa que le permite a las personas la comunicación entre pares y por lo tanto componentes

como la cooperación y la confianza (Gámez y Marrero, 2005; Tapia, 2016), surgió la incógnita de cómo un diagnóstico, con las características anteriormente enunciadas, interfiere con tan fundamental esfera de la vida.

Además las relaciones interpersonales se han asociado directamente con el tema de los trastornos mentales en tanto funcionan como predictor del mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar de las personas y como recurso para lidiar con el malestar producido por dichas enfermedades y soportar las dificultades. (Gámez y Marrero, 2005; Cohen, 2004). Si bien el contexto social no solo contiene aspectos positivos para la vida del ser humano, ya que en sí mismo puede representar conflictos, transmisión del estrés, intentos fallidos de ayudar a los otros y sentimientos de pérdida y soledad, los cuales generan en el individuo sentimientos de malestar, que llevados al extremo pueden llevar al aislamiento, el cual es un estresor psicológico que incrementa el afecto negativo y disminuye los sentimientos de control y autoestima (Cohen, 2004).

En la medida en que el ser humano busca establecer lazos emocionales cercanos e involucrarse en relaciones cálidas (Gámez y Marrero, 2005), respondiendo a su necesidad de vinculación (Deci y Ryan citado en Gámez y Marrero, 2005); cuando esta se ve limitada o entorpecida por las consecuencias sociales que conlleva poseer un diagnóstico, aumenta la percepción de malestar psicológico, el cual interfiere con la forma en que la persona lleva su condición y el pronóstico de recuperación. Esto último se debe a que, según diferentes estudios, las relaciones interpersonales representan un efecto psicológico significativo el cual se evidencia en la mejora de la autonomía y la toma de decisiones, la paliación de los estigmas y desigualdades que genera el diagnóstico, el buen pronóstico que aporta a la recuperación, además del fortalecimiento del autoconcepto (Pernice, 2017; Forteza y Espigares, 2002; Cazorla, 2014).

Esta necesidad de vinculación y por lo tanto de establecer relaciones con los demás responde a que el ser humano desde su nacimiento establece relaciones de apego con aquellas figuras cercanas que responden a las necesidades del recién nacido. En la medida en la que el ser humano se desarrolla, busca la satisfacción de esta necesidad en sus pares (Hazan y Shaver, 1994). A esto se debe que sea tan relevante para el bienestar psicológico la percepción del importarle a los demás, lo cual se evidencia en el reconocimiento por parte de los otros, la sensación de que estos se preocupan por el bienestar y de interdependencia en las relaciones (Pernice, Biegel, Kim y Conrad-Garrisi, 2017).

Otro aspecto de gran importancia dentro de las relaciones interpersonales es el de las habilidades sociales (HHSS), estas tienen también una relación directa con los trastornos mentales, ya que son un factor que puede verse afectado por el diagnóstico o, inclusive, ser un predictor de determinadas enfermedades mentales cuando no hay un adecuado funcionamiento (Pereira y Espada, 2010). El óptimo desarrollo de estas habilidades sociales se expresa en consecuencias sociales positivas, mientras que una deficiencia en estas habilidades traería consecuencias sociales negativas, lo cual, independientemente del carácter de las consecuencias, tendrá un impacto significativo sobre el bienestar psicológico del individuo. Algunos autores han enfatizado en la importancia de fortalecer estas habilidades desde la infancia, ya que un déficit en estas se ha relacionado con actitudes y comportamientos de retraimiento, aislamiento y agresividad social, la presencia de problemas como la deserción escolar, los comportamientos violentos y las perturbaciones psicopatológicas en la vida adulta (Rosentreter, 1996; Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares, y Olivares, 2014; Betina y Contini, 2011; Betina, 2000).

En referencia a su relación con los trastornos mentales se ha planteado que en algunos trastornos, como los de la ansiedad y la personalidad, el área de las habilidades mentales se ve

gravemente afectado, por lo tanto, en el marco del tratamiento sobre los trastornos mentales, el componente de las habilidades sociales es ampliamente trabajado como estrategia de intervención, tanto así que se considera como pilar de rehabilitación en modelos como el de rehabilitación psicosocial (Pereira y Espada, 2010).

En esta línea, además de ser un componente del tratamiento, las HHSS se reconocen como un medio de protección y promoción de la salud ya que los comportamientos sociales favorecen la adaptación, la aceptación de los otros, los refuerzos positivos y el bienestar del sujeto. Su importancia además reside en que estas influyen en aspectos como el autoestima, la adopción de roles, la autorregulación del comportamiento y el rendimiento académico y laboral tanto en la infancia como en la vida adulta (Betina y Contini, 2011), componentes que pueden verse nublados por el diagnóstico psicológico, ya que, como unas de las consecuencias, las creencias acerca de la propia autoeficacia, es decir la percepción subjetiva de capacidad puede verse afectada (Rosentreter, 1996). Esta influencia puede afectar uno de los fines de las relaciones interpersonales, a saber la consecución de objetivos, debido a que estos juicios acerca a la propia eficacia se relacionan directamente con el comportamiento psicosocial del individuo (Pereira y Espada, 2010; Rosentreter, 1996).

Esta influencia del diagnóstico psicológico también se encuentra con un aspecto como el del autoconcepto, componente fundamental en la construcción de las relaciones sociales y en la interacción del individuo con la sociedad. Desde el modelo de madurez psicosocial propuesto por Greenberger se pretende integrar las metas de la socialización con las metas del desarrollo psicológico del individuo; en esta medida si la adecuación individual se ve afectada, en este caso por la influencia del diagnóstico, las demandas efectuadas por la sociedad en este aspecto no

serán satisfechas, lo que perturbara lo que se considera un autoconcepto social aceptable (Goñi y Fernández, 2007).

Este último se ve afectado además, por un aspecto que es transversal al tema de relaciones interpersonales y el diagnóstico psicológico, a saber, el del estigma. Varias investigaciones se han dedicado a estudiar la interacción entre estos aspectos (Farina, Rolland y Ring, 1966; Pernice et.al. 2017; Magallares, 2011; Farina y Ring, 1965).

En estas se plantea que los trastornos mentales son percibidos como un atributo que desacredita el status social del individuo (Farina et.al., 1966; Farina y Ring, 1965). En esta línea, las relaciones interpersonales se convierten en un aspecto muy problemático dada la propia naturaleza del trastorno mental y al poco apoyo y comprensión que recibe la persona por parte de los demás, debido a la percepción que se tiene del trastorno mental, o específicamente de la persona que tiene la etiqueta, es decir, con características de violencia o agresividad. Otros ámbitos vitales que se ven afectados por la estigmatización son el alojamiento, el laboral y la propia recuperación del trastorno mental, lo que causa a su vez un aislamiento social (Magallares, 2011; Lauber, Nordt, Falcato y Rössler, 2004).

Como una de las consecuencias de la estigmatización por esta condición se encuentra el cambio en la identidad de los individuos, ya que, se ha evidenciado que hay una pérdida de la autonomía, una percepción de discapacidad y una detención en los proyectos vitales (Restrepo, Mora y Cortés, 2007). Esto se relaciona directamente con lo que proponen algunos autores acerca de la posible internalización de dicho estigma, lo cual refuerza ese cambio en la identidad, además que contribuye a un bajo autoconcepto que mantiene a las personas lejos de la interacción o incluso de la busca de servicios de salud (Pernice et.al, 2017; Restrepo, et.al. 2007).

Esta estigmatización social se debe principalmente, según Lauber et.al., (2004), a la percepción que se tiene socialmente de la enfermedad mental. En esta medida las personas con trastornos mentales causan reacciones de distanciamiento social debido a que son percibidas como impredecibles, amenazantes y atemorizantes. Estos autores refieren que aunque parezca paradójico, la discriminación percibida acerca de la enfermedad mental aumenta el distanciamiento social, cuando podría pensarse que a mayor percepción, mayor competencia social; esto sugiere que a más reconocimiento médico de la enfermedad mayor será el distanciamiento social, al parecer percibir la enfermedad mental como una crisis vital implica menos actitudes de este tipo.

Lo anterior tiene un efecto contraproducente en tanto que al limitar la interacción en las relaciones interpersonales, no permite la consolidación de los beneficios que esta plantea, como lo es la calidad de vida, la posibilidad de comprometerse con un trabajo y además promueve el incremento de los síntomas de la condición mental (Magallares, 2011). De acuerdo con Pernice et.al. (2017) que la persona con un diagnóstico psicológico sepa que es importante para los demás, el sentirse valorado, reconocido y presente para los otros, funciona como un recurso psicológico que media la relación entre el apoyo social positivo y dos factores, a saber: la recuperación y el estigma interiorizado.

En esta línea, se pudo evidenciar una dinámica circular en la que el diagnóstico psicológico puede influir en las relaciones interpersonales generando unas consecuencias en la forma de interactuar con las personas del entorno, lo que puede ocasionar un malestar psicológico respecto a estos dos componentes, que finalmente termine por reforzar algunos síntomas de la condición mental.

De acuerdo con todo lo anterior, surgió la pregunta por el impacto que puede tener un diagnóstico psicológico en la forma de relacionarse de la persona, cómo y en qué medida se ve afectada su interacción y específicamente sus relaciones interpersonales, teniendo en cuenta que el ser humano necesita de la interacción y de la vinculación para una vida adecuada o funcional, y el diagnóstico de un trastorno mental interfiere con esto.

En esta medida, la pregunta de investigación que se planteó fue
¿Cuál es la influencia del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social causada por el trastorno?

2. Justificación.

Dada la alta prevalencia del diagnóstico de trastornos mentales, vale la pena preguntarse por sus implicaciones en la vida personal de los individuos afectados. Si bien esta abarca un amplio rango de aspectos, es más pertinente abarcar que implicaciones tiene en las relaciones sociales estar diagnosticado, esto con el fin de lograr una mayor precisión y profundidad en el estudio.

Preguntarse por la relación que la persona con un diagnóstico psicológico establece entre tal diagnóstico y sus formas de relacionarse con los otros; además del posible estigma que surge de este y cómo afecta al individuo; contribuye a la disciplina de la psicología en tanto permite que haya un cuestionamiento acerca de las implicaciones que tiene realizar un diagnóstico sobre la vida de una persona, motivando una reflexión acerca de lo pertinente o no que puede llegar a ser y de sus posibles consecuencias.

Es importante a razón de que el diagnóstico se ha convertido en una herramienta muy utilizada dentro de la psicología clínica principalmente, y esta a su vez intenta abordar aquellos aspectos que generan una inconformidad o malestar en la vida personal; por lo tanto sería importante considerar igualmente la carga a nivel personal y social que posee el diagnóstico.

Entre las características de este, se encuentra su carácter estigmatizante, aspecto que afecta particularmente la vida social del individuo. Es aquí entonces, donde entra en juego la importancia que tiene el estudio para el ámbito social, ya que apela por una comprensión de lo que representa vivir con un diagnóstico psicológico, con una etiqueta. Reconocer este aspecto podría ser uno de los antecedentes de una concientización de la práctica psiquiátrica y psicológica referente a su pertinencia diagnóstica, la cual puede llegar a la esfera social y pública y permita una adecuada percepción de lo que es la salud mental, incluyendo el componente la

enfermedad mental, o trastorno mental; posibilitando la reducción de los prejuicios existentes y la estigmatización que esto conlleva.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo General

Establecer la influencia del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social causada por el trastorno.

3.2 Objetivos Específicos

- Conocer el significado que los participantes atribuyen a su diagnóstico.
- Identificar las formas de relacionamiento social y familiar en los momentos previos al diagnóstico y en los momentos posteriores al mismo.
- Describir la experiencia que relatan los participantes sobre la posible estigmatización social a la que se han visto expuestos posterior al diagnóstico.

4. Antecedentes Empíricos.

En la revisión bibliográfica que se realizó para la elaboración del planteamiento del problema se cuenta con artículos relacionados con el diagnóstico psicológico, las relaciones interpersonales, las relaciones vinculares, la asociación entre estas relaciones y la salud y enfermedad mental, las habilidades sociales, el estigma asociado con los trastornos mentales, el autoconcepto, entre otros. Se describirán a continuación los hallazgos de la revisión de dichos antecedentes haciendo un recorrido desde el ámbito internacional hasta el ámbito local.

En relación a la salud mental y a la prevalencia de los trastornos mentales la OMS diseñó la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) para veintiocho países, en lo que respecta a Colombia, autores como Gómez, et. al., (2016) se encargaron de elaborar un protocolo de estudio con el objetivo de realizar una descripción narrativa de los antecedentes, los referentes, el proceso de elaboración y las características del protocolo de la ENSM de 2015. El resumen ejecutivo de esta, da cuenta de los resultados a nivel de la salud mental, los problemas en salud mental, los trastornos mentales y la accesibilidad a los servicios de salud de la población colombiana según los grupos etarios definidos para la encuesta. Como resultados generales, para la población infantil (7-11 años) se encontró una prevalencia de cualquier trastorno mental de 4,7% para el último año y de 3,0% para los últimos 30 días y al trastorno por déficit de atención con la variación con hiperactividad como el más frecuente para el último año. Para los adolescentes (12-17 años) la prevalencia para cualquier trastorno mental es de 7,2 %; de 4,4% para los últimos 12 meses y de 2,5% para los últimos 30 días y con mayor frecuencia de los trastornos de ansiedad. En lo que respecta a la población adulta (18-44 años) la prevalencia de cualquier trastorno es de 9,1%; en los últimos 12 meses de 4,0% y en los últimos 30 días de 1,6%, hay una mayor prevalencia de trastornos afectivos en esta población (6,7%). La encuesta

evidencia que la mayor prevalencia de cualquier trastorno mental se encuentra en el grupo etario de 18-44 años.

En lo referente al diagnóstico de estos trastornos mentales, un estudio español aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica, tiene como objetivo hacer un resumen de los cambios más significativos que recoge la última versión del DSM (DSM-5) en la organización de los trastornos y en los diagnósticos específicos, así como hacer una valoración crítica de estos cambios y, por extensión, del modelo médico de enfermedad aplicado a los trastornos mentales, esto lo realizan desde la visión de la psicología clínica para proponer nuevas líneas de actuación. En esta línea, los autores Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014) debaten acerca el diagnóstico a partir de la pertinencia de este modelo clasificatorio, ya que, ante su última versión publicada se presentó un aumento considerable en el número de trastornos. Si bien, el DSM es un sistema de cuadros clínicos que facilita la comunicación entre los profesionales de la salud mental, la elección de los tratamiento, poder señalar la etiología, predecir los resultados y proporcionar una base sólida para la investigación; genera controversia el aumento de diagnósticos psiquiátricos, así como una exigencia menos estricta para los criterios diagnósticos en las categorías antiguamente existentes. Finalmente, los autores recomiendan como un reto a futuro integrar el sistema categorial con el enfoque dimensional.

En el artículo español pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología, los autores Ezama, Alonso y Fontanil (2010), plantean como objetivo criticar abiertamente la adopción del concepto médico de enfermedad por psicopatólogos y psicoterapeutas e instar a un cambio de perspectiva, por medio de alternativas sólidas tanto desde el punto de vista conceptual como desde el punto de vista práctico. Por medio de una revisión bibliográfica, los autores hablan del concepto de trastorno mental y sus características, de los conceptos clásicos de

enfermedad y del carácter orgánico y biológico de toda disfunción psíquica. Concluyen que la clasificación de disfunciones o quejas se queda en el modelo médico categorial y que se aleja del camino para ayudar a resolver tales disfunciones.

Estos artículos se centran en el debate y las alternativas frente al diagnóstico que se fundamenta en el modelo médico, sin embargo en un estudio español, el autor González de Rivera y Revuelta (1996) por medio de una revisión bibliográfica, en su artículo la ética del diagnóstico: aspectos clínicos, señala los componentes éticos que se deben contemplar al momento de realizar el diagnóstico, debido a su correspondencia con este modelo. De acuerdo con esto, se plantean tres consideraciones fundamentales éticas en tanto el diagnóstico debe ajustarse al criterio de la prudencia y no solo al de la exactitud. La primera es ¿Para qué se realiza un diagnóstico?, la segunda ¿Cómo se hace un diagnóstico? y por último ¿Cómo se ajusta el diagnóstico a los principios de la relación médico-enfermo, evitando la manipulación expeditiva del paciente como un objeto de una clasificación?. Se concluye proponiendo una serie de principios que deben considerarse en el establecimiento de la relación médico-paciente.

En Latinoamérica, la investigación pertinente referente al diagnóstico ha hecho referencia a la evaluación psicológica como una herramienta fundamental en lo que respecta al diagnóstico diferencial y al pronóstico, y se ha enfocado en una mirada crítica de este componente a la vez que se proponen otras rutas de acción.

Un estudio en la ciudad de Guadalajara, llevado a cabo por Centeno (2013) se titula el diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: ontología y epistemología, y tiene como objetivo ahondar en la teoría diagnóstica de Linares (2013) haciendo énfasis en la creencia ontológica y la propuesta epistemológica para finalmente conceptualizar al diagnóstico como marco social organizado que propone convertirse en un recurso psicosocial que amplía

perspectivas, narrativas y diálogos; lo realiza por medio de una revisión bibliográfica y finalmente plantea la necesidad de convertir el diagnóstico en un recurso psicosocial con fines terapéuticos.

En el marco del diagnóstico, un artículo de Brasil titulado evaluación psicológica: contextos actuales, cuyo objetivo es señalar el desarrollo de la evaluación psicológica en el contexto de la salud, bajo la consideración del comportamiento humano como la mayor causa de morbilidad y mortalidad; los autores Nunes, Capitão y Scortegagna, (2006) plantean por medio de una revisión bibliográfica, el reconocimiento por parte de la psicología de la salud de que el ser humano es un ser cambiante en consecuencia de la variación de factores orgánicos, ambientales y psicosociales y su papel activo, cada vez más enfatizado, en el proceso salud/enfermedad. Finalmente, hay un reconocimiento de la evaluación psicológica como una herramienta importante para el diagnóstico diferencial, tipo de tratamiento necesario y pronóstico.

El artículo Argentino de Contini (2003) multiculturalismo y psicopatología: perspectivas en evaluación psicológica, se sitúa en el área de la evaluación psicológica y analiza el modo en el que las prácticas sociales y el contexto cultural influye en determinados comportamientos que se podrían psicopatologizar con el uso de categorías diagnósticas generales. El objetivo es estudiar la relación entre cultura y diagnóstico por medio de una revisión bibliográfica. Se señala la importancia de estudiar el comportamiento humanos desde un enfoque cultural y la necesidad de que las investigaciones contribuyan a la solución de problemática psicosociales.

En lo referente a estudios respecto al diagnóstico se ha investigado mayormente la prevalencia de trastornos mentales en determinadas poblaciones, generalmente de diagnósticos

específicos. Con respecto a la salud mental en Colombia se presenta un estudio acerca de la prevalencia de los diagnósticos de salud mental en país.

En países latinoamericanos como Honduras, se realizó el estudio prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. Los autores Zanoletti et.al. (2008) plantean como objetivo principal establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de la carrera de medicina y el antecedente de abuso sexual, psicológico, y/o físico durante la infancia. Para esto usó una metodología estudio de tipo descriptivo transversal, en una muestra tomada al azar de una población de 1,530 estudiantes, con una confiabilidad del 95%. Se solicitó consentimiento informado, se aplicó el instrumento para recolectar datos sociodemográficos, antecedentes de abuso y presencia de trastornos psiquiátricos, los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa informático EPI-INFO 2004 OMS. El estudio permitió identificar una asociación entre trastornos de ansiedad, alteraciones del estado de ánimo y trastornos de la alimentación y el antecedente de abuso sexual. El 40.9% de los trastornos de ansiedad se relacionan con antecedente de abuso sexual en la infancia; sin embargo no encontramos de los trastornos de ansiedad con respecto al abuso físico, lo que se podría explicar dentro del contexto cultural de nuestro país, donde el castigo físico es socialmente aceptado como una medida disciplinaria. Respecto a la prevalencia del Trastorno depresivo mayor las cifras son de 24.5% y de 54.5% con antecedente de abuso físico y sexual respectivamente. Se encontró una prevalencia de 10.5% con antecedente de abuso físico y de 9.1% con antecedente de abuso sexual con referencia al antecedente de abuso físico en las personas con abuso/dependencia de alcohol. Otro hallazgo del presente estudio fue una prevalencia de 4.5% de trastornos del hábito alimentario en relación al antecedente de abuso

sexual. Analizando en forma general el riesgo relativo entre antecedentes de abuso sexual y trastornos afectivos fue de 2.042 y se encontró para los trastornos de ansiedad un riesgo relativo de 2.3.

En Chile, el estudio diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados, de Baader, et.al. (2014), tiene como objetivo estimar la prevalencia de los principales trastornos mentales no psicóticos presentes en la población de estudiantes de pregrado de la UACH, durante el año 2008. En Chile se estima que aproximadamente un tercio de la población ha presentado algún trastorno psiquiátrico durante su vida. Si se considera la población universitaria, la etapa evolutiva que experimenta y el estrés psicosocial que la afecta, se observa un grupo en riesgo de presentar trastornos psiquiátricos. Por lo tanto la muestra fue de 804 estudiantes de pregrado, que respondieron individualmente el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), la Escala de la desesperanza de Beck (HBS), el Cuestionario del trastorno del estado de ánimo (MDQ), el Cuestionario de detección del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes (DEP-ADO), el cuestionario AUDIT, la Escala de diagnóstico del trastorno alimentario (EDDS) y la Escala de restricción (RE). Los resultados arrojan que Un 27% de los estudiantes cumple con los criterios diagnósticos para una depresión, un 10,4% estaría cursando con un trastorno bipolar, un 5,3% de los estudiantes tiene un riesgo moderado a severo de cometer suicidio; 24,2% de los estudiantes universitarios presenta un consumo problemático de alcohol y un 15,3% de la muestra tendría algún tipo de trastorno en la alimentación. Además, la depresión se asoció significativamente con una mayor tendencia a tener un comportamiento de alimentación anormal, el consumo nocivo de alcohol y el comportamiento autodestructivo.

Un estudio de la Universidad de Santander, Bucaramanga, se titula la prevalencia de los trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Pinzón (2017) plantea que los resultados de algunos estudios, incluyendo el último estudio nacional de salud mental, señalan de forma consistente que la mayoría de enfermedades mentales tienen un pico de inicio entre los 15 y los 25 años, considerándose también la edad temprana de inicio como un predictor de mal pronóstico tanto en el curso longitudinal como en la disfuncionalidad asociada a estas condiciones. La mayoría de estudiantes universitarios en Colombia se encuentran en una edad correspondiente a la adolescencia y adultez temprana y están expuestos a diversos estresores psicosociales (responsabilidades académicas y personales, evaluación académica continua, presión de grupo, pérdidas académicas, dificultades económicas, pérdidas afectivas, problemas de adaptación, consumo de sustancias, separación de familias de origen) que ubican a esta población en riesgo de desarrollar trastornos mentales y conductas de riesgo, por lo tanto en objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del último mes, último año y de vida del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno Distímico (TD), Fobia Social (FS), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), ideación suicida, intento suicida y Trastornos por Abuso o Dependencia a Sustancias, en una muestra de estudiantes de pregrado de una universidad pública en Colombia. El método fue un estudio observacional analítico de corte transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 162 estudiantes de pregrado de la sede de Bucaramanga de la Universidad Industrial de Santander, que fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño de cada facultad, sin reemplazo. Los resultados demuestran una prevalencia de vida, anual y de último mes para el TDM de (23%; 12,4% y 4,4%), para la FS (13,5%; 12,9% y 12,3%) y para el TOC (6,8%, 6,8% y 6,2%). La prevalencia de TD fue la misma en los tres momentos de medición (1,9%). La

prevalencia de vida de ideación suicida y de intento suicida fue de 10,5% y 1,2 respectivamente. La prevalencia anual de abuso o dependencia a sustancias fue de 4,3%. Los hombres presentaron mayores prevalencias de FS, TOC y abuso de sustancias, en tanto que el TDM más frecuente en mujeres. El estudio permite concluir que la prevalencia de vida, de último año y del último mes para el Trastorno Depresivo Mayor, Fobia Social, y Trastorno Obsesivo Compulsivo fue mayor a la reportada en el último Estudio Nacional de Salud Mental, pero comparables con resultados internacionales en poblaciones similares. Esto da muestra del estrés y las presiones tanto académicas como sociales que deben enfrentar los estudiantes universitarios, además que la prevalencia de TDM, FS y TOC en estudiantes universitarios es mayor en comparación con la población general.

Por otro lado, el estudio colombiano prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, de Díaz (2015), tiene una mirada más general de la salud mental en el país, ya que en este no se encuentran estudios recientes que expongan el perfil de salud mental, por lo que los registros de sistemas de información disponibles son la única fuente de consulta y, pese a sus limitaciones, permiten contar con una estimación de la magnitud de tales eventos. Consultando estas fuentes, se encontró que la carga de enfermedad atribuible a salud mental para Colombia es relevante, con una prevalencia estimada de 9% y las mujeres son las más afectadas. Esto crea la necesidad de planificar estudios nacionales de prevalencia y una juiciosa revisión de las políticas en salud pública, haciendo necesaria la inclusión de eventos en salud mental como de intervención prioritaria. el objetivo principal de este estudio fue estimar las prevalencias de eventos en salud mental de la población colombiana, que fueron reportados a través de los RIPS al Ministerio de Salud y almacenados en las bodegas de datos del SISPRO y, a partir de ello,

caracterizar a través de indicadores epidemiológicos de frecuencia y algunas medidas de efecto a la población que haya sido diagnosticada bajo las categorías de trastornos mentales y del comportamiento, lesión autoinflingida y factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud, acorde con la estructura de la CIE-10. Se desarrolló un estudio epidemiológico transversal basado en las prestaciones de servicios de salud reportadas al Ministerio de Salud y Protección Social a través de los sistemas de información dispuestos para ello por parte de las IPS que reportaron información en el país. Se utilizaron los cubos de datos (bases de datos multidimensionales) del SISPRO disponibles en el Ministerio de Salud. Se encuentra que son las mujeres quienes más consultan y demandan servicios de salud para evaluación e intervención de eventos en salud mental, con una importante diferencia con respecto a los hombres; eventos como los trastornos de ansiedad, los relacionados con el estrés y los afectivos tienen un número de registros de atención muy superior para las mujeres. Por otra parte, la mayor proporción de diagnósticos para el sexo masculino corresponde al consumo de sustancias psicoactiva

En lo referente al tema de las relaciones interpersonales, una de las variables de esta investigación, la búsqueda de los antecedentes ha arrojado referencias en las que se encuentra información acerca de la influencia que tiene para la salud tanto física como mental la calidad de las relaciones sociales, como también las implicaciones de carácter negativo. Se habla del establecimiento de dichas relaciones y de las diferencias de las conductas interpersonales.

El artículo español de Cazorla (2014), las relaciones sociales en la salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social, tiene como objetivo describir el papel favorecedor de las redes sociales respecto al protagonismo de las personas

diagnosticadas con un trastorno mental. La investigación tiene un diseño cualitativo llevado a cabo con un muestreo no probabilístico de bola de nieve. La información se recogió a partir de grupos de discusión con ocho personas vinculadas a la asociación EMILIA Barcelona, cuatro técnicos que han apoyado y han ayudado a formar este grupo, así como cuatro componentes de esta entidad y, por otro lado, dos entrevistas individuales en profundidad con dos trabajadores sociales que han participado y desarrollado diferentes proyectos de integración y normalización de personas diagnosticadas con un trastorno mental. El análisis de la información arrojó cinco categorías diferentes: Participación en los procesos, Normalización, Estigma, Redes Sociales y Relación del Trabajador Social en los procesos de integración y participación. Los resultados o las representaciones que se obtuvieron de las diferentes entrevistas fueron varios, ya que brotaron de recopilaciones de percepciones y/o de vivencias subjetivas. La investigación concluye que que las redes relacionales favorecen la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud mental, mediante la paliación de los estigmas y las desigualdades que se pueden generar en torno a un diagnóstico. También establece que la creación y/o el mantenimiento de redes sociales propician la capacidad de asumir su protagonismo social.

En cuanto al establecimiento de dichas relaciones interpersonales, en un estudio español, autores como Gámez y Marrero (2005) en su artículo bases cognitivas y motivacionales de la capacidad humana para las relaciones interpersonales, desde un enfoque más específico, proponen la la interacción interpersonal como una capacidad humana cognitivamente diferenciada y motivada. El objetivo del estudio fue presentar las evidencias y argumentos que justifican la defensa de una capacidad con dichas características. La metodología es una revisión bibliográfica y se basan en la Teoría de la Autodeterminación de Deci y Ryan (2002) donde se proponen tres necesidades básicas, entre estas la vinculación. El tema se abarca

desde los antecedentes ontogenéticos y filogenéticos de las relaciones interpersonales, prosigue con la teoría de la autodeterminación, continúa con las representaciones cognitivas de las relaciones interpersonales y finaliza con las diferencias individuales en la capacidad para relacionarse. Los autores plantean la idea de que hay algo más que una predisposición biológica que nos define como seres sociales, y plantean la necesidad de relacionar dicha capacidad con los estudios del bienestar o well-being.

Por otro lado, existe un modelo que permite identificar las diferencias entre los estilos de conductas interpersonales entre sujetos clínicos y no clínicos abordado en el artículo español los perfiles interpersonales: aspectos clínicos del circumplex interpersonal de Wiggins, los autores Felipe y Ávila (2002) pretenden poner de manifiesto las características y la utilidad clínica del modelo interpersonal de Wiggins y de su instrumento de evaluación denominado Escalas de Adjetivos Interpersonales (IAS) mediante el estudio del estilo de conducta interpersonal en sujetos clínicos, su comparación con sujetos no clínicos, y el análisis de la importancia clínica de los perfiles interpersonales obtenidos mediante las IAS y su significado psicopatológico. Para el estudio se utilizaron dos grupos, uno de 140 sujetos no clínicos formado por estudiantes universitarios heterogéneos, cuya media de edad fue 22,3 años, por otro lado, un grupo de 146 sujetos clínicos, estudiantes universitarios que solicitaron consulta en el centro de salud mental de la red asistencial pública y en la unidad de atención psicológica y salud mental para el universitario de la universidad de Salamanca, la media de edad fue de 23,8 años. Los resultados muestran diferencias en el estilo interpersonal entre sujetos clínicos y no clínicos, de forma que se describen a sí mismos y en sus relaciones interpersonales con estilos muy diferentes e incluso opuestos.

En la investigación española de Forteza y Espigares, (2000) la influencia de las relaciones interpersonales en el cambio de conducta, a través de la intervención sobre dos personas diagnosticadas con discapacidad cognitiva, usuarios de una residencia para adultos con deficiencias mentales; los autores pretendieron comprobar si el establecimiento de vínculos positivos genera cambios conductuales en estas personas, en aspectos como la expresión facial, el interés hacia los demás, la realización o no de alguna actividad y el desplazamiento de un lugar a otro. La metodología es un diseño experimental en el cual para cada sujeto se usó una serie temporal simple de dos fases: evaluación y tratamiento. Los datos se recogieron mediante sesiones de 10 minutos de observaciones sistemáticas de intervalos temporales de cinco segundos, realizadas al azar. Durante la fase de tratamiento se realizó una sesión diaria, por un equipo preparado independiente del equipo de evaluación, el equipo de tratamiento realizaba una visita en el propio centro con la intención de reproducir lo que podría ser una visita típica de las familias. Los resultados permiten concluir que la relación social es una fuente de bienestar personal y que su inclusión en modelos de calidad de vida, desde una perspectiva teórica, indica que hay consciencia de esto aunque sea poco reconocido. Además, se agrega que en contextos institucionalizados, el establecimientos de relaciones sociales se ve limitado si no está de por medio la intervención sobre estas.

En el contexto norteamericano las relaciones interpersonales se han trabajado desde las siguientes perspectivas.

En lo referente a la características y calidad de las relaciones sociales Segrin y Taylor (2007) en su artículo las relaciones interpersonales positivas median la asociación entre las habilidades sociales y el bienestar psicológico, tienen como objetivo de la investigación explorar el papel de las habilidades sociales en estados psicológicos positivos en una muestra diversa

basada en la comunidad, para esto se consideraron varios estados psicológicos positivos como indicadores del bienestar, a saber: satisfacción con la vida, dominio del medio ambiente, autoeficacia, esperanza, felicidad y calidad de vida. La muestra fue de 703 adultos entre los 18-87 años; los participantes se ofrecieron como voluntarios para completar un cuestionario en espera de ser llamados para el servicio de jurados en el condado de Pima, Estados Unidos. Estos cuestionarios se relacionaban con las habilidades sociales, las relaciones positivas con los otros y el bienestar. Los resultados indican que hay una asociación consistente y positiva de las habilidades sociales con todos los indicadores del bienestar psicológico, de igual manera hay una fuerte asociación de estas habilidades con las relaciones positivas con otros. Concluyen que, además de minimizar la aparición de problemas de salud mental, las habilidades sociales se asocian con el bienestar psicológico debido a las relaciones positivas con otros, ya que, por su naturaleza social el ser humano busca y desea relaciones interpersonales de calidad. Las habilidades sociales aparecen como un importante mecanismo que permite adquirir tales relaciones en las que se experimentan evidentes signos de estados psicológicos positivos.

Por otro lado, otra de las variables que se logró identificar como componente importante para los fines de la investigación es el del estigma o el carácter estigmatizador que puede poseer la enfermedad mental en el contexto de las relaciones interpersonales. Entre los artículos se encuentra información respecto a la distancia social, la discriminación y exclusión social que puede surgir a raíz de esta condición, además de la percepción y las actitudes que se tienen frente a la salud y a la enfermedad mental incluyendo sus repercusiones.

En correspondencia con esto, el artículo español de revisión el estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social de Magallares (2011), plantea como objetivo dar a conocer los múltiples problemas de exclusión social a los que se somete las personas con

trastornos mentales y las consecuencias de estos en distintos ámbitos, ya que se ha comprobado por medio de una revisión de la literatura que una de las áreas que más se ve afectada por la aparición de un trastorno mental es la social. Se comprobó también que las personas aquejadas por una enfermedad mental sufren discriminación en el trabajo, en los propios hospitales y en los medios de comunicación. La exclusión social genera importantes problemas para el bienestar psicológico tales como el autoestigma en el cual, la persona con algún trastorno mental sufre también de pesimismo, desesperación y baja percepción de competencia a causa de la internalización de los comentarios negativos presentes en el medio social en el que viven. También están presentes las pocas posibilidades de integración, esto genera conductas de aislamiento, invisibilidad y silencio. El autoestima personal y social también se ve afectado por la percepción que se tiene de las personas con enfermedades mentales como extrañas. Se encontró también que aquellos estigmas ocultables, es decir, que pueden esconderse con mayor facilidad, como es el caso de algunos trastornos mentales; generan mayor ansiedad y estrés que los visibles, lo que puede producir comportamientos esquivos que deriven en una dificultad para las relaciones interpersonales.

En el artículo factores que influyen en la distancia social hacia personas con enfermedades mentales (Lauber, Nordt, Falcató y Rössler, 2004) el objetivo es comprender los factores que contribuyen a la estigmatización debido a una enfermedad mental. Entre estos se encuentra la distancia social, la cual es un indicador de las actitudes públicas hacia las personas con algún trastorno mental. El método que se empleó fue un análisis de regresión lineal múltiple de los resultados de una encuesta de opinión basada en viñetas realizada en una muestra de población representativa en Suiza ($n = 594$). Entre los resultados se encontró que el nivel de distancia social aumenta si las situaciones implican cercanía social y que algunos de los

predictores del distanciamiento social son las representaciones de la enfermedad, las actitudes hacia los aspectos generales de la salud mental, las emociones hacia los afectados y la actitud hacia las consecuencias de la enfermedad mental; además hay aspectos demográficos como la edad, el sexo y el trasfondo cultural que influyen en la distancia social. Como conclusión se puede decir que la distancia social es un concepto multifacético influenciado por factores socioeconómicos y culturales, pero también por la actitud general del encuestado hacia los problemas de salud mental. Los resultados sugieren que un mayor conocimiento sobre las enfermedades mentales, especialmente la esquizofrenia, puede aumentar la distancia social. Además el estudio indicó que las mujeres expresan más distancia social, contrario a la creencia de que generalmente tienen actitudes menos estigmatizantes hacia la enfermedad mental se comprobó que hay un mayor distanciamiento social por parte de las mujeres.

En norteamérica se han encontrado los siguientes artículos en referencia al tema. Pernice, Biegel, Kim y Conrad-Garrisi, (2017) en el artículo el papel mediador de importarle a otros en la recuperación y el estigma, plantean que el importarle a los demás como una construcción intrapersonal puede mediar en la relación entre el apoyo social y las variables de la recuperación y la internalización estigma asociado a vivir con una condición de salud mental grave. Los teóricos y los investigadores conceptualizan el sentido de importarle a los demás como la percepción de que se es valorado, reconocido por otros, junto con las sensaciones de que otros están preocupados por nuestro bienestar. El método empleado fue la aplicación de entrevistas personales en profundidad para evaluar el apoyo social percibido, las experiencias de recuperación de salud mental y el estigma asociado con una condición de salud mental, así como una sensación de preocupación por los demás. Los participantes fueron 119 miembros de una casa-club para personas con trastornos mentales. Los resultados revelan efectos significativos

de importarle a los demás como una explicación de la relación entre el apoyo social y la recuperación, así como la relación entre el apoyo social y el estigma internalizado. De esto se concluye que las intervenciones de apoyo social pueden mejorar la recuperación y reducir el estigma asociado con vivir con una condición psiquiátrica.

Los siguientes dos artículos, aunque tienen más de 50 años, son pertinentes para el tema de la presente investigación porque abordan de manera detallada y con una metodología experimental la influencia del estigma, por una enfermedad mental, en las relaciones interpersonales, además de que los resultados van en la misma línea de lo encontrado en otras investigaciones.

El estudio de Farina, Holland y Ring (1966) el papel del estigma y la influencia en la interacción interpersonal, el objetivo del estudio fue investigar la favorabilidad de la percepción y la cantidad de dolor infligida a un individuo en función del conocimiento de que es normal o mentalmente enfermo y creer que es personalmente responsable o que el entorno es responsable de su condición. La variable ambiental que se utilizó fue la tener una crianza sana o patógena. La metodología fue experimental y se empleó un cuestionario post-experimental, los sujetos del estudio fueron 41 estudiantes matriculados en el curso introductorio de psicología en la Universidad de Connecticut. Sirvieron como sujetos para satisfacer un requisito de curso, la muestra se estuvo compuesta solo por hombres debido a que autores Shrauger y Altrocchi, (1964) han demostrado repetidamente que existen marcadas diferencias de sexo en la percepción de los demás. Estos sujetos se asignaron al azar a una de las cuatro condiciones del estudio. El dolor infligido hace referencia a los choques eléctricos que se aplicaban supuestamente en el experimento.. Los resultados indican que una persona normal y bastante típica recibe un trato más favorable que alguien que se desvía de esta norma. Ya sea que esta

desviación tome la forma de un mal ajuste de adultos o malas experiencias de la infancia, el desviado es tratado de una manera más severa, en la medida que la persona es responsable del estigma es la cantidad de dolor infligido sobre él, además de la evaluación por parte de los otros. El individuo percibido como anormal recibe un trato más duro y también se le percibe como inadecuado, es poco querido y se prefiere no interactuar con él. Inesperadamente, se comprobó que una persona sin enfermedad mental, pero con una crianza problemática, recibe un trato igual de estigmatizado como aquel que posee una enfermedad mental. Los autores sugieren investigar acerca del por qué el informe de una mala experiencia infantil debe tener consecuencias interpersonales tan desfavorables y sobre la naturaleza del proceso que conduce al tratamiento desfavorable y la evaluación de los estigmatizados. En particular, resaltan investigar la sugerencia implícita en los resultados de que la plena conciencia de cómo se está comportando una persona hacia los enfermos mentales reduce la dureza de la conducta.

En el artículo la influencia de la enfermedad mental percibida en las relaciones interpersonales (Farina y Ring, 1965) el objetivo es medir la influencia de las actitudes generales hacia la enfermedad mental en dos aspectos de la interacción interpersonal. La metodología fue experimental y los sujetos del estudio fueron 60 estudiantes varones de pregrado matriculados en clases de psicología en la Universidad de Connecticut, todos eran voluntarios y no se les pagó por participar en el experimento. Los sujetos participaron en parejas compuestas en todos los casos de estudiantes que no se conocían entre sí. El estudio se realizó a través de la ejecución de una tarea motora que requiere de cooperación en uno de los casos con personas con una enfermedad mental, y otro no. Los resultados indican que percibir al compañero de trabajo como enfermo mental se asocia con un mejor rendimiento de la tarea, posiblemente debido a la amenaza que sugiere un compañero exitoso en comparación con el presentado por una persona

que se cree que es inadapado e inadecuado. También se descubrió que cuando un compañero de trabajo está visto como un enfermo mental, se prefiere trabajar solo en lugar de con él y culparlo por las deficiencias en el rendimiento conjunto.

Un estudio colombiano, titulado voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental (Restrepo, Mora y Cortés, 2007), plantea que el estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global y preocupante que implica para el paciente y su familia un sufrimiento adicional al de la enfermedad misma y se relaciona con mayor aislamiento, menor búsqueda de ayuda y menos cumplimiento terapéutico. El juicio moral y el temor a la peligrosidad del paciente son fuentes importantes de la discriminación. El objetivo fue describir algunas de las características del estigma asociado a la enfermedad mental. En cuanto a la metodología se realizó una entrevista estructurada a 16 pacientes, dos grupos focales de pacientes en consulta externa y un grupo focal de familia, y se buscaron los ejemplos y testimonios representativos sobre el estigma vivido. Como conclusión se señala que hay una conciencia del estigma por parte de la familia y del paciente, sin embargo, para llegar a esta se pasa por etapas como de negación, frustración, duelo y aceptación de la enfermedad. También se identificó una percepción de discapacidad por parte de las familias hacia el paciente, lo que genera una mayor estigmatización y dificultad en la recuperación, además que influye en el cambio de identidad que surge en el paciente ya que se manifiesta en una pérdida de control en la vida propia y de la autonomía, además de una detención de los proyectos vitales. Se resalta la importancia de involucrar a la persona en su tratamiento y rehabilitación, dándole un rol activo desde el inicio del proceso, además de hacer parte de este a su red de apoyo para evitar consecuencias como el aislamiento. En cuanto al tratamiento sugieren que es indispensable abordar aspectos psicosociales y no únicamente desde la medicación.

Los trastornos mentales y su influencia en las relaciones interpersonales se han asociado con las habilidades sociales. En referencia a esto, se presenta la siguiente bibliografía la cual contiene información acerca del carácter preventivo de las habilidades sociales en la aparición de trastornos mentales, su afectación en dichos trastornos una vez se identifican y se presentan como un componente eficaz en el tratamiento de diversas enfermedades mentales.

En el artículo español relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad, Caballo (2014), estudia a nivel empírico esta relación. En este trabajo, se pretende hallar las posibles relaciones entre las habilidades sociales (evaluadas por el CHASO-I, el RAS, la subescala de Probabilidad de respuesta del AI y la CSES) por una parte, la Ansiedad Social (evaluada por el CASO-A30, la LSAS-SR, y la subescala de Malestar/ansiedad del AI), y los estilos/Trastornos de Personalidad (evaluados por el CEPER-III), por la otra, en una muestra mayoritariamente de estudiantes universitarios conformada por 537 sujetos con una media de 22,28 años. Las correlaciones entre las puntuaciones totales de los instrumentos de HHSS y Ansiedad Social (AS) fueron de moderadas a altas y negativas, es decir, que a menor habilidad social mayor AS y viceversa. Se obtuvo también este mismo nivel de correlaciones al analizar las dimensiones específicas de cada constructo, lo que muestra que hay aspectos que se comparten entre las HHSS y la AS. Por otra parte, las relaciones entre HHSS y estilos/trastornos de personalidad (TTPP) varían según el estilo/trastorno de personalidad específico. La mayoría de las correlaciones son negativas, excepto para los estilos/trastornos histriónico, narcisista, obsesivo compulsivo y antisocial de la personalidad. Estos resultados ofrecen apoyo a una parte importante de las características interpersonales de cada uno de los trastornos de la personalidad.

Del lado de los trastornos mentales en el estudio español habilidades sociales y enfermedad mental, Pereira y Espada (2010) analizan el concepto de habilidades sociales; en primer lugar, se elabora una delimitación del concepto, a continuación se describe la relación entre el déficit en habilidades sociales y la enfermedad, posteriormente se centra en la relación entre la competencia social y la salud para finalmente analizar la asociación existente entre las habilidades sociales y dos procesos concretos: la resiliencia y el éxito social. La metodología es una revisión bibliográfica, donde se puede concluir que el déficit en las habilidades sociales es tanto causa como consecuencia de la enfermedad mental y que la intervención en el entrenamiento de las habilidades sociales es un pilar de rehabilitación, no solo para trastornos de ansiedad y de la personalidad, pues estas habilidades se pueden ver afectadas en otros trastornos, aunque en menor medida.

En Norteamérica, Cohen (2014) en su artículo relaciones sociales y salud, realiza a través de una revisión bibliográfica, el análisis de tres variables que evalúan diferentes aspectos de las relaciones sociales como el apoyo social, la integración social y la interacción negativa. Lo hace a través de tres preguntas en las que intervienen estos aspectos: ¿Qué características del entorno social son beneficiosas para la salud?, ¿Cómo estas características de nuestro entorno social mejoran nuestra salud?, ¿Puede nuestro entorno social ser destructivo para nuestra salud? ¿Es el entorno social o nuestras personalidades lo que realmente importa? y ¿Pueden cambiarse nuestros entornos sociales para mejorar nuestra salud?. Como conclusión el autor plantea que las tres variables de las relaciones sociales influyen en la salud a través de diversos mecanismos; además propone una visión más amplia de cómo intervenir, que incluye crear y fortalecer una red social natural diversa, aumentar la disponibilidad de soporte social en redes naturales y reducir las interacciones negativas dentro de la red.

La investigación en latinoamérica presenta artículos como el estudio argentino de Betina y Contini, (2011) las habilidades sociales en niños y adolescentes: su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. El objetivo del trabajo es describir las características de las habilidades sociales en la infancia y la adolescencia, tanto como destacar su importancia desde una perspectiva salugénica. Se elabora una descripción de los aspectos de las habilidades sociales en donde es posible identificar que la carencia de habilidades sociales en los niños fomenta la aparición comportamientos disfuncionales y en la adolescencia puede incidir negativamente en la consolidación de la identidad y en la cristalización de problemas psicopatológicos, por lo tanto se propone el diagnóstico e intervención de esta temática como una alternativa de prevención.

Betina (2000) con el artículo del país de argentina las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en los niños, plantea una relación entre la competencia social en la infancia y el funcionamiento social posterior. Los objetivos del trabajo fueron describir una serie de habilidades sociales en niños preescolares de San Miguel de Tucumán (Argentina) en situación de pobreza e identificar si la presencia de habilidades sociales disminuye la frecuencia de aparición de comportamientos disruptivos. El trabajo se realizó con 120 niños de 5 años asistentes a Jardines de Infantes de escuelas públicas de zonas urbano-marginales de S.M. de Tucumán. A los padres de estos se les administró una Escala de Habilidades Sociales (Lacunza, 2005), la Guía de Observación Comportamental (Ison & Fachinelli, 1993) y una encuesta sociodemográfica. De los resultados se pudo identificar diferencias estadísticas significativas en las habilidades sociales según el sexo de los niños como en las dimensiones de agresión física y/o verbal y transgresión de la escala comportamental. Aquellos niños con comportamientos disruptivos mostraron menos habilidades sociales, según la percepción parental. Estos resultados

indican que la presencia de habilidades sociales en los niños previene la ocurrencia de comportamientos disfuncionales, particularmente aquellos vinculados a la agresividad y al negativismo. Estos datos muestran que la práctica de comportamientos sociales favorece la adaptación, la aceptación de los otros, los refuerzos positivos, la asimilación de los papeles y normas sociales, el bienestar, entre otros recursos.

En el artículo chileno las habilidades sociales y la salud mental (Rosentreter, 1996) desde un enfoque comunitario, se aborda en primera instancia el tema de salud mental y posteriormente el de las habilidades sociales y algunos de sus aspectos relevantes como el aprendizaje, la empatía y el concepto de logro asociado a la percepción de autoeficacia. El objetivo de este trabajo es ofrecer una reflexión crítica acerca del abordaje de la salud mental por parte del sistema de salud, planteando el tema de las habilidades sociales como una propuesta de intervención hacia la comunidad con un carácter sanador y preventivo.

Otros temas o componentes que se han relacionado con las relaciones interpersonales y la influencia que tiene la calidad de estas según la revisión de los antecedentes son la competencia social y el autoconcepto. En referencia al primero se abordan los vínculos interpersonales desde el avance de la tecnología y su implicación en el establecimiento y la calidad de estos vínculos; por otra parte, en referencia al autoconcepto, se menciona cómo este se ve influido por el componente relacional.

Con respecto a esto Tapia (2016) en su artículo los vínculos interpersonales en las redes sociales. Nuevos modos de comunicación en el marco de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL), Argentina, plantea una reflexión en torno a Internet y las Redes sociales como marco de los vínculos virtuales, las conexiones entre los perfiles que construyen los usuarios al presentar sus aspectos identitarios en la red, y el interrogante sobre la posible sustitución de las

relaciones virtuales por las de la vida real o pre-virtuales, entre otros, ya que, con el avance en los últimos 20 años en la tecnología y su influencia en las formas de comunicación ha dado lugar a diversos modos de establecer vínculos. Se estudian las redes sociales como un fenómeno sociocultural es incipiente y abre el campo a diversas investigaciones desde diversas disciplinas.

Los autores Goñi y Fernández (2007) en el artículo español los dominios social y personal del autoconcepto, plantean como objetivo exponer una nueva propuesta teórica acerca de la naturaleza y estructura del autoconcepto personal, derivado del análisis realizado en el primer apartado de esta introducción sobre lo estudiado en torno al desarrollo socio-personal. Para esto se somete a prueba una segunda versión de los cuestionarios AUSO (Autoconcepto Social) y APE (Autoconcepto Personal), en los cuales se ha visto traducida la propuesta teórica, tratando de comprobar si los análisis factoriales confirman la siguiente hipótesis sobre su estructura interna: por un lado, que el autoconcepto social cuenta con dos dimensiones (responsabilidad social y competencia social); y, por otro lado, la naturaleza cuatripartita del autoconcepto personal: autorrealización, autonomía, honradez y ajuste emocional. Los resultados permiten ver que en efecto existe una “estructura bidimensional del autoconcepto social, la correspondiente a los factores de responsabilidad y competencia social. Estos resultados hacen pensar que la autopercepción como ser socialmente competente y la autopercepción como ser socialmente aceptado guardan una estrecha relación entre sí hasta el punto de formar un único componente.

En esta medida se evidencia que hubo una revisión de artículos tanto a nivel internacional como latinoamericano y nacional donde se abordaron los principales temas referentes al objetivo de la investigación. En cuanto a salud mental, la encuesta Nacional permitió evidenciar la prevalencia de los trastornos mentales y cuáles tienen un mayor porcentaje en la población, tales

como el trastorno por déficit de atención con la variación con hiperactividad en la población infantil, los trastornos de ansiedad en la adolescente y los trastornos afectivos en la adulta. Los índices de la prevalencia y los predictores de aumento para los años posteriores, da pie a preguntarse por los demás temas relacionados con la salud mental y la influencia de dichos diagnósticos. Por lo tanto se abordó el tema del diagnóstico psicológico, en el cual se evidenció sus principales características, pero también la problemática se surge frente a los modelos de diagnósticos, asociados directamente con los manuales, tales como el DSM-V y el CIE -10, es decir, una perspectiva crítica del asunto.

Debido a que una de los aspectos que se identificaron en esta visión es la influencia de dicho diagnóstico diferencial en la vida de las personas afectadas, se revisaron artículos de las distintas áreas afectadas, haciendo hincapié en el ámbito social. En esta línea, algunos de los artículos investigados abordan el tema de las relaciones interpersonales asociadas con la salud mental e identificadas como predictores de bienestar psicológico, también resaltando cómo se ven afectadas ante la presencia de trastornos mentales; referente a este mismo campo, como uno de sus componentes, se revisaron antecedentes acerca de las habilidades sociales evidenciando cómo se van afectadas a partir del diagnóstico psicológico, o cómo, previamente afectadas, funcionan como predictores de ciertos trastornos mentales.

Relacionado directamente con esto, posterior a identificar el estigma como una de las principales influencias del diagnóstico en la vida interpersonal de las personas, se abordaron artículos que estudian las características de esta estigmatización hacia las personas percibidas como enfermas mentales y cómo este componente afecta aún más la manera en que se relacionan dichas personas y el malestar subjetivo que representa su condición.

5. Marco teórico.

En el siguiente apartado se abordarán los conceptos que permiten delimitar el problema de investigación desde una perspectiva teórica, permitiendo establecer la relación entre los conceptos abordados en la investigación. En esta línea, se plantea el tema del diagnóstico, para lo cual se hace una aproximación a su etiología y a su aplicación en diferentes áreas del conocimiento, incluyendo el campo social. Se comenta su utilización en la medicina - psiquiatría- y cómo este mismo modelo es implementado en la psicología para el diagnóstico de trastornos mentales; además de exponer una perspectiva crítica a este.

Más adelante se abordan las relaciones interpersonales que se conceptualizan desde la perspectiva adaptativa que las atraviesa, ya que la competencia social es vista como un componente fundamental de vida del ser humano. Se plantean las características principales de la interacción interpersonal y su funcionalidad en el bienestar físico y psicológico de las personas. Por otro lado, se tiene en cuenta la teoría interpersonal de Sullivan, la cual toma a las relaciones interpersonales como eje fundamental en la construcción de la personalidad.

El tema del vínculo es abordado como uno de los componentes que conllevan las relaciones interpersonales, ya sea como motivador o como consecuencia del establecimiento de estas. Para esto se trabaja desde la teoría del apego de Bowlby (1907) la cual pretende explicar las diferencias individuales respecto a cómo las personas piensan, sienten y se comportan en las relaciones interpersonales. Se contempla también los estilos de apego planteados por Ainsworth (1960) y se establece una relación de estos con la psicopatología a través de la teoría de Patricia Crittenden.

Finalmente, el concepto de estigma es abordado desde lo teorizado por el sociólogo Erving Goffman. Este autor trabajó sobre este concepto y su influencia en la identidad social,

mostrándolo como algo más que un atributo que genera cierta desacreditación en la sociedad y que por lo tanto interfiere en la vida social de aquellos identificados con un estigma. Este último apartado se complementa con bibliografía que soporta cómo el estigma asociado a las enfermedades mentales interviene en la forma de relacionarse de los individuos y cómo afecta la visión de sí mismos.

5.1 Diagnóstico.

El diagnóstico es una herramienta de frecuente uso en múltiples disciplinas, esto responde a que, etimológicamente, diagnóstico proviene de *gnosis*: conocer y *dio*: a través de; de manera que significa: conocer a través o por medio de (Arteaga y González, 2011). No obstante, es también por esta misma razón, que puede acomodarse a distintos intereses, por ejemplo puede entenderse como el resultado de una investigación, como una descripción de un proceso, un listado de problemas con un orden de prioridades, como una explicación de una situación en particular o bien, como un juicio interpretativo.

En el campo de la psicología, el diagnóstico se ha convertido en una herramienta importante dentro de distintas áreas, como lo son el clínico, el social, el organizacional, el educativo, entre otros; claro está, que para cada campo se adopta una función de este en particular. El que se encuentra más pertinente en este caso responde al campo de la psicología clínica y se utiliza de igual manera en la psiquiatría; la definición que se adopta de diagnóstico es aquella que viene del modelo médico, que según la RAE es en donde se da una calificación por parte del médico (psiquiatra), o psicólogo, a la enfermedad según los signos que advierte; o entendido también, como una determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas.

El asunto de los trastornos mentales, tan mencionados en algunos campos de la psicología, se maneja a partir de los diagnósticos, los cuales se determinan con ayuda del uso de manuales como el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10º revisión) y el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) que están ligados al modelo médico categorial de la enfermedad. En esta línea, el diagnóstico se realiza ante una co-ocurrencia de varios síntomas que llevan a que se identifique un determinado trastorno mental como causa de los motivos de queja presentados en consulta (Coto, Alonso y Gómez, 2010). Las ventajas que se pretenden con estas nosologías psiquiátricas son facilitar la comunicación entre profesionales, a través de un lenguaje común y que permite elegir con rapidez y economía un tratamiento adecuado; además, si es apropiado, sugiere una mejor prognosis (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Coto, Alonso y Gómez, 2010).

Acercas de lo referido a la consulta, es importante considerar que en la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico se presenta dentro del marco de la evaluación psicológica. La evaluación psicológica no está enfocada a encontrar o determinar la presencia de un trastorno mental, su carácter es más general y se propone atender las demandas del medio en la necesidad de dar solución a diversos problemas humanos (Mikulic, 2007). Sin embargo, según Mikulic, el objeto de estudio de la psicología determina el tipo de evaluación posible de realizar a nivel de los contenidos y la manera de llevarla a cabo, además, de acuerdo a la concepción teórica que se tenga dentro de la psicología se condiciona la evaluación y el modo en que se interpreta (2007).

De aquí surge otra conceptualización del diagnóstico dentro de la psicología y es el psicodiagnóstico, este tiene gran valor dentro de la evaluación psicológica en campos como el clínico, el social, el educativo y el laboral y

Tiene como objetivo conocer el conjunto de características de personalidad que identifica o individualiza a un sujeto y lo diferencia de otros, lo que implica descubrir los rasgos, capacidades,

actitudes, intereses, motivaciones, problemas, conflictos, etc. y medir diferencias entre las reacciones del mismo individuo en distintas ocasiones (Cabrera y López, 2007, p. 86).

El psicodiagnóstico tiene su aparición por primera vez como parte del examen psiquiátrico, el cual se limitaba anteriormente solo a preguntas sencillas y cuyo principal objetivo era evaluar las capacidades mentales del hombre. Hace uso de test psicológicos, cuyo inicio se remonta a los inicios de la psicología científica con los laboratorios de psicología experimental, como el de Wundt (1879), por ejemplo. Aunque el término fue utilizado por primera vez por Herman Rorschach en su obra *Psychodiagnostik (1921)* con fines de diagnóstico profundo de la personalidad, el término de “test mental” lo utilizó por primera vez James McKeen Cattell en 1890 para las pruebas rápidas y sencillas (Cabrera y López, 2007). La herramienta del test, es importante en el marco del psicodiagnóstico ya que permite la toma de decisiones, incluyendo la selección y clasificación de los individuos, la valoración de los métodos terapéuticos y la aceptación, o el rechazo, de las hipótesis científicas. Los múltiples test que se han elaborado a lo largo de la historia han permitido el desarrollo de esta área.

Se evidencia entonces, el carácter general del psicodiagnóstico a diferencia del diagnóstico que responde al modelo médico categorial y que hace énfasis en un aspecto psicopatológico.

Ahora, siguiendo la línea del diagnóstico categorial, como se mencionó anteriormente, este hace uso de manuales diagnósticos que se constituyen de clasificaciones psiquiátricas. Desde la psiquiatría, en la necesidad de incluir a la disciplina como una rama médica y ganar credibilidad y autoridad en la aproximación a los trastornos mentales, históricamente se ha privilegiado los modelos biológicos y se ha conceptualizado estos fenómenos como el resultado de disfunciones orgánicas (Duero, 2013).

Para que un diagnóstico, se pueda ejercer, resulta necesario que quien lo enuncie posea cierta autoridad, poder o reconocimiento, conferido por ejemplo, por determinadas instituciones. Además, para que dicha clasificación tenga algún efecto sobre los sujetos clasificados se deben considerar cinco variables, que deben estar presentes: (1) las personas que pueden reconocerse como pertenecientes a cierta categoría; (2) la categoría, es decir, la definición del diagnóstico; (3) los expertos capaces de hacer la clasificación, estos deben estar situados en (4) instituciones, y deben fundamentar sus clasificaciones desde cierto tipo de (5) conocimiento que permita diferenciar las distintas categorías diagnósticas (Caponi, 2009).

Respecto a esta última variable, el conocimiento, se apoya en manuales que clasifican los problemas desadaptativos o trastornos mentales. El CIE-10 con un enfoque médico más notorio, solo se limita a la clasificación de las enfermedades; el DSM, en su última edición, aún siendo categorial, busca ser más dimensional a través de la eliminación del modelo multiaxial y de la reorganización de los capítulos, incluyendo que es más operativa que narrativa (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). Otros manuales, como el de Psicopatología de Belloch, tienen la finalidad de reunir las descripciones clínicas de los trastornos presentadas por múltiples colaboradores y que arrojan las distintas investigaciones que se realizan en el campo de la psicopatología; con las teorías, hipótesis y modelos explicativos que las sustentan (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Sin embargo, el diagnóstico o el ejercicio de diagnosticar, cuenta con una postura crítica, que se enmarca en el aumento de los diagnósticos en los últimos años y en las proyecciones que se tienen sobre este, además de la pertinencia de los diagnósticos, el sobrediagnóstico y los vacíos epistemológicos que posee este dada su adaptación del modelo médico, ya que los

trastornos mentales, aún con los múltiples esfuerzos, no puede tratarse como una enfermedad orgánica más.

Epistemológicamente, hay varios vacíos o incongruencias respecto a lo planteado sobre el diagnóstico. Para empezar, se puede analizar desde dos niveles discursivos: uno descriptivo y otro etiológico. El primero corresponde a la definición de los criterios de identificación de la enfermedad, los cuales se establecen en los distintos manuales, como el DSM-5, por ejemplo. Respondiendo al fin de ser cuantificados, se parte desde la concepción de un sujeto sin entorno, es decir, sin tener en cuenta aquello que impone el medio (Caponi, 2009)

Respecto a cuantificación, la cual se mencionó como fin de los criterios; esta hace parte de un conjunto de estrategias que se han utilizado a lo largo de la historia para crear categorías de personas. A estas estrategias Hacking (2005) (citado en Caponi, 2009) dio el nombre de “motores de descubrimiento”, que también pueden ser definidos como “motores para moldear personas”. En esta medida el diagnóstico y la clasificación se relacionan, y derivan, de estos motores. Dentro de estos últimos también se encuentran: Contar, cuantificar, crear normas, establecer correlaciones, medicalizar, biologizar, transformar en genético, normalizar, burocratizar y reivindicar la identidad.

En cuanto a la cuantificación y la creación de normas se plantea que están estrechamente ligadas, ya que debido al DSM-5, como instrumento de referencia de la salud mental, se ha asociado a la normalidad con la frecuencia estadística. Lo que debe considerarse como normal o patológico se asocia directamente con la frecuencia de aparición de determinados comportamientos (Caponi, 2009). Sin embargo, esto se enfrenta a una crítica, y es que esta asociación responde a la normatividad de una función orgánica, que en el caso de los trastornos mentales no es lo que se ve afectado, en este último se encuentra implicada la personalidad, sus

sistemas de significados y sus disposiciones globales como ser que interpreta y da sentido a sus acciones (Duero, 2013.) En este sentido, las reglas de ajuste o de normatividad de las que se está distanciando el paciente, no son reglas orgánicas que responden a un orden vital, sino que discuten con un orden social, con aquello que es considerado como deseable en un momento específico y en una sociedad determinada (Canguilhem 1979 citado en Caponi, 2009; Duero, 2013). Por lo tanto, una anomalía o desvío de la frecuencia media, no puede ser considerado inmediatamente como una patología, sólo puede considerarse de esta forma si está vinculada a un sentimiento directo y concreto de sufrimiento. Por esto a nivel descriptivo, se encuentra una fragilidad epistemológica, ya que es el manual diagnóstico el que establece con qué frecuencia la aparición de ciertas conductas y sentimientos se considera como indicador de una patología, sin tener en cuenta los factores contextuales de la vida del sujeto. Esto podrá ser considerado o no según la competencia del médico y de otros factores asociados. Otras fragilidades son que, dentro de los trastornos mentales, aquello que se considera normal o patológico, no responde a la frecuencia deseable, sino por los comportamientos socialmente deseables y que se definen por consenso por la American Psychiatric Association.

Para Caponi (2009) el otro nivel discursivo corresponde al etiológico, ya que el diagnóstico no pretende ser sólo descriptivo o comportamental, también pretende establecer explicaciones causales a partir de disfunciones cerebrales, por ejemplo, en lo referido al déficit de determinados neurotransmisores. En busca de una localización en el cerebro, la causa de los síntomas, se aplica la lógica de la medicina moderna, sin embargo, esto tiene fuertes vacíos epistemológicos. Aun cuando se han creado herramientas que ayuden a la consecución de este fin, existen diferencias significativas entre las estructuras de la enfermedad y del trastorno mental. La estructura explicativa de la enfermedad se encuentra invertida en la de los trastornos

mentales, pues en esta está ausente aquello que se conoce como marcador biológico. La trama explicativa se articula a partir de la terapéutica, es decir, del tratamiento; con base en este se inicia la búsqueda de las causas biológicas; esto puede considerarse como una explicación circular, lo que se pretende es reconocer distintas etiologías a partir de los síntomas psicopatológicos. Aunque debería fundamentarse en el uso de estudios neurológicos, estos solo se emplean en un segundo plano, cuando deberían utilizarse como criterios para la realización del diagnóstico, ya que aunque los síntomas pueden describir apropiadamente lo que caracteriza el vivenciar del enfermo y disfunciones, puede atribuirse a distintas factores etiológicos (Duero, 2013).

Para Duero (2013) otra crítica que vale la pena hacer, hace referencia al DSM-5, y es que la operalización que se plantea en esta última versión, aun cuando permite la fiabilidad del diagnóstico, no garantiza la validez de este, en tanto no se dicta lo que es el trastorno, sino que se describe la estructura que se ha predeterminado y que se ha convenido ligar con las expresiones del trastorno.

Respecto al manual diagnóstico en sí, han surgido otras críticas como su limitación en la práctica clínica, en cuanto no va más allá de la etiquetación de problemas dejando de lado aspectos contextuales de gran importancia, además de lo que menciona Duero (2013) como la absurda comorbilidad que hay entre sus trastornos, que también da muestra de un gran debilidad epistemológica; los diagnósticos no especificados y la falta de especificidad en los tratamientos da cuenta de las imprecisiones del sistema clasificatorio del DSM-5.

Finalmente se puede identificar que el aumento de las categorías diagnósticas lleva a la asignación de muchas etiquetas a una misma persona, cuando sus comportamientos específicos

podrían agruparse en categorías más amplias; también se contempla el sobrediagnóstico que este sistema promueve. (Echeburúa, et. al, 2014).

Todo lo anterior permite evidenciar las principales características del diagnóstico incluyendo su propósito y el modelo al que se ciñe, sin embargo, también se plantean problemáticas y vacíos que se encuentran en su estructura categorial y de clasificación la cual da paso a una etiquetación que permea al individuo desde el momento de su diagnóstico.

Debido a que las relaciones interpersonales es una de las variables que ocupa este estudio, es importante considerar sus principales aspectos y características, ya que en cierta medida son el marco bajo el cual se pretende identificar la influencia del diagnóstico.

5.2 Relaciones interpersonales.

Las relaciones interpersonales se constituyen como uno de los aspectos fundamentales de la vida del ser humano. Se entienden como una capacidad adaptativa que permite el desarrollo de una comunicación entre pares y en la cual se asienta la cooperación y confianza entre miembros de la misma especie (Gámez y Marrero, 2005; Tapia, 2016).

Con base en la importancia que presupone para el ser humano la interacción, han surgido distintas posturas teóricas acerca de la manera de relacionarse y de sus implicaciones.

Desde la teoría del apego, por ejemplo, se explican aquellos factores que están en juego al establecer relaciones interpersonales, que bien pueden terminar en la generación de un vínculo o no.

Sin embargo, existen ciertas características específicas de las relaciones interpersonales que, aunque se pueden ver influidas por las características del apego que posea la persona; no dependen de lo expuesto en esta teoría. Entre estos aspectos se encuentra la imagen que tenemos

de los otros, el cómo los percibimos, las impresiones que tenemos de estos y la atracción que sentimos por estos (Relaciones interpersonales, (s.a)).

Además, el relacionarse con otros, responde a una necesidad básica del ser humano que solo pueden ser satisfechas por medio de la interacción (Zupira, 2000).

Según este autor, al momento de establecer relaciones, la percepción que se tenga de los demás es uno de los componentes fundamentales. En esta, los factores sociales cobran un papel de gran importancia. En la medida en que aquello que se está percibiendo es también un ser humano, se cuenta con una percepción dinámica, ya que la otra persona es también perceptora, esto amerita resaltar ciertos elementos que tienen un papel crucial en la interacción. Entre estos se encuentran: (1) la intencionalidad, dentro de la interacción se reconoce al otro como un ser intencional, esto quiere decir, que al igual que todos, las personas hacen o dicen las cosas por y para algo, por lo tanto se tiende a mostrar o ocultar cierta información según la impresión que se quiera generar; (2) la inferencia, al percibir a los demás como personas semejantes, se suele realizar inferencias acerca de estas. Es decir, ante la muestra de algún sentimiento o estado, se infiere lo que la otra persona está sintiendo con base en la experiencia propia; (3) dinamismo, la percepción entre personas se da dentro de un círculo dinámico, en tanto que las personas involucradas son tanto perceptoras como percibidas, esto ocasiona que las conductas se vean condicionadas por la calidad de las percepciones de las personas involucradas en la interacción; por último está (4) la complejidad, esta se debe a la dificultad de observar a simple vista ciertos atributos de las personas como sus intereses, valores, opiniones, ideas o creencias.

Respecto a la impresión que se forma de los demás, esta se apoya en información de los demás que cuentan con atributos tanto físicos como psicológicos. Para generar la impresión se

tienen en cuenta rasgos muy generales que se observan a primera vista; se va complementado a partir de inferencias y se caracteriza por ser precipitada y muy sesgada.

El “modelo de tendencia relacional” de Salomon Asch (1946) plantea que toda la información que se percibe de otra persona, se integra en una imagen única y global que constituye la impresión que se forma de ella.

De igual manera la expectativa y motivación que se tenga frente a la interacción o hacia la persona con que se va a interactuar, influye en cómo se percibe y se procesa la información recibida. Al momento de presentarse una interacción, la exactitud de la percepción se incrementa si existe familiaridad entre los implicados, esto es, el reconocimiento de los otros ante ciertos rasgos o cualidades determinadas.

Ahora bien, aunque el relacionarse se considera en sí mismo como una necesidad, esta permite satisfacer necesidades básicas para el individuo como lo son las propuestas por Maslow (1943), a saber: las fisiológicas, de seguridad, afiliación y reconocimiento.

La necesidades fisiológicas requieren del otro desde el nacimiento, en tanto el otro como proveedor de alimento, cuidado y cariño; a lo largo de la vida la persona podrá satisfacer por sí mismo parte de estas necesidades, pero seguirá necesitando del otro. Las de seguridad, al igual que la anterior, necesita de un otro que represente una base segura (de acuerdo a la teoría de Bowlby), aun cuando en otros ámbitos puede valerse por sí solo. En los niveles de afiliación y reconocimiento es donde se hace más notorio la necesidad de relacionarse, ya que, por lo menos la afiliación solo se da en el marco de las relaciones interpersonales, con la generación de vínculos de amistad, el afecto y la intimidad sexual. Con respecto al reconocimiento, es importante porque este solo se da desde el otro, a través de la confianza, el respeto; aunque el éxito y el autorreconocimiento también tengan la función de indicadores. En cuanto a la

autorrealización, es importante considerar que las relaciones interpersonales, son una necesidad en sí misma, por lo tanto, se debe satisfacer para que la persona pueda sentirse autorrealizada, y no frustrada frente a este ámbito de la vida.

La formación de estas relaciones, desde la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan citado en Gámez y Marrero, 2005), se enmarcan en una de las tres necesidades psicológicas básicas las cuales funcionan como los motivos primarios biológicos, a saber: la vinculación. Esta se conceptualiza como “la necesidad de establecer lazos emocionales cercanos con otras personas. Expresa el deseo de estar emocionalmente conectado e interpersonalmente implicado en relaciones cálidas” (Gámez y Marrero, 2005, p. 247).

La satisfacción de esta necesidad se logra cuando el otro, ya sea un individuo o grupo, se interesa o manifiesta importancia por la persona en cuestión. Esto también se conoce como el importarle a los demás (Pernice, Biegel, Kim y Conrad-Garrisi, 2017). Este se conceptualiza como el reconocimiento por parte de los otros y la sensación de que estos se preocupan por el bienestar y de interdependencia en las relaciones; además como un aspecto del desarrollo de cómo el autoconcepto evoluciona a través de las relaciones interpersonales a lo largo de la vida. La concepción de que las relaciones sociales representan un efecto psicológico significativo se ha planteado en varias investigaciones (Pernice, 2017; Forteza y Espigares, 2002; Cazorla, 2014)

En relación al comportamiento social de ser humano, teorías desde la psicología social, por ejemplo, describen cómo los diferentes contextos sociales influyen en el bienestar de las personas y en la construcción de su personalidad; su importancia se manifiesta incluso desde los vínculos que se establecen con las figuras tempranas de apego y que influyen en el desarrollo personal. (Felipe y Ávila, 2002); además se conciben como un marcador de funcionalidad, en tanto sean sanas y estables.

En esta línea, su establecimiento y mantenimiento representan un efecto psicológico significativo, ya que se ha evidenciado que mejoran de la calidad de vida, la autonomía y la toma de decisiones, la paliación de los estigmas y desigualdades que genera el diagnóstico, el buen pronóstico que aporta a la recuperación, además del fortalecimiento del autoconcepto. (Pernice, 2017; Forteza y Espigares, 2002; Cazorla, 2014). Otras consecuencias positivas relacionadas con esto son el aumento del funcionamiento, la obtención de recursos que le permiten al individuo lidiar con el estrés del malestar psicológico presente en diversos trastornos mentales, el soportar mejor las dificultades, además del facilitamiento de los procesos de internalización de normas y valores que ocurren en contextos sociales (Gámez y Marrero, 2005; Cohen, 2004).

Entre las relaciones interpersonales y la salud, tanto física como mental, se han establecido otras asociaciones, por ejemplo que la estructura de la red social, el apoyo recibido por parte de los otros, la calidad y cantidad de las interacciones y los sentimientos de aislamiento y soledad, son predictores de la salud mental y el bienestar (Cohen, 2004).

Este autor plantea además que el ámbito social también puede comprender aspectos negativos tales como la oportunidad de generar conflictos, la trasmisión del estrés, intentos fallidos de ayudar a los otros y sentimientos de pérdida y soledad, que pueden producir una sensación de malestar en la persona.

Otro componente fundamental en relación a las relaciones interpersonales son las habilidades sociales (HHSS). Estas habilidades tienen influencia sobre el bienestar psicológico de las personas al igual que un profundo efecto en las interacciones con las demás personas. Las habilidades sociales se caracterizan por permitir la expresión de sentimientos de carácter tanto positivo como negativo en contextos de interacción sin que esto represente el desprecio por parte de los demás o la falta de reforzamiento social (Segrin y Taylor, 2007).

Contar con un desarrollo óptimo de las habilidades sociales se expresa en consecuencias sociales positivas, mientras que una deficiencia en estas habilidades traería consecuencias sociales negativas, lo cual, independientemente del carácter de las consecuencias, tendrá un impacto significativo sobre el bienestar psicológico del individuo (Rosentreter , 1996; Caballo, Salazar, Iurrtia, Olivares, y Olivares, 2014; Betina y Contini, 2011; Betina, 2000).

En esta línea, se habla de que las habilidades sociales inciden en aspectos como el autoestima, la adopción de roles, la autorregulación del comportamiento y el rendimiento académico y laboral tanto en la infancia como en la vida adulta; además se percibe como un medio de protección y promoción de la salud ya que los comportamientos sociales favorecen la adaptación, la aceptación de los otros, los refuerzos positivos y el bienestar del sujeto. (Betina y Contini, 2011). Es por esto que se ha visto la necesidad de desarrollar las habilidades sociales desde la infancia y la adolescencia, ya que su temprana implementación cumpliría un papel preventivo para la edad adulta.

Segrin y Taylor (2007) consideran que también es importante señalar que experiencias psicológicas positivas como la esperanza, la autoeficacia, la felicidad, un adecuado desarrollo con el entorno y la calidad de vida, se asocian con un adecuado desarrollo y mantenimiento de las habilidades sociales.

Por otro lado, la teoría interpersonal de la psiquiatría, toma las relaciones interpersonales como eje fundamental de en la construcción de la personalidad. Harry Sullivan, autor de la teoría (1953), propone que es con el paso de lo interpersonal a lo intrapsíquico que se forma la personalidad. Para Sullivan la personalidad se establece a través del cumplimiento de determinadas necesidades y de la experiencia. Respecto a la primera, si estás necesidades se ven satisfechas, se espera que la persona genere un sentido de autoconfianza y seguridad, mientras

que, si no con cumplidas o se ven afectadas por la ansiedad, se generará una tendencia a sentir inseguridad y ansiedad (Sullivan, 1964).

En cuanto a la experiencia, Sullivan (1964) la define como:

Cualquier cosa vivida, experimentada, sufrida, etcétera. La experiencia es el componente interior de hechos en los cuales interviene un organismo vivo como tal, es decir, como una entidad organizada. Las características que limitan la experiencia dependen de la clase de organismo, de la misma manera que de la clase de hecho que se vive, experimenta, sufre, etcétera. (p. 47-48)

La experiencia se entiende entonces como un acto de percibir, en el cual, hay una interposición entre aquello que puede ser la realidad y sobre lo que se tiene en mente; esto último comienza con la experiencia, y esta a su vez, acontece de tres maneras, a saber: prototáctica, paratáctica y sintáctica. En estas, se señala el papel preponderante del lenguaje y que, su primordial función es la elaboración interior de los hechos. De modo que, la diferencia entre estas tres maneras de experiencia radica en el grado y el carácter de la elaboración que han sufrido los hechos, siendo la manera prototáctica aquella en la que no es posible realizar una formulación y por lo tanto, no puede tratarse o discutirse, también se conoce como la experiencia en la manera primitiva. La manera paratáctica, es aquella sobre la cual puede saberse algo, pero que resulta mucho más difícil de tratar; y por último la sintáctica, que aunque poco común, es la manera que resulta más fácil de tratar.

Otro de los conceptos fundamentales de esta teoría es el de dinamismo, el cual se entiende como los moldes o patrones que interactúan dentro del campo interpersonal (Sullivan, 1964). Son relativamente perdurables y componen la clase de ser expresamente humano. Cada sujeto desarrolla una variedad de dinamismo en relación con importantes zonas de interacción con el medio, al igual que con relación a importantes necesidades. Estos moldes o patrones son

desarrollados y moldeados por la primera experiencia interpersonal y posteriormente se llevan a la experiencia interpersonal subsiguiente.

Dependiendo de los procesos de ansiedad que hayan intervenido, los dinanismos pueden ser inadecuados o inapropiados. En esta teoría, la ansiedad se entiende como la principal fuerza destructora de las relaciones interpersonales.

Uno de los componentes que pueden observarse en el establecimiento y desarrollo de una relación interpersonal es el vínculo. Este puede observarse como base de la relación interpersonal, ya que desde la teoría del apego se propone que los vínculos desarrollados en la infancia permean el tipo de relaciones que se desarrollan a lo largo del ciclo vital, sin embargo, también puede surgir en medio de la relación establecida, por lo tanto se contempla este aspecto.

5.3 Vínculo.

El vínculo, desde la teoría del apego de Jonh Bowlby se conceptualiza como la predisposición intermitente a buscar la proximidad hacia el objeto de apego (Safrany y Quezada, 2005).

Para comprender adecuadamente el término hay que remitirse a la teoría del apego y ver cómo se desarrolla. Esta teoría surgió a partir de la demanda de la Organización Mundial de Salud a Jonh Bowlby de investigar las necesidades de los niños sin hogar, huérfanos o sin familia, resultantes de la segunda guerra mundial (Safrany y Quezada, 2005). En esta investigación se reportó que la deprivación maternal, especialmente durante los tres primeros años de vida, expone a los niños a un alto riesgo de sufrir enfermedades físicas y mentales (Hazan y Shaver, 1994).

Bowlby, con base en estas investigaciones y hallazgos provenientes de la etología, desarrolló una teoría en la que enfatizó la importancia de los lazos establecidos desde la temprana edad para la supervivencia, la adaptación y el desarrollo saludable de los seres humanos. Uno de los fundamentos en los que se soporta esta teoría es en la necesidad del recién nacido de mantener la proximidad con aquellos que le proveen protección y cuidado, ya que sin estos corre riesgo su supervivencia (Hazan y Shaver, 1994). El cuidado por parte del adulto, se complementa con un sistema conductual que refuerza el sistema de apego, este consiste en conductas que cumplen la misma función, aunque sean disimilares morfológicamente, como la sonrisa del bebé, el llanto o el seguimiento visual o físico ante el distanciamiento del cuidador. Cuando se ve amenazada la proximidad, el infante responde con ansiedad, y recurre a estrategias que permitan restablecerla. El establecer y mantener la proximidad con el cuidador genera sentimientos de seguridad y amor, mientras que interrupciones en esta proximidad pueden generar ansiedad, incluso ira y tristeza. En términos evolutivos, el sentirse desde pequeños lo suficientemente seguros para involucrarse en el juego o en actividades exploratorias, cumple una función adaptativa, sin embargo esto es posible en tanto el cuidador o figura de apego esté disponible para responder a cualquier necesidad o amenaza que puede surgir. Generalmente la figura de apego, que es con quien se desarrolla este sistema de apego y conductual, corresponde a la madre, no obstante este lazo puede establecerse con cualquier persona que cuide del niño (Hazan y Shaver, 1994).

La interacción entre el bebé y el cuidador primario, promueve el establecimiento de un tipo particular de vínculo entre ellos, el cual, según Bowlby (1988, citado en Safrany y Quezada, 2005), puede definirse como un lazo afectivo que una persona forma entre sí mismo y otro, lazo que los junta en el espacio y perdura en el tiempo. El vínculo puede permanecer a través de

períodos en los que no se presentan ni conductas de apego o hay un distanciamiento de la figura de apego. “El vínculo tiene aspectos de sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones, todo lo que sirve como una clase de filtro para la recepción e interpretación de la experiencia interpersonal” (Safrany y Quezada, 2005, p. 6). La teoría del apego se sitúa como una teoría de las representaciones internas, debido al concepto de “modelo de trabajo interno”, propuesto por Bowlby. Esto plantea principalmente que la interacción con los padres, o cuidadores, son la matriz desde la cual los niños establecen representaciones del sí mismo y de los otros en las relaciones vinculares. La función de estos modelos es interpretar y anticipar el comportamiento de los otros, además de que permite planear y guiar el propio comportamiento en dichas relaciones. Los modelos de trabajo interno se configuran a través de la experiencia de los seres humanos desde su primera infancia (Hazan y Shaver, 1994; Safrany y Quezada, 2005).

Ahora bien, los tipos de vínculos que pueden surgir, se fundamentan en la calidad de respuesta que tenga el cuidador. Esto es, si ante la percepción de amenaza se puede contar con la figura de apego. Esta respuesta puede consistentemente responsable, consistentemente irresponsable, o solo inconsistente. Esto corresponde a los tipos o patrones de apego que se pueden generar. (Hazan y Shaver, 1994).

El procedimiento que desarrolló Ainsworth (1960) para evaluar la calidad del apego fue el conocido como la situación extraña, la cual consiste en activar el sistema de apego del niño a través de la separación de este con la madre, en un ambiente desconocido. De este experimento surgieron tres tipos de apego, a saber (1) el seguro que consiste en una relación favorable hacia la figura de apego, se caracteriza por el mantenimiento de la proximidad, la búsqueda del confort, la ausencia de ansiedad ante separaciones breves y el uso de esta figura como base segura; (2) ansioso/ambivalente, corresponde a la respuesta inconsistente ante las señales del bebé, la figura

de apego se muestra unas veces inaccesible y en otras, por el contrario, intrusivo. Los infantes antes la ausencia de la figura se muestran ansiosos y enojados ante el episodio de separación y de reunión, ya que la presencia de su figura de apego no los tranquiliza; (3) por último, el ansioso/evitativo, se caracteriza por la falta de contacto y de respuesta por parte de las figuras de apego, ante la situación de separación los niños no dan muestra de sentimientos de ansiedad o estrés, evitando el contacto con sus cuidadores y manteniendo la atención en lo que están haciendo (Hazan y Shaver, 1994; Safrany y Quezada, 2005).

Ahora bien, lo que propone la teoría del apego es que estos tipos de vínculos determinan la calidad de las posteriores relaciones de apego y que las interacciones y las experiencias que constituyen los modelos de trabajo internos tienden a ser estables. Además, el apego sigue un modelo de transferencia, en el cual, los componentes que suplen los padres en la infancia se van trasladando a los pares, de modo que en la adultez se busca mantener la proximidad, tener una base segura y un refugio seguro, con los pares (Hazan y Shaver, 1994).

Según todo lo anterior, se plantea que, al momento de establecer relaciones interpersonales, éstas estarán influidas por el tipo de apego que el sujeto haya experimentado en sus años de infancia y por las representaciones de sus modelos internos de trabajo; lo que promoverá o no la creación de un vínculo con los otros.

Esta teoría del apego, específicamente el desarrollo de este y los estilos que surgen, se han asociado con la psicopatología en tanto que los patrones regulatorios internos y las expectativas resultantes del historial de las interacciones entre un cuidador y un bebé modelan las bases de la expresión e interpretación emocional y conductual de un niño. En esta línea, si este lazo afectivo se ve distorsionado se puede sugerir una asociación con el desarrollo de alguna psicopatología posteriormente, ya que estas relaciones distorsionadas operan como un

factor de riesgo. De igual manera es importante considerar que se desarrollan en un contexto donde interactúan tanto componentes ambientales como genéticos, es decir, la calidad de las relaciones tempranas aunque influyente, más no determinante (Safrany y Quezada, 2005).

Distintos autores han encontrado en sus investigaciones relaciones entre los estilos de apego y distintas psicopatologías, incluso Bowlby (1977) (citado en Safrany y Quezada, 2005) señaló que los vínculos inseguros estaban en la base de una serie de rasgos desadaptativos de la personalidad.

En esta misma línea, Crittenden (1995) propone en lo referente al apego y la psicopatología una reconceptualización de los patrones de apego infantil propuestos por Ainsworth, de manera que sean vistos como patrones de procesamiento mental de la información que varían en la medida en que integran información por medio de la cognición y afecto para crear modelos de realidad.

Lo que plantea esta autora es que la calidad del apego hace referencia a la comprensión aprendida de la naturaleza de las relaciones de apego específicas, su modelo considera que los principios de la teoría del aprendizaje pueden explicar cómo la interacción de los niños con las figuras de apego facilita el aprendizaje del uso de sus mentes. En la medida que transcurre el tiempo se da una maduración que tiene influencia sobre la mente, en este caso el rol de la figura de apego también debe ser cambiante, sin embargo su función como base segura que permite la exploración, debe permanecer.

La integración de la información se regula a partir del afecto y de la cognición, en esta medida, los niños tipo B, que según la teoría de Ainsworth son los llamados seguros en la infancia, están equilibrados respecto a estos dos componentes. Sin embargo, los tipo A, llamados de evitación en la infancia son defensivos contra el afecto y dependen mucho de la cognición.

Los tipos C, llamados los ambivalentes en la infancia recurren a una estrategia coercitiva basada en el afecto. Son estos patrones mentales y conductuales en la infancia los que generan una vulnerabilidad a desarrollar trastornos conductuales y de atención, trastornos de las relaciones íntimas y sexuales, además de psicopatologías como la depresión y ansiedad. Se puede llegar incluso a la adicción a sustancias y suicidios. También se relaciona, aunque en pocos casos, una relación con la psicopatía (Crittenden, 1995).

La autora menciona que para establecer las relaciones entre la psicopatología y la teoría que desarrolla, fue necesario apoyarse en el manual diagnóstico del DSM-IV. Sin embargo hace alusión a que estos manuales no parten de una teoría y que se limitan a representar grupos de síntomas, esto conlleva a que no se refleje directamente un trastorno subyacente. Es decir, un síntoma o grupo de síntomas pueden tener más de una etiología, lo que dificulta la articulación de una nueva teoría de la psicopatología. No obstante realiza la aclaración de que la perspectiva diagnóstica que propone depende de la función de la conducta dentro las relaciones, en lugar de su estructura dentro de un individuo (Crittenden, 1995).

Más allá de la relación del vínculo con la psicopatología, uno de los componentes que entran a colación en la pregunta por el efecto del diagnóstico psicopatológico en las relaciones interpersonales, es el estigma. Este se ha teorizado principalmente desde la sociología a manos del autor Irving Goffman y se considera pertinente abordarlo desde esta ciencia social ya que son las relaciones interpersonales la esfera que ocupa a esta investigación.

5.4 Estigma.

Goffman en su libro *Estigma: identidad social deteriorada* (1963) elabora un estudio social de quienes son considerados como anormales, es decir, aquellos que cargan con la marca

diferenciadora del estigma. Esto se debe a que la sociedad establece medios para categorizar a las personas y a sus atributos corrientes y naturales.

El intercambio social rutinario permite tratar con otros sin la necesidad de dedicar una atención especial, en estos encuentros es probable que las primeras apariencias permitan predecir en qué categorías se encuentran estos extraños y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social. Goffman expone que hay dos expresiones de esta identidad social, una virtual y una real. Con la primera se hace referencia a esos supuestos o demandas que se le atribuyen al individuo con el cual se está interactuando, se considera como una imputación que se realiza con base en una mirada retrospectiva. Ahora, la identidad social real es aquella en la que puede demostrarse que de hecho la categoría y los atributos le pertenecen al individuo (Goffman, 2006).

Es cuando hay una discrepancia entre estas dos identidades que surge el estigma, especialmente cuando el atributo que genera la falla o desventaja supone un descrédito amplio. Los atributos indeseables que obtienen un carácter estigmatizador son aquellos que son incongruentes con el estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos. Por lo tanto se puede definir al estigma como cualquier atributo que desacredite o disminuya el status de un individuo una vez este es conocido (Goffman, 2006).

Goffman propone que el estigma posee una doble perspectiva en relación al individuo estigmatizado, a saber, cuando la calidad de diferente es ya conocida o resulta evidente, se habla del desacreditado. En segunda instancia, cuando el atributo no es conocido por quienes lo rodean o inmediatamente perceptible, se está frente al desacreditable. Si bien es una distinción importante de mencionar, es probable que la persona estigmatizada haya pasado por ambas perspectivas, además, las características del estigma son transversales a ambas situaciones.

Entre estas características se pueden identificar tres tipos de estigmas evidentemente diferentes entre ellos. En primer lugar se encuentran las deformidades físicas, luego las que Goffman llama defectos del carácter percibidos como falta de voluntad, creencias inflexibles y falsas, deshonestidad, entre otros, en esta categoría se encuentran las perturbaciones mentales, las adicciones a las drogas, la reclusión, el alcoholismo, la homosexualidad, el desempleo, etc.; por último se encuentran los trastornos tribales de la raza, la nación y la religión, los cuales son susceptible de ser transmitidos por la herencia y permear al resto de la familia (2006).

Goffman (2006) denomina como normales a aquellos que no cargan con un estigma y para hablar de la relación que estos establecen con los individuos estigmatizados menciona cómo estos son percibidos por los primeros. Refiere que el estigma deshumaniza de alguna manera al individuo y este a su vez es percibido como inferior y peligroso, por lo tanto se generan unos comportamientos discriminadores aunque disfrazados de acciones sociales para suavizar y mejorar. También expone que ante la respuesta defensiva de un individuo con un estigma, la personas normales pueden percibir la expresión directa de su defecto y llegar a considerar que tanto el defecto como la respuesta son merecidos y por lo tanto que el trato ofrecido también.

En lo referente a las consecuencias que conlleva el aislamiento para aquellos individuos estigmatizados, dada la falta de retroalimentación en intercambio social se pueden ubicar la desconfianza, depresión, hostilidad, el aturdimiento y la ansiedad. Otro aspecto de importancia, es que para estos individuos cualquier impropiedad o desliz, aun sin mayor importancia, puede ser adjudicado a su calidad de diferente, lo que genera, tanto para los sujetos desacreditados como para los desacreditables ansiedad frente a la interacción social cotidiana.

El autor plantea que en cuanto a las relaciones interpersonales, hay una tendencia del estigma a difundirse desde el individuo estigmatizado hacia sus relaciones más cercanas, por lo

tanto se esclarece porqué dichas relaciones tienden a evitarse o, en caso de ya estar establecidas, no perdurar.

Los conceptos y teorías que se contemplan en este apartado funcionan como el marco bajo el cual se desarrolla la investigación y en gran parte, con el cual se analiza la información recogida. Por lo tanto, se expuso de manera precisa cada concepto con el fin de tener claridad sobre aquello que compete al tema de investigación.

6. Diseño Metodológico.

Para Sampieri, la estrategia investigativa cualitativa tiene como fin comprender los fenómenos, abordándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (2014); por lo tanto se encuentra como el enfoque más adecuado para responder a la pregunta de investigación, la cual pretendía examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan las relaciones interpersonales en el marco del diagnóstico psicológico con el que están etiquetados; profundizando en sus puntos de vista, sus interpretaciones y significados.

Este enfoque se caracteriza porque, a diferencia de los enfoques cuantitativos, se pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y el análisis de los datos. Se guía de igual manera por áreas o temas significativos de investigación y por lo general lo que se pretende en primer lugar es descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes para posteriormente perfeccionarlas y responderlas. Se trata de una acción indagatoria dinámica que se mueve entre los hechos y su interpretación, resulta en un proceso que podría considerarse circular pero que varía su secuencia según cada estudio (Sampieri, 2014).

La investigación cualitativa cuenta con unos métodos o diseños que hacen referencia a los medios que permitirán llevar a cabo el proceso investigativo. El método es en sí un “conjunto de procedimientos y técnicas para recolectar y analizar datos” (Strauss y Corbin, pp 11), en esta línea, se tiene en cuenta desde el planteamiento del problema hasta el desarrollo de la investigación y puede ir modificándose a lo largo de este proceso.

Con base en el interés de esta investigación, el método más adecuado para enfocar esta problemática fue el fenomenológico; sin embargo, dada la naturaleza de la investigación cualitativa, hay que tener presente que los elementos de cada diseño se yuxtaponen. Según Sampieri (2014) la principal característica del método fenomenológico es que se obtiene la perspectiva de los participantes, se explora, se describe y comprende lo que los participantes tienen en común de acuerdo con sus experiencias frente a determinado fenómeno; lo que busca es el entendimiento de este último a partir de las experiencias y las distintas vivencias, delimitando ciertas categorías que se comparten en relación a este, ya sean sentimientos, emociones, percepciones, razonamientos, entre otros. Se enfoca en la esencia de la experiencia compartida y se trabaja directamente sobre las unidades o declaraciones de los participantes, ya que el principal objetivo es descubrir el significado de un fenómeno para varias personas y explicar o comparar experiencias.

No obstante, este diseño, posee dos enfoques, por un lado se encuentra la fenomenología hermenéutica y por el otro la fenomenología empírica. Para los fines de este estudio la primera fue el más adecuado para desarrollarlo, ya que propone la comprensión de los fenómenos como susceptibles de ser interpretados, además de que su pretensión es preguntar por los significados que constituyen el mundo social. Se ocupa además del sentido y la importancia de dicho fenómeno (Ayala, 2008).

En esta línea se utilizó este diseño con la intención de comprender el significado atribuido a poseer un diagnóstico psicológico y cómo este interviene en el establecimiento de relaciones interpersonales y la posible estigmatización social; además de intentar comprender las interpretaciones que los participantes hacen respecto a esto.

Cabe mencionar que el alcance esta investigación fue descriptivo ya que este tiene como propósito mostrar un panorama del fenómeno, de manera que se detalla, en este caso, el significado que atribuyen los participantes al diagnóstico psicológico y su relación con las relaciones interpersonales. El interés es recoger la información que permita especificar las características más importantes de este fenómeno.

Las unidades de trabajo que requirió la investigación fueron personas con un diagnóstico psicológico. Las unidades de observación fueron los relatos que surgieron de las entrevistas y los grupos de discusión, finalmente, las unidades de análisis correspondieron al diagnóstico psicológico y las formas de relación interpersonal.

6.1 Población y muestra.

En lo referente a la población, comprendió personas que poseen un diagnóstico psicológico.

La muestra estuvo delimitada por los siguientes criterios de inclusión:

- Tener entre 16 y 28 años.
- Tener un diagnóstico psicológico desde hace por lo menos dos años. Esta temporalidad se debe a que en un período de dos años, los participantes ya han establecido relaciones interpersonales dentro del marco de tener una etiqueta de diagnóstico psicológico, por lo tanto se podrá pensar si dicho diagnóstico ha significado algún cambio en estas interacciones.
- Moverse en un entorno universitario. Se considera este ámbito ya que es donde se presenta con mayor regularidad las relaciones interpersonales, ya que el contexto la exige, por ejemplo, con la imposición del trabajo en equipo.

- Firma del consentimiento informado por parte de los participantes.

Los criterios de exclusión para la muestra fueron:

- Tener un diagnóstico médico de alguna enfermedad crónica
- Poseer alguna condición física que represente un atributo que lo desacredite.
- Estudiar y trabajar

La muestra que se planteó en esta investigación fue de casos tipo ya que el objetivo fue la profundidad, calidad y riqueza de la información y no la cantidad y la estandarización. Se estimó necesario unos 8 casos para la realización del estudio.

6.2 Instrumentos de recolección de la información.

En la investigación cualitativa, más que de una recolección de los datos, se habla de una construcción de estos, en tanto surge de aquello que se obtiene de los participantes y no de una manera objetiva. Los instrumentos que se planteó utilizar fueron las entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión. La cantidad de instrumentos se fundamentó en la triangulación de los métodos de recolección de datos, ya que mientras con más fuentes de información se contó, más profundidad y riqueza de datos se obtuvo.

Según Sampieri (2014) la entrevista individual representa un acercamiento más íntimo, flexible y abierto, en donde los datos obtenidos por las preguntas y respuestas permiten una comunicación y una construcción conjunta de significados respecto al fenómeno. Teniendo en cuenta que una de las variables que interesan, es la forma de relacionarse, estas entrevistas fueron de gran valor.

La entrevista fue semiestructurada, esta se caracteriza por tener una guía de preguntas o asuntos que dirigen la entrevista, donde se tiene la libertad de introducir preguntas para precisar

conceptos y obtener nueva información. Se reconoció como la indicada para la investigación dado lo amplio del tema, en este caso, guiar en cierta medida la entrevista generó información más valiosa y precisa.

Los grupos de discusión, permitieron generar y analizar la información que surgió entre los participantes además de ver cómo se construyen grupalmente significados, acerca del diagnóstico psicológico.

6.3 Procedimiento de obtención de la información.

Para el plan de recolección o construcción de los datos, fue importante considerar que estos fueron conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, entre otros; los cuales se obtuvieron a través de los instrumentos mencionados anteriormente, además de que el papel del investigador fue fundamental en este proceso, ya que él mismo fue un medio de obtención de la información.

Ahora bien, el primer paso una vez seleccionadas la personas, fue proceder con las entrevistas semiestructuradas individuales donde se informó el objetivo de la investigación y se realizó una anamnesis de cada caso. Posteriormente se hizo en grupo de discusión en el cual se trabajó el efecto del diagnóstico psicopatológico en las relaciones interpersonales.

Es importante tener en cuenta que, en la investigación cualitativa, tanto el muestreo como la recolección y análisis de los datos son actividades de algún modo casi paralelas, por lo que no hay una delimitación exacta de los procesos, sino que se van construyendo a la par.

6.4 Procedimiento para el análisis de la información.

Para el análisis de los datos se debe considerar que lo que se busca es la generación de categorías o temas. Este es un proceso no lineal que propone partir de la información obtenida para construir una teoría o aquello que propone la investigación. En este proceso, es necesario en ocasiones, retornar al campo con el fin de obtener más datos.

Para el análisis detallado de los datos, fue primordial la organización de estos, por lo tanto, fue necesario hacer una transcripción de las grabaciones obtenidas en las entrevistas. Una vez procesados y organizados los datos, se recurrió a una bitácora de análisis, la cual permitió a través de unas anotaciones precisas acerca de los métodos y lo surgido en la revisión de los datos (como ideas, conceptos, categorías, significados); identificar unidades y categorías de significados.

Para analizar los datos fue necesario codificarlos, en primer nivel se eliminaron los datos irrelevantes y se generaron categorías, esto se conoce como codificación abierta; en segundo nivel, se compararon las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.

Finalmente se elaboró un reporte, en el cual por medio de una exposición narrativa, se describieron los resultados con todo detalle.

6.5 Aspectos éticos.

La psicología está regida por un código deontológico que pretende servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad,

lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley. Además, está la ley 1090 del 2006 que comprende los mismos fines, marcando una serie de principios que guían el ejercicio de la profesión.

De acuerdo a los fines que posee esta investigación, las consideraciones éticas que deben tenerse en cuenta, respecto a la ley 1090, son los principios (3) Estándares morales y legales en el cual se menciona que dichos estándares para los psicólogos, son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos; (4) Confidencialidad, este hace referencia a la obligación del psicólogo a respetar la confidencialidad del participante, solo se podrá revelar información con el consentimiento de este o de un representante legal, (9) Investigación con participantes humanos, una vez se toma la decisión de realizar la investigación, se considera la mejor utilización de los esfuerzos y recursos, velando por la dignidad y el bienestar de las personas que deciden participar en la investigación y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

El código deontológico posee unas especificaciones referentes a la investigación y a la obtención y uso de la investigación, por lo tanto, dentro de esta investigación se considera que tiene la intención de contribuir a la disciplina, no se promueve ningún tipo de daño a los participantes, no se producirán perjuicios duraderos en ninguno de los sujetos y se preservará la dignidad y el respeto por la vida de los participantes.

Respecto a la obtención de la información se establece que se respetará la propia intimidad, únicamente se solicitará la información necesaria para el desempeño de la

investigación, los datos obtenidos están sujetos al secreto profesional y que la información obtenida no se utilizará en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del participante.

Es determinante tener en cuenta que, para la realización de la investigación y la participación de los sujetos, es necesario contar con un consentimiento informado que precise los detalles de la investigación y el papel de los sujetos en esta.

7. Resultados

Luego del análisis de la información obtenida, por medio de la codificación abierta y axial, se encontraron las siguientes categorías con sus respectivas subcategorías de análisis. Dentro de estas categorías se encuentran el diagnóstico y sus implicaciones, el tratamiento, emociones frente a lo que le sucede, cogniciones frente a lo que le sucede, conductas frente a lo que le sucede, ámbito impactado, la respuesta del entorno y el estigma. Cada una se describe a continuación.

Diagnóstico y sus implicaciones.

En esta categoría se describe cuál es el impacto que plantea el diagnóstico psicológico en sí mismo; qué representación tienen los participantes de éste y el significado que le han otorgado. Esta categoría tiene nueve subcategorías que son: búsqueda por sí mismo, pre- diagnóstico, múltiples diagnósticos, identificación, aceptación/no aceptación, psicoeducación por parte de un profesional, nombrar lo que pasa y etiqueta; los cuales se explicarán a continuación.

Se encontró que el diagnóstico genera una búsqueda por sí mismo o búsqueda de certeza. Esto hace referencia a que posterior al diagnóstico surge una búsqueda por aclarar qué es lo que sucede consigo mismos y qué implica tener determinado diagnóstico, además de intentar encontrar cómo sobrellevar dicha condición. Si bien en algunos casos surge ante la falta de información por parte de los profesionales encargados de realizar el diagnóstico, también se genera por la curiosidad que despierta la novedad de esta situación. Así mismo, se presenta en la medida en que los participantes no sienten que hay correspondencia entre eso que están viviendo y el diagnóstico que les dicen tener, como se puede evidenciar en los siguientes participantes,

“Entonces ya como a los trece años empecé a investigar, pues, lo que me decían, que lo primero fue trastorno bipolar, entonces yo investigué al respecto para saber cómo qué era. Habían cosas con las que sentía como afinidad, que decía como sí, bueno yo he sentido esto pero otras no tanto” (Participante #1, respuesta 18)

“Exacto, más la pelea que he tenido por más de un año con los psiquiatras en los cuales yo he pedido explicaciones concretas de lo que son la bipolaridad y... y les hago saber de que son sintomatologías que en mí no se presentan” (Participante #2, respuesta 22)

“Mmm, fueron cosas porque por ejemplo habían momentos en que presentaban quejas sobre mí y yo trataba de hacer la autoevaluación y yo no veía esas cosas. Pero, eh, yo investigando (...) Sabía pues que uno no se da cuenta de los actos que genera pues en la enfermedad” (Participante #5, respuesta 26)

“Uno busca cómo arreglar el problema o porqué es el problema para tratar de, pues, comprender si lo puede arreglar o si puede hacer otra cosa. Yo creo que eso es ya de cada quien. Pues, por mi caso, no solo como el interés del estudio, porque también es algo que es en mi vida, alguna que no sé, que no entiendo me gusta buscarla, me gusta saber mucho de todo.” (Grupo focal #1, participante #5, respuesta 28)

“A mí también me gusta mucho leer al respecto, como, pues, incluso la historia de cómo se descubrió, de todos los tratamientos y todo. Por curiosidad también y porque quizá pueda encontrar algo que me ayude” (Grupo focal #1, participante #1, respuesta 29)

También se encontró que la búsqueda puede estar enfocada en el tratamiento, sobre todo a nivel de los medicamentos y sus efectos.

“Por mi parte ha sido más bien, no tanto del diagnóstico, sino de los medicamentos que me han mandado. Porque no me he tomado siempre el mismo. Entonces digamos, cuando digamos ha llegado un nuevo medicamento o sí, el medicamento. Pero nada más” (Grupo focal #1, participante #4, respuesta 29)

Otra subcategoría es la del pre-diagnóstico. En esta se encuentran la información en la que algunos participantes han establecido algún significado a la experiencia previa al diagnóstico, qué llevó a que este se generara y los cambios que implicó respecto a la vida que llevaban previamente,

“...porque yo siento que no había ido o no había sentido esa necesidad porque... como que normalizaba todo lo que pasaba (ininteligible)... eso es normal, eso se me pasa, porque eso es como un ciclo... pues como que va empezando en un grado más pequeño y va aumentando y va aumentando, entonces ya como que llegó un momento donde ya, como no, pues esto no puede ser normal. Entonces ahí fue donde en primera instancia pensé en acudir al médico para ver si de pronto era, no sé, que estuviera anémica o alguna cosa. Y ya cuando descartamos pues como todos los síntomas físicos, entonces ahí sí fue...pero pues antes mi vida era como pues, yo que uno tiende...yo tendía a normalizar todo lo que me pasaba y en las situaciones era como no, eso es normal, eso se le pasa” (Participante #3, respuesta 27)

“...Mjm, en 2016 pues yo no estaba estudiando, básicamente no estaba como haciendo nada, entonces ahí me pregunté a mi misma como “qué es lo que me está causando esto si no estoy estresada, no tengo preocupaciones... por qué me siento mal a mayoría del tiempo, o por qué quiero salir corriendo, simplemente no quiero salir”. Pues, ahí entendí que había algo que no estaba bien.” (Participante #8, respuesta 34)

“Y entonces me empecé a deprimir mucho, estaba muy triste y yo de por sí lloraba mucho, pero después de eso, lloraba con más frecuencia, todos los días y en cualquier lugar así

me daban como ganas de llorar y no solo por lo de mi hermana, sino que a veces por otras cosas, así como repentinas. Entonces antes del diagnóstico estaba muy sensible, lloraba mucho, me deprimía mucho y pues no sé, como que a veces tenía unos pensamientos raros. Que yo pues no los consideraba, no es que no los considerara míos, sino que salían como muy impulsivamente, como que yo no los controlaba” (Participante #6, respuesta 13)

“Mmm, bueno pues. En realidad sí, mi mamá mantenía muy preocupada porque a veces me iba y volvía a la casa sin zapatos o volvía sin camisa o volvía al otro día y no me acordaba dónde había estado. O sí me acordaba pero yo no le decía a ella pues lo que estaba haciendo. Y, pues sí se afectaba mucho las relaciones, a veces, eh, yo me salía de control así en la casa y rompía cosas, dañaba espejos, tumbaba cosas y mis hermanos menores se, como trataban de frenarme y eso y a veces me golpeaban. Y a veces creía que todos estaban contra mí, cosas como eso” (Participante #6, respuesta 14)

Se encontró que en la mayoría de los casos se presentan múltiples diagnósticos. Varios participantes refieren contar con más de un diagnóstico, en algunos de los casos también mencionan que se han encontrado con varios profesionales que plantean diagnósticos que no corresponden con lo que ellos experimentan, lo que genera un malestar e incertidumbre respecto a su situación.

“Eh, trastorno obsesivo compulsivo, aunque el primero fue trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de pánico. Y dentro de los desórdenes alimenticios anorexia restrictiva y bulimia sin vómito” (Participante #8, respuesta 13)

“Eh, alrededor de los años he tenido varios diagnósticos, muy diversos. En estos momentos se está estudiando la posibilidad como de tener uno seguro, en estos momentos se está trabajando por trastorno depresivo compulsivo y se van a hacer como unas pruebas próximamente para descartar o confirmar que podría ser síndrome de Asperger.

... Pero el hecho de que ni yo misma ni los profesionales del tema puedan definirlo, lo hace como muy confuso. Sí, como que en realidad no sé qué es lo que pasa, o si no pasa nada o pues, no sé, me confunde mucho, me confunde” (Participante #1, respuesta 9)

“El diagnóstico que me dieron primero, pues, en realidad no me dieron como un diagnóstico como tal sino que, estuve internado un tiempo en observación y pues siempre me revisaba una persona diferente y daba un diagnóstico diferente, que primero dijeron que tenía trastorno mixto de ansiedad y depresión y por último, pues el último psiquiatra que me revisó me dijo que tenía esquizofrenia paranoide” (Participante #6, respuesta 5)

Entre las implicaciones del diagnóstico se encontró que se genera una identificación en la medida en que se reconoce al diagnóstico como parte de sí mismo a través de sus actos y comportamientos, si bien ellos hacen la salvedad de que no implica que el diagnóstico los defina como personas, en su totalidad.

“Lo atribuyo a todo lo que soy, es que para mí el trastorno es como...como este lunar parece, lo tengo y hace parte de mí, o sea, es que es como, como no es la totalidad pero ahí está, entonces no lo puedo desligar...” (Participante #2, respuesta 75)

“En mi vida académica, en el colegio por ejemplo sí tuve muchos problemas disciplinarios. Mucha firma de actas, muchas cosas así. Nunca tuve problema académico ni firmas así de esos que si vuelven a hacer algo los echan. Pero sí muchas formas de peleas, del muchacho muy inquieto, pues así. Lo normal pues de la enfermedad.” (Participante #5, respuesta 27)

“Ah bueno, eh, es muy difícil como una vez eh...cómo lo afecta a uno porque el como el punto de partida de uno, es uno mismo. No tengo realmente cómo es una persona normal a cómo es uno.

Mm, yo me considero que soy una persona tímida (...) Pero eso también puede deberse al trastorno” (Participante #5, respuesta 42-43)

Por otra parte se encuentra que en algunos de los casos se presenta una no-identificación con el diagnóstico en la medida en que no se reconocen con lo que esto implica o no asocian lo que son o hacen con dicho diagnóstico.

“Pues, yo creo que ha ido evolucionando con el tiempo, porque al principio yo siento que me daba pena ... Como huy, qué horror, pero después con el tiempo es darte cuenta que eso no es como todo lo que soy... O sea, no me tiene que identificar, entonces sí ha ido como cambiando con el tiempo...” (Participante #3, respuesta 24)

“Pues, no sé. Como, yo la verdad trato como de identificarme con eso, aunque yo ya sé ese diagnóstico yo a veces pienso como no, tanto diagnósticos que de pronto pueden estar equivocados y yo no tengo nada, pues, como que trato de convencerme a mí mismo y de hacer cosas” (Grupo focal #2, Participante #6, respuesta 8)

Otra de las subcategorías encontradas hace referencia a la aceptación o no aceptación del diagnóstico. En algunos casos se plantea que no se acepta ese diagnóstico, en la medida en que se desea no tenerlo. Sin embargo se presentan otros en los que se ha logrado convivir con la idea de que es algo que se tiene, que es necesario asumir y que además genera sentimientos de claridad que permiten avanzar en el proceso.

“...y si hay algo más grande, eso más grande porque no entiendo por qué carajos de tantas personas que hay en el mundo me tocó a mí jaja no lo acepto, no lo acepto, si por mi fuera si tuviera la posibilidad de cambiar eso...” (Participante #2, respuesta 28)

“...es algo que le pasa y hay que asumirlo, enfrentarlo y pues seguir con el proceso para superarlo o para controlarlo” (Participante #3, respuesta 26)

“...Pues, obviamente inmediatamente después, no, pero ya con los meses sí, porque uno va primero como aceptando qué es lo que tiene, aceptando y diciéndose que es normal que no hay que sentirse como pues, qué vergüenza, qué es esto; sino aprender como a aceptarlo y a decirte que eso no es como todo lo que uno es. O sea, es solo una parte y hay que aprender como a manejarlo o a controlarlo.” (Participante #3, respuesta 40)

“Sí. Yo creo que es necesario asumir las condiciones que uno tiene para hacer su cotidianidad como más amena ¿cierto? Cuando uno comprende sus vivencias, así el otro no las entienda hace lo posible por sentirse mejor. Estar en un estado de negación es lo peor en lo que uno puede estar.” (Participante #8, respuesta 31)

Como otra subcategoría se encontró el nombrar lo que pasa. Esta contiene aquellos casos es lo que el diagnóstico fue de ayuda para darle un nombre a las experiencias y síntomas que estaban viviendo. En esta medida, sirvió para dar claridad respecto a esas situaciones o síntomas que tendían a normalizar o simplemente a no comprender.

“Exacto, uno aprende como a nombrarlo porque antes era como que todo es normal, todo era como algo general y ya uno va viendo como particularidades...” (Participante #3, respuesta 33)

“Pues, como tal explicación también a muchas cosas y a muchas actitudes, a muchos comportamientos. Pero también a veces es como, no sé, es como una alerta para, para uno darse cuenta de lo complicado que puede ser la mente y todos esos trastornos.” (Participante #6, respuesta 12)

También se encontró que del diagnóstico se desprende una etiqueta o como se menciona en una de las entrevistas, como un reconocimiento político. Esto hace referencia a que el diagnóstico cumple una función de señal o marca que genera ciertas consecuencias o determinadas representaciones

“Ah no, eso es muy gracioso porque a mí me miran con lástima (risa) es como: ay, entiéndanla, ella está enfermita... Yo soy la enfermita de la casa, yo soy la que todo el mundo sabe que está loquita, por la que nadie se preocupa” (Participante #2, respuesta 40)

“La etiqueta me segrega, da un reconocimiento político, sí, pero segrega” (Participante #2, respuesta 33)

En los grupos focales se evidenció mucho más cómo significan al diagnóstico como una etiqueta ya que en este caso se realizó una pregunta directa. Se encontraron datos como los siguientes

“... a uno le van a hacer como cualquier intervención y le ponen una manillita que dice “trastorno tal”. Ya no es mi número de cédula sino que mi etiqueta es mi trastorno, pero ya en terapia lo empecé a tratar y a saber que es algo que uno tiene, pero no es lo que uno es.”
(Grupo focal #2, participante #3, respuesta 4)

“Pues yo creo que a veces es más que todo, a mí me pasaba familiarmente, que como que mis hermanos o mi mamá trataban de definir o entender algún comportamiento mío con eso. Entonces era como que ya todo era referido como “ah no, es porque él tiene eso”. Pero eso sí yo lo consideraba como una etiqueta, porque igual uno puede estar pasando con muchas cosas y

uno no es precisamente eso. Como que le digan a uno “ah, no, como está loco”” (Grupo focal #2, participante #6, repuesta 4)

“Pues yo creo que sí hay cierta etiqueta, pues la etiqueta social, en la que uno sabe que si una persona se entera de x diagnóstico va a tender a pensar que esa persona va a actuar de determinada manera” (Grupo focal #1, participante #1, repuesta 21)

“...por ejemplo ante una autoridad más grande, dígase un profesor, eh, siento que tienden a como, a tenerlo fichado a uno.” (Grupo focal #1, participante #1, respuesta 16)

En este mismo grupo se resaltó por parte de un participante que el diagnóstico no se relacionaba con una etiqueta ya que este primero se daba en la medida en que es labor de la medicina otorgarlo a partir de las pruebas y sus resultados. Sin embargo hizo la salvedad de que existe una etiqueta social, que atribuye la sociedad en vista de su desconocimiento.

“Pero es que el diagnóstico se debe dar, el parte médico. Eso no es etiquetar. Etiquetar es lo que hace la sociedad” Grupo focal #1, Participante #5, respuesta 20)

Se identificó otra subcategoría en la que se agrupan aquellas experiencias en las que se recibe una psicoeducación por parte del profesional. Esto se debe a que en varios casos se hacía referencia a qué tan importante resultaba que el personal encargado brindara información respecto al diagnóstico que se estaba dando. De ahí partía también el interés personal por buscar información acerca de su condición, que les propiciaba tranquilidad o no hacia lo que se les estaba diciendo.

“...que a medida que íbamos en las terapias, ella me iba a hablando de los diferentes tipos de sustentos, como que había un sustento emocional que era la terapia, y otro sustento como químico o no sé cómo llamarle, pero que era que me iba a dar la sustancia que me iba a tomar y que ambos tienen que estar juntos. O sea, porque si solo me medicaba y no iba a terapia pues no iba a hacer nada y si solo iba a terapia y no me medicaba pues estaba como incompleto.” (Participante #3, respuesta 17)

“Entonces él como que me ayudaba en la parte psicológica y me contaba que el TDAH hay personas que cuando crecen se les quita o que les nace cuando están adultos. Él me contó un montón de cosas que no sabía de mi enfermedad y con eso pues fui tratando de llevarlo”
(Participante #5, respuesta 10)

“Yo creo que mi única fuente de información han sido los profesionales a los que he consultado. Y ahí, pues, me quedo ciegamente, como que no busco nada más porque siento que de pronto no voy a ser capaz de enfrentarme a toda esa información adicional o a saber si eso es cierto o no, o si lo estás sobredimensionando o no.” (Grupo focal #2, participante #3, respuesta 7)

Cabe resaltar que hubo dentro de la categoría dos experiencias respecto al diagnóstico que si bien fueron únicas, fueron significativas en cada caso. En lo que refiere el participante #4 acerca de tener un diagnóstico, enfatiza que este no tiene ningún significado para él, que en sí mismo no presenta ninguna relevancia. Es el malestar provocado por la depresión el que ha marcado significativamente su vida.

“Ahg. No porque, yo digo que no porque es que, pues el diagnóstico para mí no es absolutamente nada comparado con lo que la depresión me ha hecho vivir, me ha hecho pensar, me ha hecho sentir. Entonces, pues es absolutamente irrelevante.”(Respuesta 50)

En esta misma línea, el participante #7 refirió que el diagnóstico significaba para él un Crecimiento en la medida en que dicho diagnóstico lo que ha motivado a emprender nuevos proyectos personales,

“Claro. Pues yo ahora considero que he crecido mucho, pues el mero hecho de irme (de su casa) creo que fue como también mero paso.” (Respuesta 28)

En referencia a los grupos focales se encontró un aspecto significativo y radica en la experiencia con el sistema de salud mental. En la información recolectada en los grupos se logró identificar que en algunos casos la negligencia y deficiencia en la atención en salud mental por parte de las instituciones públicas, genera que el diagnóstico se signifique de otra manera. En esta misma línea, también toma un significado distinto cuando se lleva a cabo un proceso de acompañamiento por medio de profesionales o instituciones particulares,

“Yo creo que el sistema es bastante lento y en cuestiones de salud mental se puede retrasar aún más porque digamos que usted tiene un problema no sé, eh, sí, en los riñones, o lo que sea, y bueno si no lo tratan se va a morir. Pero entonces se puede ver más retrasado algo de salud mental porque no se va a morir (...) Pero ellos no ven eso. Entonces es un proceso muy lento. Yo sí he estado pues por la EPS siempre y es un proceso demasiado irregular, pues, mantiene cambiando de contratos, o sea. Y todo eso es como, un nudo, pues, como un retraso que le ponen al tratamiento como tal y como, y ese tratamiento que al fin y al cabo yo lo veo como una comprensión de uno mismo, pues habría un retraso en ella. Yo creo que con un mejor tratamiento habría podido entender desde hace mucho muchas de las cosas y sobrellevarlas de mejor manera. Pero debido a eso pues no fue así” (Grupo focal #1, participante #1, respuesta 27)

“Pues yo en lo personal he tenido la fortuna de, pues, lo que es el tratamiento pues, ha sido más bien pues como privado. No tanto con la EPS sino más bien como un privado. Entonces me ha ido bien, me ha ido bien” ” (Grupo focal #1, participante #4, respuesta 27)

“Bueno, yo creo que, a mí personalmente el sistema de salud nunca me ha...bueno, mi primer diagnóstico sí fue digamos con la EPS (...) Pero más allá de eso, como pues psicoterapia yo nunca recibí por parte de la EPS porque siempre era un psicólogo diferente entonces a mí me parecía que era empezar un proceso cada mes o cada dos meses, y no. Entonces en ese aspecto no me ha servido para nada. Y en lo demás es que siempre sentía que me encasillaban, era como “bueno, a esta nena hay que hacerle esto” y ya no era mi número de cédula sino que siempre me pasaban como una manillita azul donde decía como el trastorno que tenía y me sentía como rara. Pero no siento que me haya servido para nada más que el diagnóstico inicial, de resto no, como acompañamiento no.” (Grupo focal #2, participante #3, respuesta 5)

“Primero era como que no sabía tampoco qué y ya después como “nada, usted tiene esto y tiene que tomarse esas pastillas, tiene que hacer eso, bueno sí. Tiene que pedir unas citas cada tanto” Y yo como “bueno, voy a hacer esto” y ya yo empecé a tomarme las pastillas y a seguir el tratamiento pero las citas por ejemplo en el sistema de salud, y la eps que yo tenía en ese momento, eso era muy difícil. Yo solo fui como una vez que primero tenía que ir donde el psicólogo y las órdenes de psiquiatría siempre quedaban como...tenía que estarlas renovando porque nunca había citas, entonces pues no, yo renuncié a ese tratamiento y yo seguí pues, como yo por mi cuenta. (...) No, pues, me ha hecho sentir como que tengo que afrontarlo yo mismo, como que tengo que utilizar otros métodos y otras cosas.” (Grupo focal #2, participante #6, respuesta 6)

La categoría del diagnóstico y sus implicaciones recoge las experiencias más generales respecto al diagnóstico y lo que representa. A partir de esta se desarrollan las demás categorías las cuales se relacionan directamente con estas implicaciones, en esta línea, la siguiente categoría es el tratamiento como consecuencia directa del diagnóstico.

Tratamiento

En esta categoría se describe cuál fue el tratamiento que se implementó una vez realizado el diagnóstico, además de contemplar aspectos como la duración y la frecuencia se profundiza en sus efectos y en las repercusiones que este ha tenido en la experiencia de los participantes.

En primera instancia, y presente en todos los casos, se encuentra una subcategoría que aborda el medicamento. Se evidencia que en todos los casos y en los diferentes diagnósticos se emplea como parte del tratamiento la utilización de psicofármacos, si bien la experiencia y el significado que le otorgan a estos cada participante es distinto, se encuentra que en algunos casos existe una relación conflictiva con el medicamento en tanto no se percibe el efecto de este o su función dentro del tratamiento. Además de que se emplean varios medicamentos como consecuencia de los múltiples diagnósticos en más de un caso. También se encontró que se lleva a la suspensión de esta forma de tratamiento, ya sea guiado por un profesional o por iniciativa propia.

“Bueno, primero, lo primero fue iniciar con la terapia y pues en la eps lo primero que me recomendaron fue iniciar pues a tomar fluoxetina. (...) No, o sea, la eps sí, pero con mí psicóloga llegamos como al acuerdo que no las iba a empezar a usar inmediatamente (las pastillas), sino ya después de iniciada la terapia, porque ya yo tomara la decisión de si quería o no, porque pues para mí era como muy extraño sentir que me tenía que medicar. Pero ya después de que iniciamos la terapia era como, pues ya es normal, es como si me tengo que tomar un acetaminofén. No es nada así del otro mundo” (Participante #3, respuesta 11/13)

“Sí, tomó antidepresivos y además tomo un medicamento para dormir porque también sufro mucho de insomnio. (...) Lo único también es, lo único que digamos del diagnóstico en general que me ha molestado es el hecho de tomar medicamentos. Pues a veces, yo muchas

veces, muchas ocasiones he tenido la sensación de sentirme como un enfermo, como un impedido. Y eso es demasiado frustrante” (Participante #4, respuesta 11/18)

“Tomaba (medicamento), ya no. Los suspendí (E: ¿por iniciativa propia?). Sí. Tomaba sertralina, paroxetina y risperidona. Porque sentía que la mayoría de los medicamentos me colocaban más nerviosa y la sertralina, la sertralina no, la risperidona tenía muchos efectos secundarios en el cuerpo súper malos, pues era como sudoración todo el tiempo, sueño, la boca seca, era súper incómodo. (...) Entonces yo veía que la terapia como tal, por sí misma, no iba a hacer nada porque empezaba a comprender de cierto modo que más que mis posibilidades por iniciativa, era también un funcionamiento como neuronal, pues que había que darle un empujoncito a la cabeza para que hiciera lo suyo.” (Participante #8, respuesta 15, 16 y 18)

“Psiquiatría era la que me recetaba pues los medicamentos. (...) Yo me tomaba pues los medicamentos normal, juicioso, por mi mamá que es muy estricta con eso. Y pues por mi interés de irme bien en la universidad.” (Participante #5, respuesta 4)

“Pero al principio a mí no me decían, yo no sabía qué era lo que pasaba sino que ellos me daban las pastillas y ya.” (Participante #5, respuesta 14)

Otra de las subcategorías es la psicoterapia individual, esta es una modalidad del tratamiento que los participantes llevan a cabo ya sea con profesionales en psicología o, como en uno de los casos, con el psiquiatra con quien se lleva el proceso. Aquí se encontró que es un proceso que en la mayoría de los casos comienza posterior al diagnóstico, sin embargo, las condiciones de este se ven influidas por el sistema de salud público o la posibilidad de llevarlo a cabo de manera particular. En esta subcategoría se contempla mayormente los aspectos como

duración, frecuencia ya que son mencionados por algunos participantes como componentes importantes de la psicoterapia, a razón de su funcionalidad y efecto.

“E: Y ¿hace cuánto llevas el proceso psicoterapéutico? P#1 (15): Eh, es algo muy irregular porque la eps tiene las citas más o menos cada 3-4 meses, pero llevo como desde los 14 años como tal en un proceso” (Participante #1, respuesta 15)

Eh, pues desde que empecé como ya con el psiquiatra, que me empezaron a medicar y ese tipo de cosas, desde eso ya ha habido como una regularidad en ese sentido. (Participante #4, respuesta 16)

(...) en este momento con el psiquiatra que estoy, que ya llevo como 4 años, por ahí 3 años y algo, eh, pues el man es como muy teso o por lo menos conmigo le ha funcionado la cosa y me ha tenido bien en eso. (Participante #4, respuesta 40)

“Bueno, primero, lo primero fue iniciar con la terapia (...) E: Ajá. ¿Y la terapia sí la comenzaste inmediatamente, con la EPS? - P#3(14) No porque la EPS me daba citas muy, como muy lejos pues, como cada dos meses o cada tres meses y yo sentía que eso no era lo que yo necesitaba, porque yo necesitaba una persona... y que además estaba la posibilidad de que me cambiaran de terapeuta, y pues, qué sentido tiene que uno vaya a un terapeuta diferente cada dos meses, tener que iniciar de nuevo, como la misma cosa cada dos meses nunca iba a avanzar, entonces lo hicimos particular” (Participante #3, respuesta 11 y 14)

“No, pues yo he intentado conseguir las citas pero es difícil como acceder a esos tratamientos, entonces pues yo en sí cuando me mandaron los medicamentos cuando salí estuve tomándolos juicioso por ahí dos semanas y ya después cuando se me terminaron no volvía a pedirlos ni a renovar las órdenes. Entonces no seguí con el tratamiento.” (Participante #6, respuesta 10)

También hace parte de esta categoría la hospitalización, esta subcategoría se presenta en dos de los participantes y hace referencia a los casos en los que los síntomas o conductas relacionadas con el trastorno llevaron a la necesidad de pasar un tiempo internados en instituciones psiquiátricas. En ambos casos, posterior a esta hospitalización, o durante esta, fue que se realizó el diagnóstico de los determinados trastornos.

“A los 18 años me intento suicidar la primera vez, eh, y en ese momento me llevan al hospital psiquiátrico donde me diagnostican” (Participante #2, respuesta 8)

“El diagnóstico que me dieron primero, pues, en realidad no me dieron como un diagnóstico como tal sino que, estuve internado un tiempo en observación y pues siempre me revisaba una persona diferente y daba un diagnóstico diferente (...). (Participante #6, respuesta 5)

Finalmente, entre las subcategorías se describe un tipo de tratamiento denominado otro, este resultó debido a la experiencia de uno de los participantes, en la cual posterior al diagnóstico e intentar tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, implementó una alternativa que sí bien no está guiada por profesionales de la salud, ha significado resultados terapéuticos para él. Esta alternativa consiste en llevar un proceso el cual se enmarca lo que él denomina “transgeneracional” por medio de la ayuda de un profesor que ha pasado por experiencias similares. En este caso, el participante presenta una condición médica que atribuye a la somatización por un malestar psicológico relacionado con la ansiedad. El participante refiere que llevó a cabo distintos procesos psicoterapéuticos con psicólogas y con psiquiatras, uno de estos tuvo efecto ante la demanda por un tema relacionado con su situación académica de aquel momento, sin embargo los demás no continuaron por razones monetarias y finalmente porque encontró más sentido en abordar lo que le sucedía por medio de lo que le proponía su profesor.

“Pues yo la primera experiencia que tuve con psicología, eh, asistí a una psicóloga y al mismo tiempo a una psiquiatra. Y a la psiquiatra solamente fui una vez y ella me diagnosticó, me pre diagnosticó pues para después posteriormente hacerme unos exámenes; como trastorno de ansiedad. Pero que había que hacerme unos exámenes que yo no me quise hacer. Me mandó unas pastillas y no me las quise tomar. Y después seguí con la psicóloga y trabajé un tiempo.

Eso fue hace como tres años.” (Participante #7, respuesta 8)

“Ya después no continué con ella y como después de tres/cuatro meses, más o menos, eh, o sea fue corto. Ya después como a los dos años después, o sea, hace seis meses más o menos, o 7, 7/8 meses, eh, fui donde otra psicóloga, muy diferente, que maneja es psicología dinámica.”

(Participante #7, respuesta 9)

“(…) y como a mí me costaba eso en dinero, entonces llegó un punto en como que me estaba viendo alcanzado y justo en ese punto coincidió con que conocí a un profesor de la universidad que no es psicólogo pero que quiso trabajar conmigo por la experiencia que él tiene porque yo empecé a sufrir de una enfermedad que se llama una urticaria crónica que es una alergia”

(Participante #7, respuesta 10)

“Y él (el profesor) de una “vos tenés que trabaja desde los transgeneracional, desde buscar por ejemplo cómo fuiste concebido”. Desde otro proceso muy distinto, desde hablar mucho, hablar, hablar.” (Participante #7, respuesta 13)

“Entonces empezar como a descubrir cosas ahí que hacían que, claro, yo en ese momento yo lloré todo eso y me hacían perdonar más fácil como eso que pasaba (Participante #7, respuesta

14)

En esta categoría se evidencia entonces cuáles son los tratamientos a los que recurrieron los participantes una vez se realizó el diagnóstico. Si bien es una experiencia que para algunos ha resultado grata en la medida en que es posible, para otros es algo a lo que no pueden acceder o representa mucha dificultad en términos de la frecuencia de la atención y el personal que los atiende. También resalta la posición que toman ciertos participantes frente a los medicamentos y su adherencia al tratamiento.

Emociones frente a lo que le sucede.

En esta categoría se agrupan las emociones más significativas que refirieron sentir los participantes ante lo que les estaba sucediendo respecto al diagnóstico. Si bien algunas de estas son de casos particulares, representan un papel importante en la medida de cómo los participantes significan esta experiencia.

Dentro de las subcategorías se encuentra la de las emociones negativas, la mayoría de las emociones referenciadas por los participantes hacen parte de este grupo, a excepción de una la cual le mencionará en la otra subcategoría. En primera instancia se describirán aquellos casos en los que se encontraron emociones compartidas tales como el susto (miedo), la incomodidad, la frustración, el malestar y la vergüenza. Estas emociones surgen ante la experiencia que se está atravesando ya sea en relación al diagnóstico en sí mismo, a cómo se sienten en el espacio o a lo que implica el diagnóstico como la toma de medicamentos.

“Exacto, porque pues obviamente todo es muy, pues, cuando a uno le dicen eso como nea qué susto, y ya pues como con la psicóloga yo le dije como no, yo que me siento muy incómoda que me tenga que decir que me tengo que medicar porque me siento mucho más rara...”

(Participante #3, respuesta 16)

“Yo salí (del hospital psiquiátrico) la verdad muy contento porque ya pues, yo estaba asustado.” (Participante #6, respuesta 21)

“Para mí sí significa algo porque, no, a mí me pasó y es algo que a veces es difícil de afrontar y pues, no sé. Gracias a mi familia y también a mí en cierta medida, pude darme cuenta de que en realidad era como una enfermedad, si se puede llamar así, o algún tipo de trastorno, algo que me tocó vivir, y no, fue una experiencia como en cierta medida eh miedoso, o no sé cómo describirla.” (Participante #6, respuesta 25)

“Y pues eso a veces se siente mal porque no encuentra como las formas de hacer los cambios o de mejorar eso” (Participante #6, respuesta 40)

“No, en el espacio yo me siento siempre incómoda, porque no sé si es por, no sé por qué pero yo siempre tengo la necesidad constante de preguntar, de hacer intervenciones, de de no quedarme con la duda, de participar siempre” (Participante #2, respuesta 69)

“Pues es incómodo porque, pues yo siento que hay, pues, que uno debería tener el derecho de decir como... pues que tengo ese tipo de cosas y que interfieren con mi vida normalmente como interfiere fracturarme un brazo. Pero sé que no lo puedo hacer porque la gente empieza a decir como “ay, pero es que “sultanito de tal” no tiene tal cosa y viene y lo hace o Peranito hace tal cosa”. Y es como pues, o sea uno no puede poner todo en un mismo nivel, porque no lo está. Entonces es como que eso a veces me, pues, sí me genera muchos problemas, es como pues, me siento incómoda y me siento como que a veces hay cosas que son como injustas a ese respecto” (Participante #3, respuesta 76)

“Porque sentía que la mayoría de los medicamentos me colocaban más nerviosa y la sertralina, la sertralina no, la risperidona tenía muchos efectos secundarios en el cuerpo súper malucos,

pues era como sudoración todo el tiempo, sueño, la boca seca, era súper incómodo.”

(Participante #8, respuesta 18)

“(…) también porque iba a hacer un viaje supuestamente para Estados Unidos para trabajar como niñera, eh y con el tra... con el diagnóstico de bipolaridad no me dejaban entrar, depresión era más pasable y de algún...eso fue como el detonante, como las guevas, es que mirá, ya me estoy perdiendo de mucho simplemente pues, por tener algo que que no me identifica”

(Participante #2, respuesta 19)

“Pues, yo creo que ha ido evolucionando con el tiempo...porque al principio yo siento que me daba pena...Como “huy, qué horror”, pero después con el tiempo es darte cuenta que eso no es como todo lo que soy” (Participante #3, respuesta 24)

Entre las demás emociones mencionadas por los participantes y que resultan importantes en cuanto a la descripción de su experiencia se encuentran la confusión, la incertidumbre y la inseguridad. Estas son referidas por la participante #1 ante la poca precisión de su diagnóstico

“No lo sé, porque es muy confuso, porque pues mi vida como tal ha tenido muchos cambios, pero se supone que hay algo que siempre ha estado fuerte. Pero el hecho de que ni yo misma ni los profesionales del tema puedan definirlo, lo hace como muy confuso” (Participante #1, respuesta 19)

“Incertidumbre. Aunque, o sea, a estas alturas, con mi edad, realmente quiero saber qué es lo que pasa para poder ser una persona más funcional en la sociedad, y que todas las debilidades que tengo y todas las cosas que me pasan que van más allá de mí, como mi cuerpo y mi cerebro, sean, se puedan controlar, porque sé que es algo que va estar presente toda mi vida, entonces quiero aprender sobre ello, para poder manejarlo mejor.” (Participante # 1, respuesta 20)

“(…) pero no, como tampoco es algo seguro, no, cómo voy a hablar con propiedad sobre ello si ni siquiera sé si es eso.” (Participante #1, respuesta 53)

También se encontraron emociones como culpa y tristeza, por parte de los participantes 3 y 8, respectivamente. La primera se genera, según la participante, cuando aquello que siente no parece estar justificado por las condiciones de vida que lleva; en el segundo caso, la tristeza surge ante lo que ha significado para su vida el diagnóstico.

“Pues, no está asociado con lo que siento y que eso hace que uno se sienta culpable. Como “pues, o sea, tengo todo ¿por qué me pasan esas cosas?” Entonces eso a veces como que no ayuda mucho” (Participante #3, respuesta 91)

“Era muy triste hacer una retrospectiva de cómo se sentía uno y de cómo estaba en ese momento como de no poder disfrutar nada, sino que todo genera preocupación.” (Participante #8, respuesta 36)

Por otro lado, se puede describir otra subcategoría como la de emociones positivas, esta solo contiene una emoción descrita por un participante debido a que de todas las emociones referidas es la única que puede ubicarse en dentro de una valencia positiva. El participante #4, en el grupo focal #1, menciona que contar con un amigo con el cual puede hablar tranquilamente acerca de lo que le pasa, le genera bienestar.

“P#4: Pues yo tengo un amigo que es muy amigo mío. Em, pero pues que yo sepa él no tiene ningún diagnóstico. De todas maneras él y yo como que sí concordamos en ciertas ideas frente a esos temas. Entonces no sé, él y yo somos como que nos hablamos de esas cosas.

E: ¿Y a vos cómo te hace sentir tener esa persona con la que podés hablar tranquilamente y en confianza de esas cosas?

P#4: Bien, bien. Pues la verdad eso ayuda.” (Grupo focal #1, participante #4, respuesta 32)

Las distintas emociones descritas por los participantes surgen en la medida en que han significado su propia experiencia y lo que les ha generado. Resalta que la mayoría de emociones sean de valencia negativa.

Cogniciones frente a lo que le sucede

En esta categoría, al igual que en la anterior, las cogniciones que se generan frente a lo que les está sucediendo, varían en la medida en cómo cada participante vive y significa su experiencia con el diagnóstico. Sin embargo se pueden agrupar en dos subcategorías, estas son cogniciones frente a lo que sucede respecto a sí mismo y cogniciones frente a lo que sucede respecto a los demás. Como se indica anteriormente, la primera agrupa todos los pensamientos que los participantes mencionan y que tienen que ver consigo mismos, mientras que la segunda contiene los pensamientos que tienen que ver con los otros, siempre en relación con el diagnóstico y lo que genera.

En la primera subcategoría, cogniciones frente a lo que sucede respecto a sí mismo se encuentran aspectos que incluyen el cómo se percibe la experiencia que están atravesando e incluso como se genera un cambio en la autopercepción

“Mm, desde lo personal como desde el cambio de ideas empecé a formar otra nueva persona y de ahí fue que se desarrolló el desorden alimenticio y una serie de obsesiones y compulsiones. Entonces era una dualidad absoluta de una peleando todo el tiempo de con quién era y de con quien ahora creía que debía ser” (Participante #8, respuesta 42)

“Pues como estaba pequeña, mmm no sabía, yo sabía que había algo diferente, negativo, cosas que otras personas no tenían. Sabía que había algo diferente que era malo y que simplemente no era capaz de lidiar con ello.” (Participante #1, respuesta 21)

“Como que yo después de eso traté de volver a ser lo más parecido posible a como yo era antes de eso. Sí, como escuchas las mismas canciones, eh ir a los mismos lugares, hablar con las mismas personas con las que siempre hablaba, como para tratar de volver a la normalidad.”
(Participante #6, respuesta 36)

“Y dejo de trabajar y como que tengo más tiempo para pensar y analizarme y veo pues que hay muchas cosas mal en mí” (participante #6, respuesta 40)

También se encuentra que varios participantes lo relacionan con un asunto personal de carácter íntimo y por lo tanto evitan hablar mucho de este, o no lo hablan en lo absoluto.

“Exacto, pero o sea, porque no siento que sea pena, sino como que a veces que es algo como tan íntimo, que sí es difícil hablarlo.” (Participante #3, respuesta 102)

“Pues yo creería también como eso. En el medio social es como que cada cual tiene que lidiar con eso que es particular o privado de cada sujeto” (Grupo focal #2, participante #6, respuesta 3)

Otra de las cogniciones respecto a sí mismo es la de querer negar lo que sucede en la medida en que preferirían no tenerlo y por lo tanto acuden a no contarle dentro de lo posible.

A veces me gusta pensar que, eh, no es así, pero muchas personas me han preguntado como sí pasa algo y yo lo niego, pero creo que sí es perceptible aunque, lo que más he trabajado es para que no se perciba. (Participante #1, respuesta 56)

“La verdad casi no. La verdad es que por esas épocas, tipo hasta 2014 finalizando, yo mantuve la depresión siempre muy, muy... pues, como muy escondida, como muy eh, no, que nadie se entere de esas cosas” (Participante #4, respuesta 23)

“Sí pues, es decir, como te digo, eh, a mí casi no me gusta que se enteren de mis cosas y mucho menos de esto” (Participante #4, respuesta 54)

El participante #4 refirió que el diagnóstico y la necesidad de tomar medicamento hacían que se percibiera en ocasiones como enfermo o impedido, lo que le genera una gran frustración

“Lo único también es, lo único que digamos del diagnóstico en general que me ha molestado es el hecho de tomar medicamentos. Pues a veces, yo muchas veces, muchas ocasiones he tenido la sensación de sentirme como un enfermo, como un impedido. Y eso es demasiado frustrante” (Participante #4, respuesta 18)

También se identificaron otras cogniciones como la percepción de vulnerabilidad respecto a su condición frente al medio

“(...) mmm, no me gusta que la gente sepa muchas cosas sobre mí, es, no siento que sea bueno para mí. Les muestro solamente lo que quiero que vean. Eh... a veces me gustaría decir muchas cosas... mi opinión sobre muchas cosas pero esa cohibición me parece que es buena... me hace menos vulnerable entre la gente.” (Participante #1, 61)

En otro caso particular, la participante #3 manifestó que pensaba que poseer ese diagnóstico era una muestra de debilidad de parte suya, algo que le ocasionaba pena además; pero que sí bien fue evolucionando y logró resignificarlo con ayuda de la psicoterapia

“(…) al principio yo siento que me daba pena... “Como huy, qué horror”, pero después con el tiempo es darte cuenta que eso no es como todo lo que soy... O sea, no me tiene que identificar, entonces sí ha dio como cambiando con el tiempo, pero al principio pues era como: qué débil, pero ya.” (Participante #3, respuesta 24)

El participante #6 refirió tener varios pensamientos respecto al diagnóstico que si bien no poseen otros participantes, resultan significativos respecto a su experiencia. Entre estos se encuentra la asociación que hace entre su diagnóstico, o los síntomas del trastorno, con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, la relación que él establece es que estos aparecen una vez suspende el consumo. También manifiesta que el diagnóstico representó una advertencia o alerta respecto a ciertas cosas que podrían estar pasando con él. Además, cree que debido a esto no se encuentra en condiciones para relacionarse de manera afectiva con una pareja.

“Mm, Yo digo que, a veces siento como que si dejo de fumar, de pronto me puede volver a pasar eso. Entonces es como ese miedo ahí con eso” (Participante #6, respuesta 32)

“Pero también a veces es como, no sé, es como una alerta para, para uno darse cuenta de lo complicado que puede ser la mente y todos esos trastornos. Es como, para mí, yo lo tomo como una advertencia algunas veces, como para darme cuenta de que cosas están pasando ahí y no sé, estar como atento a eso” (Participante #6, respuesta 12)

“No. No, pues, recientemente estaba intentado como tener una relación con alguien, pero...pues, es chévere porque no sé, es un sentimiento también y lo hace sentir a uno diferente. Pero pues dialogando así con la persona y todo pues uno se sincera y no, pues se sabe que en realidad uno no está como para eso. Yo a veces siento como que no, no estoy para eso”

(Participante #6, respuesta 35)

La otra subcategoría corresponde a aquellas cogniciones frente a lo que sucede respecto a los demás. En esta medida se identificaron pensamientos que tienen los participantes en relación con su diagnóstico y los demás tales como que se percibe la preocupación por parte del otro como una muestra de interés, o que hay una percepción del otro de carácter negativa por falta de interés sincero. Entre lo más relevantes se encuentra que piensan que la gente no está relacionada con el tema y que por esta razón hay una percepción errónea de los trastornos mentales, que a los demás se les dificulta comprender realmente lo que pasa y reaccionar acorde a esto

“(...) porque tengo una percepción muy negativa del ser humano y no creo que el ser humano sea capaz de preocuparse genuinamente por algo más que no sea el mismo” (Participante #1, respuesta 63)

“(...) si por ejemplo preguntan si algo sucede voy a pensar inmediatamente que no les interesa sino que solo quieren saciar su curiosidad.” (Participante #1, respuesta 64)

“Porque creen que es de una manera pero realmente no es así. Más que todo, eh, las personas que no padecen de ninguna de esas cosas, son las que tienen la percepción errónea porque realmente no viven como como vive uno.” (Grupo focal #1, participante #4, respuesta 7)

“La sociedad no sabe, la sociedad...pues, si uno lo siente así” (Grupo focal #1, participante #5, respuesta 21)

“Pues es que el discurso de la mayoría de gente siempre es el mismo. Así intenten asumir como una actitud de “estoy aquí, te entiendo”, la mayoría de la gente no está relacionada con los trastornos o creen que estamos locos y vamos a matar a medio mundo o algo así.” (Participante #8, respuesta 52)

En el grupo focal #1 el participante #7 refirió que no se sentía a gusto hablando acerca de su experiencia ya que después de un tiempo de hacerlo empezó a pensar que al hacerlo cargaba a los demás con problemas ajenos, cuando estas personas podrían ya estar sobrellevando sus propios problemas, por lo tanto se había abstenido a hacerlo

“Eh, no sé. Yo llegué un momento donde de estar contando tanto esto, pues que yo lo contaba mucho con, particularmente con dos tres personas, a medida pues que pasaba el tiempo, o días pues de trabajar en lo que estaba, me fui relajando más con eso y ya no hablar más como de eso con esas persona. Pues me di cuenta que ya como que le estaba, o sea, estaba demandando mucho es eso. O sea como que ya se volvía algo como pesado tener que cargar a alguien con algo. Sabiendo que esa persona también tiene sus cosas” (Grupo focal #1, participante #7, respuesta 33)

En esta medida, esta categoría contiene entonces los pensamientos, percepciones y valoraciones que dieron a su experiencia los participantes; tanto respecto a lo que implicaba para sí mismos como a lo que implicaba para los demás. En esta línea también se contemplaron las conductas que surgieron ante la realización del diagnóstico y su impacto, esta categoría se describe continuación.

Conductas frente a lo que le sucede

Esta categoría contiene las actitudes y comportamientos que tomaron los participantes una vez se presentaron los síntomas o se realizó el diagnóstico. Estos se agrupan en dos subcategorías las cuales son conductas positivas y conductas negativas.

Entre las conductas positivas se encuentra la exteriorización/comunicación, ya sea del diagnóstico o de las implicaciones que este tiene. Se identificó que esta conducta puede ser dirigida a varias personas, ya sean parte del personal médico y profesional, a sus amigos, a su familia o sus parejas. También se identificó que es una conducta que se lleva a cabo con personas cercanas

(...) supongo que fue a mi primera pareja, mis amigos no lo sabían, Pues no era algo de lo cual hablara. (...) mmm no, no con todos. Con unos fue una conversación que cayó en ese tema y pues sí, dije lo que había pasado pero con el resto no, no es como que se converse al respecto”
(participante #1, respuestas 28 y 41)

“La primera persona fue mi ex porque era como, pues, ya no somos novios, era como el único enterado de cómo se sentía y el único capaz de entender qué era tener un trastorno. Obviamente pues mi mamá iba conmigo a la cita, pero no entraba. Entonces ella sabía pero no sabía. Era como “sí, ella está yendo al psiquiatra pero no sé de qué hablan” y ya.” (Participante #8, respuesta 45)

“Pues no sé, porque en realidad yo simplemente voy como para hablar con alguien allá y al como yo contarle todos los problemas al médico, el médico no sabe qué más decirme”
(Participante #6, respuesta 11)

“Pues antes en lo laboral hablaba pues con mi jefe de eso y algunos compañeros se enteraban y hacía como bromas pesadas acerca de eso. No era como algo bueno de hablar” (Participante #6, respuesta 31)

En algunos casos esta comunicación se presentaba únicamente con profesionales de la salud, ya que no se sentían cómodos al hablarlo con los demás, como familiares o amigos, incluso con la pareja.

“Pues la verdad yo no hablaba con ellos (familia), yo tuve varias crisis en mi adolescencia que me hicieron hacerme mucho daño y siempre estaba muy alterada, tenía cambios de ánimos muy bruscos y mi familia ya no sabía qué hacer, entonces yo nunca hablaba con ellos. La verdad nunca ha habido como una comunicación de ese tipo, incluso después del diagnóstico, nada. De hecho ni siquiera era capaz de decir lo que decía frente a ellos, siempre el acudiente que iba conmigo tenía que salir, así fueran cinco minutos, para poder decir lo que sentía, porque si ellos estaban ahí no era capaz de decirlo.” (Participante #1, respuesta 27)

Pues digamos que con los amigos o las personas del común es como más normal porque yo no siento que se los tenga que decir, pues que se los tenga que avisar. Pero si es una relación de pareja sí siento que es más honesto decírselo, desde, digamos que desde un principio decirle “mira que tengo tal cosa, porque algún día puede que en una semana no quiera hacer nada, no quiera hablarte, porque pasan estas y estas cosas (Participante #3, respuesta 59)

También se encontraron conductas motivadas por buscar ayuda, estas se presentaron como formas de afrontar la situación que estaban viviendo, ya fuese frente a los síntomas o para emprender nuevos retos. También se evidencia como consecuencia del diagnóstico en la medida en que se recurre a otras personas para sobrellevar y tratar la situación.

“Pero pues nunca me dijo, pues, como nada más, solamente como pues, vamos a buscar ayuda a ver qué podemos hacer.” (Participante #3, respuesta 39)

“Al salir del colegio pedí ayuda, le dije a mi mamá pues que necesitaba toda la ayuda posible, porque en la universidad sí necesitaba pasar, no me parecía que iba a ser tan olímpico como el colegio” (Participante #5, respuesta 28)

“Eh, pues, en realidad no he vuelto a tener cita con especialista sino con médico general cuando estoy muy depresivo, cuando estoy muy aburrido voy al médico general a que me receten eh, fluoxetina. (...) Pues no sé, porque en realidad yo simplemente voy como para hablar con alguien allá y al como yo contarle todos los problemas al médico” (Participante #6, respuesta 6 y 11).

La otra subcategoría se denomina conductas negativas, esta contiene aquellos comportamientos o acciones que se llevan a cabo para lastimarse a sí mismos que incluyen actitudes negativas como la agresividad.

En esta línea se evidencia conductas de autolesión e intentos de suicidio por parte de varios de los participantes

“Pues la verdad yo no hablaba con ellos, yo tuve varias crisis en mi adolescencia que me hicieron hacerme mucho daño y siempre estaba muy alterada, tenía cambios de ánimos muy bruscos” (Participantes #1, respuesta 27)

“Y, y entonces, pues se dieron cuenta y además yo también tenía unas laceraciones que me había hecho, entonces eso fue un problema pues el hijuemadre” (Participante #4, respuesta 30)

“Yo me intenté suicidar tres veces seguidas en el mismo año, los intervalos eran de 1 – 2 meses mientras salía del mental y volvía a intentarlo.” (Participante #2, respuesta 15)

“De hecho, em, ellos, pues en mi casa como que se enteraron así como tal que la cosa estaba grave, porque a mediados de 2014, el 10 de julio de 2014 yo me intenté matar por la noche.”
(Participante #4, respuesta 29)

Se encontraron dos conductas que en sí mismas no pueden ser calificadas como positivas o negativas pero que son significativas dentro del comportamiento de los participantes respecto al trastorno. Entre estas están las conductas de autocontrol. Estas se presentan cuando los participantes en cuestión realizan acciones con el fin de controlar comportamientos relacionados con su trastorno, ya sea con el fin de que no sea evidente para los demás o para sentirse más en control de sí mismos.

“Yo diría que es como a.... cuando pierdo el control de mí... y soy yo. Cuando soy yo, se dan cuenta. Entonces debo siempre intentar no ser tan yo.” (Participante #1, respuesta 59)

“Por ejemplo para no pararme del puesto, en el colegio manejaban agenda, y era gorda y pesada. Entonces lo que hacía era sentarme en el pupitre y ponérmela en las piernas. La agenda como era acolchonada me calentaba los muslos, cuando yo sentía que, o sea, si yo me fuera a parar sentía el frío y ese frío me recordaba que no me debía parar del puesto.” (Participante #5, respuesta 25)

Por último, se encontraron dos casos en donde el cambio de hábitos fue una conducta que se llevó a cabo en uno de los participantes como forma de tratar y sobrellevar los síntomas y

buscar cierto bienestar; en el otro caso se presentó como consecuencia de los síntomas pero de una forma que afectó su bienestar.

“Claro, me ayudó mucho esas otras ayudas pues como desde los cambios de hábitos, que esa pastilla” (Participante #7, respuesta 21)

“Sí, yo creo que... a raíz de las cosas que me genera la ansiedad, se empezaron a crear unas compulsiones, entonces era una rutina diaria que afectó también la parte académica porque... por decir algo, me bajaba caminando desde mi casa y acá entraba uno hora y entrenaba en el gimnasio y yo entraba a clase y todo el tiempo estaba pensando como “tengo que salir otra vez a hacer ejercicio” y pensando en qué iba a comer y qué no me podía comer en el día y luego buscar el horario en el que podía seguir haciendo más ejercicio y adquirí una costumbre pues que he intentado dejar, que es hacer una cuenta numérica mental.”

(Participante #8, respuesta 43)

El participante #4, en el grupo focal #1, referencio que ante la respuesta del entorno respecto a su diagnóstico, ante la percepción social que se tenía de los trastornos mentales; tomaba una actitud de indiferencia frente a los demás. En la medida en que no daba importancia a los comentarios o actitudes de los otros.

“Pues la respuesta mía siempre ha sido con “no me importa”. La verdad no me...”

(Grupo focal #1, participante #4, respuesta 13)

Las categorías anteriormente descritas son las que involucran al diagnóstico y sus implicaciones, además de su influencia en los componentes de la esfera individual de los participantes, como sus emociones, pensamientos y conductas. Las categorías que se describen a continuación contienen las implicaciones que conlleva el diagnóstico en esferas más interpersonales.

Ámbitos impactados

En esta categoría se describen aquellas esferas de la vida de los participantes que de alguna forma se vieron afectadas por el diagnóstico y lo que este implicó. En esta medida los ámbitos impactados fueron el familiar, el interpersonal, el académico, el laboral y el de las relaciones de parejas, los cuales se describirán a continuación como subcategorías.

En primera instancia se encuentra el ámbito familiar, este se vio impactado en su mayoría a razón del desconocimiento por parte de los familiares sobre lo que es un trastorno mental. En algunas familias representó un momento de dificultad en un principio pero también cumplió la función de mejorar las relaciones familiares en función de la comunicación.

“Yo soy la enfermita de la casa, yo soy la que todo el mundo sabe que está loquita, por la que nadie se preocupa. “Ay se intentó, ahg, que cagada, se intentó suicidar, no, pero yo tengo que ir a trabajar, después la visito, después miro a ver”” (Participante #2, respuesta 40)

“Obviamente los primeros síntomas que eran o dormir mucho o no dormir mucho, comer muy poco o comer mucho, pues, eso primero afecta como el entorno familiar ¿no?, porque ellos son los que primero se dan cuenta.” (Participante #3, respuesta 34)

Pues mi hermana también era como no, pues vamos a ayudarla, vamos a ver qué le dicen, qué cosas hay que cambiar en la casa, o cada uno pues como personalmente en su relación con X. Y mi papá sí era como que pues, como que no entendía mucho qué era lo que pasaba, qué era esto, pero también como que ofreció su apoyo pero más como en “bueno, vamos a buscarle quién le ayude, a llevarla, pero nunca como que voy a intervenir directamente” (Participante #3, respuesta 41)

“Pues la verdad mejoró en cierta medida, porque yo casi no hablo con mi mamá, todavía casi no hablamos; pero después de eso yo pude hablar con ella y decirle muchas cosas que a mí me molestaban de la familia y muchas cosas que yo también quería cambiar” (Participante #6, respuesta 26)

“Pues con mi mamá digamos que la comunicación intentó mejorar porque ella entendió que todo lo que los demás podían hacer o decir me afectaba en el sentido en que era algo en lo que yo iba a estar pensando constantemente y que podía desencadenar otras serie de cosas. Entonces el trato cambio, hubo más pues una comunicación como más fluida, empezamos a pensar más en el otro y así.” (Participante #8, respuesta 48)

La otra subcategoría es la del ámbito interpersonal, este se ve impactado en la medida en que los participantes llevan sus relaciones interpersonales en relación al diagnóstico psicológico. En algunos casos, los participantes refieren que prefieren no hablar de esto con los demás, pero que existen algunas relaciones cercanas con las que sí se aborda el tema. En la mayoría de los casos este ámbito no se ve afectado ya que hay una respuesta positiva por parte de los demás, en la se percibe comprensión, apoyo e interés. En otros casos, aunque no hay respuestas de este tipo, no se manifiesta que haya una afectación en las relaciones, a excepción de dos casos que refieren que algunas personas al enterarse del diagnóstico cambian o se alejan.

“(…) a mi mejor amigo, él fue el primero en saber absolutamente todo y ya con él empecé a descubrir que me podía abrir con el mundo, porque él no corrió, él se quedó.” (Participante #2, respuesta 48)

(…) espero que se den cuenta (a que los demás se den cuenta del diagnóstico), siempre, y también con las bromas, porque yo manejo un humor muy negro con mi condición, entonces me burlo constantemente de mí misma y también eso hace notorio.” (Participante #2, respuesta 51)

“Muchas personas se escandalizan, otras toman la misma tónica que yo, entonces es muy bonito, porque por ejemplo me empieza a dar ansiedad y, y (risas) en vez de salir corriendo como lo hace todo el mundo de “hijueputa, esta vieja está loca” empiezan como: “ahg, esta gonorra ya va a empeza”r (risas) entonces son maneras muy bonitas de ir llevando las cosas”

(Participante #2, respuesta 52)

“Varias. Varias personas (saben del diagnóstico). También tuve con amigos muy cercanos, pues, que yo les conté. Hay una que por ejemplo no lo entendía muy bien y no lo apoyó (...) Eso es raro, pero yo lo he contado, lo he contado así sea que me hable o no con esa persona luego, pues lo he contado, como he recibido apoyo como también he recibido como indiferencia, pero era como normal pasar por eso.” (Participante #7, respuesta #32)

Eso ha sido muy difícil. Porque de hecho los amigos más cercanos, uno siente el apoyo. Pues, no, digamos que de al menos de tres amigos así cercanos, que una ya por ejemplo en este momento yo ya digo “no”. Por ejemplo yo ya siento que perdí amistad con ella. De otro que sentí mucho apoyo, lo sentí más como el apoyo desde la palabra, pero no desde los hechos, porque es una persona que me debe un montón de plata, que no me vuelve a escribir, que se ha ido alejando. Pero cuando yo le cuento es como “ah, no, parece, qué bien”, pero se queda ahí. Y la otra persona que, que le he contado, es una persona que se parece mucho a mí, que digamos, que me entiende bastante, o sea como que sí siento. Pero sin embargo, sí hay algo como que así sea que me apoyen o no, siento que sí se alejan. (Participante #7, respuesta 42)

“Pues, yo creo que más que yo lo converse con ellos (las personas que saben del diagnóstico), es como que la gente tiene muchas dudas al respecto, entonces pues, tienden a preguntarle a uno, como cuando lo ven diferente como “¿estás bien?” “¿algo pasa?” o preguntarle a uno como “ay, ¿y si tienes depresión entonces por qué no estás llorando?” o “¿si tienes depresión por qué te estás riendo?” (...) Como ese tipo de cosas, pero no siento que nos sentemos a conversar

como “ay mira en la terapia me di cuenta tal cosa, tal otra...” no, sino que a veces uno también se vuelve referente para que ellos se acerquen y te pregunten como “ay tengo este problema o me siento así ¿crees que debería ir a terapia, tú que consideras?” pero no siento pues que no sentemos a conversar como de “ay esto me está pasando, esto lo hablé tal día y descubrí esta cosa o esta otra””. (Participante #3, respuestas 54 y 55)

“Ha mejorado porque ahora sé muchas más cosas y comprendo muchas más cosas que las que comprendía antes. Eh, como muchos protocolos sociales, mi mayor debilidad diría que es como leer a las personas y lo que realmente quieren decir, para mí es muy confuso, con los años he aprendido, he leído, he visto y he experimentado. Y soy como un poquito más empática y eso ha mejorado.” (Participante #1, respuesta 46)

La siguiente subcategoría es la de las relaciones de pareja, esta se hizo a parte del ámbito interpersonal ya que comprendía ciertas características como que algunos de los participantes preferían contar acerca del diagnóstico en pro de la naturaleza de la relación y porque recibían un apoyo diferente.

“Pues digamos que con los amigos o las personas del común es como más normal porque yo no siento que se los tenga que decir, pues que se los tenga que avisar. Pero si es una relación de pareja sí siento que es más honesto decírselo, desde, digamos que desde un principio decirle “mira que tengo tal cosa, porque algún día puede que en una semana no quiera hacer nada, no quiera hablarte, porque pasan estas y estas cosas”. Pero yo siento que con amigos como que no, no es necesario, pues o no se hace como urgente que el otro lo sepa. Pero con mi pareja sí, como que pues, toca sí o sí decirlo, porque pues es necesario que él lo sepa o ella lo sepa.” (Participante #3, respuesta 59)

“Yo diría que bastante complicadas (las relaciones de pareja). Pues hay muchas cosas que hago y que pueden herir a la gente y yo no me doy cuenta de que eso puede herir a la

gente... y pues bueno las relaciones son parte de confiar en el otro, de comprenderlo, de ayudarlo y si no me dicen las cosas como tal que sienten yo jamás las voy a inferir, entonces no soy como una muy buena compañía. Y en cuanto la confianza, me cuesta muchísimo confiar en alguien, así que por ese lado también es complicado.” (Participante #1, respuesta 67)

“No era, pues, yo nunca he sido como de muchos amigos entonces no me afectó por ese lado, pero sí tenía pareja y al principio era muy complicado porque él sufre de TOC, el de él sí es un TOC así súper azarosisímo, entonces él sí había unas cosas que entendía, pero había otras que no sé si no entendía o se así o qué; pero con lo del desorden alimenticio había un problema constante porque todo el tiempo me recriminaba, por ejemplo, que ya estaba muy delgada y mi imagen mental era otra. Entonces eso todo el tiempo creaba conflicto.” (Participante #8, respuesta 42)

“No. No, pues, recientemente estaba intentado como tener una relación con alguien, pero...pues, es chévere porque no sé, es un sentimiento también y lo hace sentir a uno diferente. Pero pues dialogando así con la persona y todo pues uno se sincera y no, pues se sabe que en realidad uno no está como para eso. Yo a veces siento como que no, no estoy para eso”
(Participante #6, respuesta 35)

En la subcategoría del ámbito académico, se encontró que este en algunos casos se ve afectado debido a la sintomatología del trastorno, ya que no es posible responder con las demandas académicas y esto afecta el rendimiento en esta área, sin embargo los participantes no encuentran factible hablarlo con los docentes y en caso de hacerlo no se sienten cómodos con la respuesta que reciben por parte de estos.

“Entonces era la academia, que yo ya dormía, que no comía, que yo ya todo el tiempo estaba pensando en cosas, que no era capaz de salir. Pues no era capaz de hacer un montón de cosas que afectaron absolutamente la cotidianidad.” (Participante #8, respuesta 29)

“Se empezó a ver reflejado cuando retomé, pues, yo ese año siguiente al colegio, no estaba como tal matriculada en la universidad como estudiante regular, sino en cursos semipresenciales; y me daba cuenta que por estar pensando en cosas varias, divagando, no estaba prestando atención a absolutamente nada. Entonces todo lo que tenía que ver con el ámbito académico se fue al piso porque no me concentraba en absolutamente nada. O ya no quería comer o quería comer mucho, entonces el desbalance en el cuerpo, la apariencia física, el dejar de lado las relaciones sociales porque ya, ya uno está aburrido con todo.” (Participante #8, respuesta 37)

“Pues, yo creo que sí. O sea, por ejemplo siento que, obvio, pues porque a mí nunca me van a incapacitar porque esté en medio de una crisis o no me van a decir como “ay no presentes el examen” porque estoy en medio de un ataque de pánico” (Participante #3, respuesta 72)

“Pues es incómodo porque, pues yo siento que hay, pues, que uno debería tener el derecho de decir como... pues que tengo ese tipo de cosas y que interfieren con mi vida normalmente como interfiere fracturarme un brazo. Pero sé que no lo puedo hacer porque la gente empieza a decir como “ay, pero es que “sultanito de tal” no tiene tal cosa y viene y lo hace o Peranito hace tal cosa”. Y es como pues, o sea uno no puede poner todo en un mismo nivel, porque no lo está. Entonces es como que eso a veces me, pues, sí me genera muchos problemas, es como pues, me siento incómoda y me siento como que a veces hay cosas que son como injustas a ese respecto” (Participante #3, respuesta 76)

“Eh, de lo que llevo en la carrera, sí he necesitado mucha ayuda por ejemplo de asuntos estudiantiles, de bienestar. Em, y de hecho pues he tenido dos ocasiones que hablar con ellos.” (Participante #5, respuesta 2)

La última subcategoría abarca el ámbito laboral, solo dos de los participantes vieron afectada esta área ya que en sus respectivos trabajos hubo cierta respuesta cuando se conoció su diagnóstico. Entre estas se encuentran comentarios de burla y la desacreditación.

“Negativos. En el trabajo alguna vez estábamos hablando. Hay un chico en particular que se nota que está trastornado por algún motivo y él trabaja acá y se iba a suicidar, y era así “no obedezco en nada” pues, es una cosa de locos. Y alguna vez en el comedor yo hice un comentario como de que ese tipo de situaciones eran normales, pues que había gente que tenía sus rollos y ya. Entonces alguien opinó que yo qué iba a saber, y yo le dije “es que yo entiendo porque yo también soy paciente psiquiátrica”. Entonces –dijeron- “¿ay, entonces usted toma medicamentos para la loquera”? Entonces yo le dije “sí, yo tomaba medicamentos, yo entiendo cómo funciona”. Y después de eso los comentarios como que yo hago al respecto y ella responde, son como “¿vos qué vas a saber si estás loca?”” (Participante #8, respuesta 64)

Pues antes en lo laboral hablaba pues con mi jefe de eso y algunos compañeros se enteraban y hacía como bromas pesadas acerca de eso. No era como algo bueno de hablar porque era como “ah, esquizofrénico. Ah, sí, loco”. (Participante #8, respuesta 31)

Pues yo una vez fui al médico y yo le dije que no quería ir a trabajar, que me sentía muy mal, que estaba muy aburrido para que me dieran una incapacidad. Y ahí en la incapacidad pues decía lo del trastorno mixto de ansiedad y depresión y pues yo le di la incapacidad al jefe y él empezó a hablarme de eso y que yo no sé qué. Pero yo luego le comenté como a uno compañero de la oficina y eso y no empezaron como “huy, con razón. Yo a ese man lo veo raro a veces. Que yo no sé qué. Con razón esos pensamientos o esos comentarios”” (Participante #6, respuesta 37)

Esta categoría recoge entonces cómo se ven impactados, ya sea de manera positiva o negativa, los principales ámbitos de la vida de los participantes. Si bien no todos se ven afectados en la totalidad de las esferas, sí se evidencia la influencia del diagnóstico en alguna de estas. La

siguiente categoría enfatiza la respuesta del entorno que reciben los participantes cuando los otros se enteran del diagnóstico psicológico que poseen.

Respuesta del entorno

En esta categoría se encuentran, a modo de subcategorías, las respuestas que perciben los participantes por parte de los demás, una vez se dan cuenta del diagnóstico. Estas respuestas se obtienen de los diferentes ámbitos como el familiar, el interpersonal o el laboral. Las subcategorías son las siguientes

Una de las respuestas es la de indiferencia, esta se recibe por parte de familiares o conocidos y se da en la medida en que no se muestra ningún interés o importancia por el diagnóstico o lo que este implique

“Yo soy la enfermita de la casa, yo soy la que todo el mundo sabe que está loquita, por la que nadie se preocupa: “Ay se intentó, ahg, que cagada, se intentó suicidar, no, pero yo tengo que ir a trabajar, después la visito, después miro a ver.” (Participante #2, respuesta 40)

“Eso es raro, pero yo lo he contado, lo he contado así sea que me hable o no con esa persona luego, pues lo he contado, como he recibido apoyo como también he recibido como indiferencia, pero era como normal pasar por eso.” (Participante #7, respuesta 32)

Uno de los participantes, en el grupo focal #1, refiero esta indiferencia como una falta de empatía por parte de los otros, lo asocio a la vida individualista que se lleva

“Sí, pasa mucho eso. Como que la sociedad pierde, por muchas cosas, pierde la empatía. No entiende al otro, no, pues, está con un montón de cosas ahí, demás que hasta también enfermos, estresados, también con un montón de cosas. No escuchan tal vez, entonces no le importa. Pues, no sé si es lo que...algo como parecido.” (Grupo focal#1, participante #7, respuesta 13)

“Para ellos, ellos son del tipo de personas que no confían mucho en esos diagnósticos, hasta pareciera que no les importara, de hecho, por ejemplo prefieren que no tome los medicamentos, dicen que si pongo de mi parte todo va a estar bien, como que en realidad no comprender la magnitud real de las cosas, simplemente dicen que es bobada mía, que es una etapa.”

(Participante #1, respuesta 32)

Esta última respuesta también contiene parte de la siguiente subcategoría la cual es responsabilizar al sujeto. En esta se encuentran comentarios donde se le dice al participante que su condición depende de sí mismo y que debe hacer más de su parte para sobrellevar la situación, además de atribuir al sujeto las causas de su diagnóstico.

“(…) dicen que si pongo de mi parte todo va a estar bien, como que en realidad no comprender la magnitud real de las cosas, simplemente dicen que es bobada mía, que es una etapa.”

(Participante #1, respuesta 32)

“Para ellos era que yo tenía un espíritu, o que o que yo estaba maldita o que la familia estaba maldita y de hecho me acuerdo que una vez en mi casa me dijeron: X es que nosotros no progresamos por toda esa mierda que carga usted espiritualmente. Nosotros somos pobres porque usted tiene algo pegado, nosotras no avanzamos es porque usted tiene algo pegado. Entonces recayó en mí la responsabilidad de que en mi casa no hubiera... efervescencia en cuestión de dinero, o sea (...) Exacto. Yo era la culpable porque yo tenía un espíritu. Y me intentaron sacar ese espíritu de todas las maneras más traumáticas de la vida y pues, el espíritu nunca salió (risas).” (Participante #2, respuestas 43 y 44)

“Pues, digamos que en mi familia siempre han sido muy dados a la mentalidad de “no, el estrés y eso se cura empezando por uno mismo, tranquilízate, relajáte, pensá bien las cosas, y ya”

(Participante #8, respuesta 29)

“Y para mí mamá todo eso es como súper normal, como “neh, eso se le va a pasar. Eso es la edad”. Entonces era muy incómodo porque no, no entendían cuando uno no se sentía bien y era como “ay, pero deje la bobada, pero es que usted no quiere hacer nada por mejorar” No puedo.” (Participante #8, respuesta 39)

La otra subcategoría contiene las respuestas de incredulidad, estas se dan cuando los demás desmeritan la opinión de los participantes o no creen en lo que estos refieren

“Parce, literal estás completamente impedido, cuando vos estás en un estado de tristeza extremo vos no sos capaz de nada, entonces toca justificar y no es justificar, es argumentar mi condición frente a lo que ellos perciben de cómo debería ser el mundo, o sea, yo funciono de una manera diferente en muchas situaciones, me toca siempre argumentar y muchas veces lo toman como excusas, lo toman como jueguitos, lo toman como, como cualquier cosa poco seria y muy pocas veces me dan un lugar.” (Participante #2, respuesta 67)

“Exacto, que uno tiene que además de mostrar un reporte médico, un soporte psicológico y psiquiátrico, sino que además tienes que mostrar que en realidad sí eres miserable para que el otro de crea, como que “ay, pues bueno, sí””. (Participante #3, respuesta 82)

“Eh, no Pues yo le comenté a algunas personas y muchos no creyeron ni siquiera, como “no...” Y porque yo también he sido como muy distante de las relaciones sociales, entonces como que no le di mucha importancia” (Participante #6, respuesta 28)

“Pues mi hermana sigue como sin creerse mucho el cuento. Y no sé realmente cuál sea la preocupación de mi mamá que la llevó a verse un poco más interesada, pero tampoco está relacionada con ese tipo de cosas, entonces no entiende pero intenta. Peor es nada.”

(Participante #8, respuesta 40)

La siguiente subcategoría es la de negación, esta se da cuando por parte de los demás no hay una aceptación del diagnóstico o de la situación que se está pasando y hay una preferencia por atribuirlo a otras causas. La participante #1 refiere que en un principio la respuesta por parte de la familia fue de total negación, pero que a través de los años se ha llevado a cabo un proceso de comprensión

“Lo negaron. Y aún lo niegan” (Participante #1, respuesta 34)

“Al principio no, pero con los años y con todas las crisis que he tenido poco a poco se han vuelto más comprensivos.” (Participante #1, respuesta 35)

“No, ellos se negaron mucho, ellos se negaron mucho y decían que lo mío no era depresión sino que eran espíritus” (Participante #2, respuesta 41)

En referencia a lo que manifiesta la participante #1 en su respuesta 35, surge una de las subcategorías que es la de comprensión/no comprensión como respuesta del entorno. Esta se da en la medida en que los demás tienen la capacidad de asimilar, o no, la situación del participante.

“Primero, sí. Primero cuando, pues primero cuando volví (cuando regresó a su casa después de estar internado), sí notaba cosas, pero yo creo que era porque todavía estaba bajo el efecto de esos medicamentos y muchas cosas, sí sentía como algo maluco. Pero, no. Yo no creo que hayan en ese momento como resentimientos o cosas por eso. Porque fueron muy comprensivos la verdad todos.” (Participante #6, respuesta 27)

“Pues mi hermana también era como no, pues vamos a ayudarla, vamos a ver qué le dicen, qué cosas hay que cambiar en la casa, o cada uno pues como personalmente en su relación con X”

(Participante #3, respuesta 41)

Y para mí mamá todo eso es como súper normal, como “neh, eso se le va a pasar. Eso es la edad”. Entonces era muy incómodo porque no, no entendían cuando uno no se sentía bien y era como “ay, pero deje la bobada, pero es que usted no quiere hacer nada por mejorar” No puedo.

(Participante #8, respuesta 39)

O sea, yo no siento la necesidad de decirle a alguien como, pues, “hoy no me quiero levantar”...no. Pero sí siento que las otras personas me lo demandan. Es como “¿pues, por qué no te quieres levantar?” y es como “¿por qué me tienes que preguntar eso”?

(Participante #3, respuesta 81)

“No era, pues, yo nunca he sido como de muchos amigos entonces no me afectó por ese lado, pero sí tenía pareja y al principio era muy complicado porque él sufre de TOC, el de él sí es un TOC así súper azarosísimo, entonces él sí había unas cosas que entendía, pero había otras que no sé si no entendía o se así o qué; pero con lo del desorden alimenticio había un problema constante porque todo el tiempo me recriminaba, por ejemplo, que ya estaba muy delgada y mi imagen mental era otra. Entonces eso todo el tiempo creaba conflicto”

(Participante #8, respuesta 42)

Como otra subcategoría se encontró que una de las respuestas que se recibía del entorno era la de actitud de curiosidad, incluso percibida como morbo. La primera hace referencia a las dudas o inquietudes que manifiestan los demás respecto al tema del trastorno, en cuanto al morbo se referencia que conlleva una actitud más llevada al chisme.

“Pero también siento que son como muchas dudas que surgen en el camino. Como que si algún día pues digamos que estamos en el “bajón”, cuando uno se siente así bah, muy mal, que...pues como que se intriga, como “qué, por qué te pasa esto. Pero si ayer estabas más normal” y es como que a veces uno intenta obligarse a hacer muchas cosas, pero pues llega algún día en el que ya, no puede más. Entonces siento que es más como eso, que se generan como ese tipo de dudas, pero no siento que haya sido como “ay, pues, mera vuelta o qué cosa tan rara”. Sino que se generan dudas respecto a...como a los comportamientos que uno tiene o a las reacciones que uno tiene al tomar las cosas” (Participante #3, respuesta 61)

“Qué, o sea, no te sirve solo el registro, la gente escarbar como que más adentro...y ya no es como una curiosidad porque se interesen en ti, sino que es como un chisme ahí como peye” (Participante #3, respuesta 79)

“Sí... en el colegio, o bueno, solo en la calle, a veces la gente se queda mirando mis cicatrices o muchas veces cuando he tenido ataques de pánico y pues siento como esas miradas de a veces curiosidad o como... no una curiosidad sana, no sabría cómo explicarlo, pero no siento que sea algo, algo bueno.” (Participante #1, respuesta 55)

“Que preguntan porque no les inte... no porque les interese sino porque les da curiosidad, son chismosos.” (Participante #1, respuesta 66).

El distanciamiento es otra de las subcategorías, varios participantes manifestaron que reciben del entorno una respuesta en la que se toma distancia una vez se sabe o se percibe el trastorno. Esto se puede presentar después de una actitud de escandalizada como lo describe la participante #2; o a través del tiempo como lo refiere el participante #7.

“O sea, llega por ejemplo cuando voy a charlar con un man o algo así por el estilo, de entrada lo primero que digo es: oiga, vea, yo tengo esto, esto, esto y esto, por eso me comporto así, así, así y así, sépalo, porque no estoy dispuesta a aceptar que simplemente en el transcurso de

mientras me conocen y se dan cuenta lo que soy se asusten y se vayan corriendo” (Participante #2, respuesta 34)

“(…) Muchas personas se escandalizan, otras toman la misma tónica que yo, entonces es muy bonito, porque por ejemplo me empieza a dar ansiedad y, y (risas) en vez de salir corriendo como lo hace todo el mundo de” hijueputa, esta vieja está loca”, empiezan como “ahg, esta gonorra ya va a empezar” (risas) entonces son maneras muy bonitas de ir llevando las cosas” (Participante #2, respuesta 52)

“Pero en cambio otras sí juzgaban y yo ahí ya sabía, no esta persona...Pues, tampoco me cargaba contra ella, pero con el tiempo se notaba que esa persona se iba alejando y eso es difícil” (Participante #7, respuesta 34)

“Más bien como unos hechos. Como alejamiento. No es una respuesta, pero sí es un hecho. Es como, pues, uno siente eso, entonces pues uno supone que por hecho de haberle dado la información de que uno sufre de algo, por decir, entonces uno siente que vea, con el tiempo es como que la gente se está alejando y es como por tal vez eso. Entonces no es una respuesta directa, pero más bien es, sí, como que un hecho.” (Grupo focal #1, participante #7, respuesta 12).

La desnaturalización es una respuesta que consiste en atribuir otra naturaleza al trastorno que el participante está comentando, se le relaciona con espíritus, la religión, o las energías que maneja la persona. Va ligado a la responsabilización del sujeto en la medida que se le exige al sujeto que se haga cargo de la situación.

“Pues, digamos que en mi familia siempre han sido muy dados a la mentalidad de “no, el estrés y eso se cura empezando por uno mismo, tranquilízate, relájate, pensá bien las cosas, y ya. (...)”

Pues, mi hermanita es como súper hippie, entonces ella es como “ay, deje la bobada, eso se pasa, maneje las energías” (Participante #8, respuestas 29 y 38)

“No, ellos se negaron mucho, ellos se negaron mucho y decían que lo mío no era depresión sino que eran espíritus” “Entonces me hicieron sacrificios con una santera cubana, me iban a enterrar viva, me hicieron exorcismos, mejor dicho, para ellos no era depresión (...)Para ellos era que yo tenía un espíritu, o que o que yo estaba maldita o que la familia estaba maldita y de hecho me acuerdo que una vez en mi casa me dijeron: X es que nosotros no progresamos por toda esa mierda que carga usted espiritualmente”

(Participante #2, respuestas 41, 42 Y 43)

“Yo diría que siempre ha sido como una percepción antinatural del ser humano. Entonces por eso antes, pues, antes de que se estudiara como tal se decía como que estaban embrujados, o eran el diablo, o tenían como algo extraño.” (Grupo focal #1, participante #1, respuesta 8)

La otra subcategoría es la de apoyo/no apoyo que se recibe del entorno. Esta respuesta se da en la medida en que los demás se muestran empáticos con la situación y además hay disposición para ayudar a la persona implicada. Se manifiesta desde la escucha hasta la búsqueda de alternativas para ayudarle al sujeto.

“Pero no un problema, porque en mi casa nunca me han atacado como con eso. No fue un problema como que “agh, este man” sino que “ey, venga entonces qué hacemos, lo ayudamos” ta tta ta y todo. Entonces, igualmente, entonces yo empecé con los tratamientos pues psiquiátricos y eso.” (Participante #4, respuesta 30)

“Pero ellos (la familia) no dimensionaban eso porque yo era muy silencioso. Pues, yo era muy callado, entonces ha sido así. Entonces con mi familia ha sido así, me han ayudado, sobretodo pues mis papás, mis hermanos no han estado como ahí” (Participante #4, respuesta 34)

“Mmm, realmente mi familia ha sido muy tranquila, me apoyan mucho...” (Participante #5, respuesta 12)

“El semestre pasado estaba viendo campos y la perdí y todos me decían, pues me daban el apoyo, me decían “usted puede, usted es capaz”. Eh, todos eran pendientes de mí, me preguntaban” (Participante #5, respuesta 57)

“Y también tengo un amigo que tiene, pues, como el mismo diagnóstico que yo pero el de él ya es como severo o crónico, no sé cuál será el nombre adecuado. Eh, pues a ver, yo siento que con el parcerito que tenemos lo mismo, padecemos lo mismo; lo que ha hecho es más que uno se sienta acompañado, porque uno a veces se siente muy solo y siente como “¿soy la única persona del mundo a la que le pasa esto?”. Y cuando encuentra que hay otras personas que padecen lo mismo y son personas funcionales, aunque a veces les cueste más que a otras o lo que sea, pues uno sí se siente como más acompañado y es como sentir esa empatía, de que alguien se puede poner en tu lugar en serio. Porque hay otras personas que lo intentan pero no...es que cuando uno no siente eso como en su propia piel, no es tan fácil ponerse en ese lugar, porque uno no puede dimensionar las cosas que una persona como yo o como él sienten, sentimos. Entonces yo creo que a ver, la relación sí ha sido más como de esa empatía y de uno sentirse acompañado y de saber pues que él puede recurrir a mí sin sentir que lo voy a juzgar o que no lo voy a entender el todo.” (Grupo focal #2, participante #3, respuesta 9)

Otra de las subcategorías corresponde a la ignorancia frente al tema, varios de los participantes refieren que muchas de las respuestas demuestran el desconocimiento que se tiene

socialmente frente los trastornos mentales, además manifiestan que a partir de esto se dan otros tipos de actitudes que pueden parecer superficiales al momento de abordar el tema o afrontar una situación relacionada con este.

Entrevistadora: En sí es como, ¿cuál es la percepción que ves que tiene la sociedad de las enfermedades mentales o de los trastornos? - P#7: De ignorancia. (Grupo focal #1, participante #7, respuesta 11)

“Pues es que el discurso de la mayoría de gente siempre es el mismo. Así intenten asumir como una actitud de “estoy aquí, te entiendo”, la mayoría de la gente no está relacionada con los trastornos o creen que estamos locos y vamos a matar a medio mundo o algo así.” (Participante #8, respuesta 52)

“O, o es que también es que es muy difícil para alguien que no está metido digamos en esto, entenderlo. Pues yo también digamos los entiendo, pues, ustedes no entienden, sino entienden cómo van a ayudar, así, entonces.” (Participante #4, respuesta 59)

“Pero entonces siento que es más...lo siento que se asocia más con una desinformación que con “ah no, pues, esta me vale huevo lo que le esté pasando”. Pues, no, siento que es más porque la gente piensa, y lo he notado porque obviamente mucha gente me lo pregunta, y es como “¿pero por qué no estás llorando todo el tiempo?”...pues, si estuviera llorando todo el tiempo ya me hubiera muerto, ah, pues, no. Entonces que le gente hace ese tipo de diagnósticos con otras cosas no muy diferentes a lo que en realidad son.” (Participante #3, respuesta 92)

La última subcategoría corresponde a una respuesta que refiere particularmente la participante #2, esta es la de discriminación/rechazo y se presenta cuando, según la participante, es privada de cierto tipo de servicios o de oportunidades por su trastorno. También manifiesta que la percepción que tiene el entorno de ella es a través del trastorno y que no de las

capacidades que tiene, además que por determinadas actitudes que ella presentaba, concernientes al trastorno, no era aceptada como era y por lo tanto rechazada.

Esta última era una respuesta que recibía por parte de las relaciones de pareja que había tenido anteriormente

“Todo el tiempo soy vista como X la que tiene algo que nadie sabe qué es pero tiene algo y no como X ve, esa vieja es persona. Permea mucho mis relaciones con las personas porque de alguna manera tengo una manera de relacionarme que tiende a ser muy diferente, o sea, tiendo a pesar de ser la mayoría de veces como muy explosiva y muy alegre, que son simples mascararas como para ocultar esa miseria que llevo adentro; cuando ataca la ansiedad o cuando ataca los pensamientos existencialistas, cuando ataca la desazón de ser y de estar, cambio completamente y eso para las personas es difícil de llevar porque lloro o me angustió o simplemente no estoy... y para las personas es des es desgastante. No soy vista a partir de mis capacidades, soy vista a partir de si mi condición se equivoca, eso va a ser lo que te va a catalogar de aquí en adelante, pero si lo haces bien, no.” (Participante #2, respuesta 33)

“(...) me estaban definiendo con algo que no soy y eso a mí me trajo muchas consecuencias, como por ejemplo no recibir cierto tipo de terapias para la depresión en la EPS porque solamente estaban guiados a la población con la con depresión, entonces me privé de eso, ehh también porque iba a hacer un viaje supuestamente para Estados Unidos para trabajar como niñera, eh y con el tra... con el diagnóstico de bipolaridad no me dejaban entrar, depresión era más pasable y de algún...eso fue como el detonante, como las guevas, es que mirá, ya me estoy perdiendo de mucho simplemente pues, por tener algo que no me identifica” (Participante #2, respuesta 19)

“No, es porque simplemente no aceptaban como yo era, entonces siempre era: ahg, pero es que usted que siempre llora, ahg pero es que usted que siempre se siente mal, ahg pero es que usted siempre que se quiere morir, pero es que usted que no se se quiere parar de esa

cama...entonces era como es que no puedo, es que no me da, simplemente acompañame que hoy no me da, y para ellos no, porque una novia normal sale, rumbea, o salen y comen y yo a veces simplemente me quiero quedar sintiendo el bulto de la otra persona al lado mío para sentirme en paz porque no me da para más. Entonces las personas siempre eran como no, yo quiero a alguien normal y...sí” (Participante #2, respuesta 81)

Si bien entre las respuestas del entorno que reciben los participantes hay algunas positivas y otras negativas, resalta la cantidad de estas últimas. Aunque se presenta en algunos casos el apoyo y la comprensión principalmente por la familia o algunos amigos, en la mayoría de los casos hay más respuestas negativas. Esto va ligado con la siguiente categoría la cual hace referencia al estigma asociado con los trastornos mentales.

Estigma

En esta categoría se encuentran los aspectos que manifestaron los participantes respecto a su condición y que, debido a la respuesta del entorno, se pueden relacionar con el estigma. Si bien hay actitudes específicas por parte de los otros, también hay cuestiones más generales y culturales como el tabú o los mitos frente al tema, que apoyan el estigma que se tiene respecto a esto.

La primera subcategoría corresponde a los juicios/prejuicios que tiene la sociedad respecto a la enfermedad mental y a las personas que lo viven. Esto puede llevar a atribuir actitudes o comportamientos arbitrarios a las personas que tienen un trastorno mental, así mismo, el propio comportamiento de los demás hacia estos puede cambiar. También se evidencia en la manera cómo se aborda el tema al hablar de esto, o a las exigencias que se hacen o las expectativas que se tiene respecto a la persona con el trastorno mental.

“No, pues, no me siento cómoda, eh, las personas tienen siempre muchos prejuicios encima y siento que no va a ser lo mismo, no va a ser lo mismo y su visión va a cambiar y pues, por supuesto, debería cambiar después de eso” (Participante #1, respuesta 53)

“Porque igual es como peye, porque o sea, yo no siento que me segreguen o algo, pero sí siento que genera como que, pues como que sí es diferente. No es como que uno llegue y “ay mirá, es que me hicieron una endoscopia y tengo una úlcera” la gente, pues, como que la úlcera es normal, pero si dices tengo depresión, no. Y también es enfrentarte a mucho juicios porque hay gente que dice como “ay, pero es que tú lo tienes todo” o “ah, pero es que mirá tú vida es mucho más fácil que la de no sé quién”, “ah pero es que mira que tienes los brazos, las piernas” y uno es como, pues, no porque tenga x privilegios no puedo tener este...pues, o sea, es que no sé. Lo quieren castrar a uno de esas cosas, como “pues, no puedes sufrir de esto porque tienes estas cosas”.”(Participante #3, respuesta 58)

“Pues, por ejemplo lo que más dicen es que uno quiere llamar la atención. (...) Entonces sí, por ejemplo lo que dicen de que uno lo hace para llamar la atención o que, cuando vienen y le dicen “no, no esté así, que vea que esto, que hay unos que está peor, que hay otros que están mejor”. No, coma mierda. Pues, no me gusta eso. Por eso prefiero no discutir eso con nadie.”
(Participante #4, respuesta 59)

“Pues, porque uno escucha por ejemplo a mis papás que ya son mayores, pues ellos siempre decías como “bueno, casa familia tiene como el hijo al que guardan y generalmente el hijo al que es el que tiene algún desorden ya sea físico o mental, pero sobre todo el mental es el que se esconde” Pues, si a uno le falta un brazo o está cojo, pues es más normal, pero salir y decir como “ah, es que mi hijo tiene este diagnóstico psicológico es más como...” Pues a la gente la de más susto.” (Grupo focal #2, participante #3, respuesta 2)

La otra subcategoría es la de visibilizar la salud/enfermedad mental, esta contiene aquella información en la que los participantes refieren que es importante realizar una psicoeducación respecto a los trastornos mentales, abordar aspectos preventivos respecto a esta y trabajarlo más

socialmente, que deje de ser algo tan individual, esto en la medida en que sobre los trastornos mentales no se habla

“Y me encargo de que la gente sepa de que es que yo también existo y que gente como yo hay mucho, y que te tenés que empezar a abrir un poquito la mente porque es que como yo te vas a encontrar demasiados y para mí es más como una pedagogía de enseñarle a las personas cómo vivir con personas como yo” (Participante #2, respuesta 54)

“Entonces ha sido muy difícil porque lidiar con el estigma acá en la universidad ha sido teso, porque de las enfermedades mentales no se habla nada, siempre hablamos de discapacidad visual, discapacidad auditiva, lo que lo que podemos ver, lo que logramos percibir y lo invisibilizan a uno de la peor manera” (Participante #2, respuesta 68).

“Yo creo que como tal en la universidad es muy infravalorado. Porque pues aquí eso no se ve casi, pues, o no se habla casi. Eso no se pronuncia” (Grupo focal #1, participante #5, respuesta 8)

“No sé, pues, socialmente, eh, en Medellín yo digo que es un problema que, pues, no sé, que es como algo muy general, que de hecho parece como si pasara mucho, pero como que no hay medidas necesarias o cosas para prevenir, para ayudar si no que siempre es como una visibilización, pero no. Como que lo hacen visible pero eso no hay como formas de, pues, como estructuradas de ayudar con eso” (Grupo focal #2, participante #6, respuesta 2)

La siguiente subcategoría es la de burla, existe una manera de estigmatizar a las personas con trastornos mentales a través de comentarios de burlas o bromas en un intento de normalizar la situación

“Pues antes en lo laboral hablaba pues con mi jefe de eso y algunos compañeros se enteraban y hacía como bromas pesadas acerca de eso. No era como algo bueno de hablar porque era como “ah, esquizofrénico. Ah, sí, loco” Entonces...” (Participante #6, respuesta 31)

“Pues, como en lo normal la sociedad tiende a lo que no conoce, hacerlo por ejemplo jocoso, se burla, pero no pase de ahí.” (Grupo #1, participante #5, respuesta 14)

El auto-estigma es otra de las subcategorías, la información que se recoge aquí corresponde a lo que manifiestan algunos participantes acerca de cómo ellos mismo tienen interiorizado cierto estigma respecto a los trastornos mentales. Asociar por ejemplo las instituciones psiquiátricas con un estado de locura y que por lo tanto ellos no deberían estar ahí o justificar que los demás deban tener algún cambio hacia ellos por tener un diagnóstico.

“Yo salí la verdad muy contento porque ya pues, yo estaba asustado. Porque alrededor mío habían muchas personas también con diagnósticos psiquiátricos y a mí me intimidaban un poco. Yo como “yo no estoy así como esas personas, yo tengo un poco de razón” (Participante #6, respuesta 21)

“Mmm a veces sí como que me daba duro yo como diciéndome como “no, es que, sí sos marica, cómo vas a hacer esas cosas o cómo no se controla o mero loco” (Participante #6, respuesta 43)

“No, pues, no no no me siento cómoda, eh, las personas tienen siempre muchos prejuicios encima y siento que no va a ser lo mismo, no va a ser lo mismo y su visión va a cambiar y pues, por supuesto, debería cambiar después de eso” (Participante #1, respuesta 53)

“Pero independiente o no de lo que digan frente a eso, si es uno es que se permite esa etiqueta, se la da uno.” (Grupo focal #1, participante #7, respuesta 21)

La participante #8 refirió respecto al estigma que este generaba una desacreditación de su persona una vez el diagnóstico era conocido. Su opinión perdía validez por el hecho de tener un trastorno.

“Entonces alguien opinó que yo qué iba a saber, y yo le dije “es que yo entiendo porque yo también soy paciente psiquiátrica”. Entonces –dijeron- “¿ay, entonces usted toma medicamentos para la loquera”? Entonces yo le dije “sí, yo tomaba medicamentos, yo entiendo cómo funciona”. Y después de eso los comentarios como que yo hago al respecto y ella responde, son como “¿vos qué vas a saber si estás loca?”.” (Participante #8, respuesta 64)

Finalmente, en los grupos focales se encontró información relevante respecto a esta categoría. Los participantes hicieron referencia a ciertos aspectos estigmatizadores del diagnóstico como que era de carácter negativo, una marca “peye” o que en ciertos casos los comportamientos propios de los trastornos se relacionaban con el consumo de sustancias psicoactivas. También se resaltó la naturaleza estigmatizadora de la etiqueta

“Yo lo asocio como con tildar a alguien de algo. Como con, sí, como tildar pero de una manera negativa. Porque a uno lo pueden tildar de virtuoso o alguna cosa así, pero lo asocio más como con tildar de una manera más bien negativa.” (Grupo focal #1, participante #4, respuesta 1)

“Yo creo que como tal en la universidad es muy infravalorado. Porque pues aquí eso no se ve casi, pues, o no se habla casi. Eso no se pronuncia, y más con, con, a ver cómo le explico. Como con la sociedad que hay de la marihuana por ejemplo, cualquier persona asocia, pues, a cualquier que no esté como reglamentado en la sociedad, que sea normal en la sociedad, como eso, como una actitud por las drogas. De hecho casi no creo pues que la gente clasifique o se mentalice como en pensar en trastornos o cosas así de las personas. Es más bien por ese lado que me iría yo.” (Grupo focal #1, participante #5, respuesta 8)

“Como si fuera una marca peye. (...) Bueno, y también hay una película que se llama estigma, que a la nena le salen como unas marcas...pues, es como estar marcado, en general” (Grupo focal #2, participante #3, respuesta 1)

“Yo creo que depende mucho de la autoridad que tenga la otra persona en uno, la respuesta que vaya... por ejemplo ante una autoridad más grande, dígame un profesor, eh, siento que tienden a como, a tenerlo fichado a uno. De cierta manera, si se enteran de algo así, siempre van a estar ahí como pendientes ya sea de mala o de buena manera. Pues en mi modo de ver ha sido de una manera mala porque como que presionan aún más, sabiendo la situación. No sé si es como por desconocimiento o porque creen que es una excusa para las cosas” (Grupo focal #1, participante #1, respuesta 16)

“Pues yo creo que a veces es más que todo, a mí me pasaba familiarmente, que como que mis hermanos o mi mamá trataban de definir o entender algún comportamiento mío con eso. Entonces era como que ya todo era referido como “ah no, es porque él tiene eso”. Pero eso sí yo lo consideraba como una etiqueta, porque igual uno puede estar pasando con muchas cosas y uno no es precisamente eso” (Grupo focal #2, participante #6, respuesta 4)

Las categorías anteriormente descritas contienen de una manera organizada y condensada la información que se recogió en las entrevistas y grupos focales realizados a los participantes, esta es la que se consideró más relevante respecto a la pregunta de investigación. Cada categoría y subcategoría se relaciona con cada uno de los ejes principales del estudio; en la discusión se abordará la información encontrada a la luz de la teoría que fundamenta la investigación.

8. Discusión

La información que se recogió a partir de las entrevistas y de los grupos focales resultó de gran relevancia con respecto al objetivo de la investigación. Fue posible evidenciar una influencia del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales al igual que sus implicaciones en otras esferas de la vida personal. Por otro lado se identificaron otros aspectos que hacen parte de la vivencia del sujeto con respecto al diagnóstico, tanto antes como después de este; además de las respuestas del entorno ante dicho diagnóstico y cómo se entrelaza con el estigma.

En esta línea, dicha información se enmarca en tres ejes fundamentales sobre, primero qué fue el diagnóstico para el sujeto y lo que implicó para este; segundo, lo social como referente de bienestar y finalmente la estigmatización que conlleva. A continuación, se abordarán a la luz de la teoría que sostiene este estudio.

Diagnóstico: qué significó para el sujeto y cuáles fueron sus implicaciones.

Cada uno de los participantes contaba, por lo menos, con un diagnóstico. Este era asignado por un psicólogo o un psiquiatra ante la búsqueda de ayuda por la presencia de malestar o la sensación de que algo no estaba bien; también como resultado de una hospitalización originada por una crisis. En este orden de ideas, el diagnóstico de un trastorno mental se genera como una explicación causal ante una co-ocurrencia de síntomas que conlleva a un motivo de queja (Coto, Alonso y Gómez, 2010).

Estos diagnósticos hacen parte de nosologías psiquiátricas que pretenden, entre otras cosas, facilitar la comunicación entre profesionales a través de un lenguaje común (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Coto, Alonso y Gómez, 2010). Sin embargo, en varios casos se

encontró que los participantes contaban con más de un diagnóstico, algunos aún en evaluación y otros que fueron realizados posterior a una corta evaluación. Esto responde a lo que Echeburúa, et. al. (2014) identifican como una de las consecuencias del aumento en las categorías diagnósticas, puesto que conlleva a la asignación de muchas etiquetas a una misma persona. En esta medida, ante la existencia de varios diagnósticos, no solo se dificulta dicha comunicación entre profesionales, sino que también afecta de manera directa a la persona diagnosticada puesto que genera incertidumbre y confusión frente a su situación; además, en algunos casos, ese diagnóstico no es aceptado pues no hay una asociación entre este y lo que experimenta el individuo.

Según estos autores, emplear un modelo categorial médico también permite elegir con rapidez y economía un tratamiento adecuado, además, si es pertinente, sugiere una mejor prognosis (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Coto, Alonso y Gómez, 2010). No obstante, los resultados de la investigación dan muestra de un aspecto importante a considerar respecto a esto y es que este tipo de proyección acerca de estas categorías diagnósticas solo es comprobable cuando se lleva a cabo por medios privados o particulares. Es decir, en aquellos casos que el diagnóstico era dado por el personal de instituciones públicas y se debía continuar un proceso, se evidenció que tanto la atención como el tratamiento eran deficientes y no lograban una adherencia por parte de los sujetos; por lo tanto, no tenían buenos resultados. Ante esto, los sujetos manifestaban sentir que no podían darle claridad a su situación y avanzar en su tratamiento, además percibían su realidad como algo que debían afrontar ellos mismos y recurrir a otros medios. Por otra parte, aquellos que tenían la posibilidad de acceder a una atención de tipo particular, referían sentirse mejor respecto a ellos mismos y al diagnóstico, además de llevar un tratamiento continuo.

Los diagnósticos con los que cuentan los participantes cumplen con lo que Caponi (2009) identifica como criterios para que este tenga un efecto en los sujetos, a saber: que los individuos puedan reconocerse como pertenecientes a esta categoría, la definición diagnóstica, sujetos que posean autoridad para realizar dichos diagnósticos, instituciones que fundamenten las clasificaciones y por último, conocimiento que permita diferenciar las diferentes categorías diagnósticas.

Cabe resaltar que respecto al diagnóstico se identificó que los participantes lo significan de maneras distintas en la medida en que para algunos representaba el nombrar aquello que les sucedía y se identificaban con este hasta cierta medida; por otro lado había quienes lo identificaban como una etiqueta que determinaba lo que eran ellos y sentían inconformidad en este sentido.

En esta línea, esa etiqueta de la que hablan los participantes, se relaciona con lo que Caponi expone acerca de los criterios de identificación de la enfermedad, los cuales se establecen en distintos manuales diagnósticos y que con el fin de ser cuantificados no tienen en cuenta las condiciones del medio (2009). Esta cuantificación pertenece a un grupo de estrategias que según Hacking (2005, como se citó en Caponi, 2009) tienen como objetivo crear categorías de personas. A su vez, dicha estrategia se relaciona fuertemente con la creación de normas, puesto que al utilizar instrumentos como el DSM-5 como referente de la salud mental, se ha asociado la normalidad con la frecuencia estadística.

Por lo tanto, el diagnóstico se emplea para clasificar reglas de ajuste o de normatividad de las que se distancia el paciente respecto a reglas orgánicas de un orden vital, sin embargo, esta distancia que percibe el sujeto discute con un orden social de aquello considerado como deseable en un momento específico y en una sociedad determinada (Duero, 2013). A esto es lo que hacen

referencia los participantes cuando manifiestan que previo al diagnóstico sienten que algo no está bien respecto a ellos mismos y los demás, lo cual les genera malestar. Posterior al diagnóstico, lo que manifiestan es que éste representa un distanciamiento con aquellos sujetos que no cuentan con uno, lo cual genera emociones como miedo, vergüenza, incomodidad e incluso frustración frente a esta experiencia que están viviendo. Además tiene como consecuencia cambios en sus distintas esferas como la familiar, en el establecimiento de relaciones interpersonales, con sus parejas y, en algunos casos, en el ámbito laboral. Esto se debe a las respuestas del entorno que reciben los sujetos respecto a su diagnóstico.

Una vez contemplado cómo afecta de manera subjetiva el diagnóstico en los individuos, se expone a continuación cómo impacta esto en la vida social. Además, se considera como a su vez el ámbito social tiene gran influencia en cómo llevan los sujetos su diagnóstico.

Lo social como referente de bienestar.

Se encontró que hay una influencia significativa por parte del entorno social respecto a la percepción de bienestar que poseen los participantes en la medida en que es el otro, aquel que no tiene un diagnóstico, quien rige los estándares de normalidad. Además, se identificó esa asociación entre la normalidad y el bienestar psicológico.

Este referente social se puede asociar a que el ser humano, como ser social busca relacionarse con el fin de desarrollar una comunicación entre pares en la cual se asiente la cooperación y la confianza, además es una capacidad adaptativa (Gámez y Marrero, 2005; Tapia, 2016).

Respecto a esto, algunos de los participantes manifestaron que percibieron que algo estaba mal con ellos mismos, en la medida en que sus comportamientos diferían de los de sus

compañeros, o por la retroalimentación que recibían por parte de su familia cuando esta notaba que había cambios en cuanto a sus comportamientos o estado de ánimo.

En cuanto al impacto que tuvo el diagnóstico en las distintas esferas sociales del sujeto, como la familiar, se evidenció que en un principio los familiares podían estar confundidos respecto a lo que pasaba y mostraban actitudes de incompreensión, sin embargo, con el tiempo se fue haciendo más comprensible y la familia resultó ser una figura de apoyo.

En las relaciones de pareja, se identificó que para los participantes resultaba de gran importancia comentarlo con aquellas personas que tenían una relación, en pro al tipo de vínculo que se estaba estableciendo. No obstante, en la mayoría de los casos el diagnóstico no pareció ser influyente en la constitución de estas relaciones. En lo que respecta a las relaciones con amigos y compañeros de universidad, los participantes refirieron que, a diferencia de su reacción con la familia y las parejas, no consideraban importante manifestar que tenían un diagnóstico, aunque si bien los primeros podían darse cuenta en el transcurso de la relación. Ante esto, los participantes manifestaron que recibían múltiples respuestas, entre estas se encuentran que algunas de las personas se alejaban una vez sabían del diagnóstico, mientras que otros respondían con actitud curiosa incluso en algunos casos llevada al morbo acerca del tema. Sin embargo, otros manifestaban que recibían posturas de apoyo y muestra de preocupación.

Esto evidencia lo que se teoriza acerca de las relaciones interpersonales en cuanto a los aspectos que las caracterizan. Uno de estos componentes es la interacción con los demás, esto responde a una de las necesidades psicológicas básicas de los seres humanos que es la vinculación. Según la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (1985) (como se citó en Gámez y Marrero, 2005), esta necesidad funciona como una motivación biológica primaria y se conceptualiza como “la necesidad de establecer lazos emocionales cercanos con otras personas.

Expresa el deseo de estar emocionalmente conectado e interpersonalmente implicado en relaciones cálidas” (Gámez y Marrero, 2005, p. 247). En esta medida, según las demás características de las relaciones interpersonales (Zupira, 2000), en esta interacción juega un papel significativo la intencionalidad, se reconoce que los demás, al igual que todas las personas, hacen o dicen cosas por y para algo, por lo tanto se tiende a mostrar o a ocultar cierta información; lo que se hace evidente cuando los participantes refieren que deciden hablar de su diagnóstico en pro de la relación que tienen o esperan construir, según la impresión que quieren generar. Otra de las características es la de inferencia, esta consiste en el que al percibir a los demás como semejantes, o diferentes, se permite realizar inferencias acerca de los estados de los demás. Esto se demuestra cuando algunos de los participantes manifiestan que al otro enterarse del diagnóstico, al percibir al sujeto como alguien diferente, se le atribuyen características conductuales asociadas a un imaginario social referente a la enfermedad mental, y que por lo general suele ser erróneo, según comentan los sujetos del estudio.

Cuando algunos participantes manifiestan que tienden a tener dificultades para establecer relaciones interpersonales, estas se asocian en su mayoría con las características propias de cada trastorno y no al diagnóstico en sí mismo. Por otro lado, otros refieren que responde únicamente a sus intereses personales respecto a este tipo de relaciones. En referencia a esto, cabe resaltar que autores como Felipe y Ávila (2002), por medio de su investigación, encontraron diferencias entre estilos interpersonales entre sujetos clínicos y no clínicos.

En cuanto a la necesidad de vinculación, esta no se ve afectada en la medida en que los participantes manifiestan que sí tienen relaciones cercanas aun cuando es con pocas personas. Uno de los aspectos que permite satisfacer esa necesidad es el reconocimiento por parte de los otros y la sensación de que estos se preocupan por el bienestar, esto es lo que autores como

Pernice, Biegel, Kim y Conrad-Garrisi (2017) conceptualizan como importarle a los demás; lo que también conlleva una interdependencia en las relaciones.

Los participantes manifestaron que sentían esa importancia por parte de los otros justamente cuando se preocupaban por el bienestar de los primeros por medio de preguntas acerca de cómo estaban, por qué no habían asistido a clases, o ya directamente relacionadas con cada diagnóstico. Por lo tanto, sentían esa necesidad de vinculación satisfecha en las amistades que tenían. Asimismo, se ha demostrado que el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales representa un efecto psicológico significativo para el individuo, ya que se asocia con bienestar en la medida en que mejora la calidad de vida, la autonomía, la toma de decisiones, la paliación de estigmas, las desigualdades generadas por el diagnóstico y el fortalecimiento del autoconcepto (Pernice, 2017; Forteza y Espigares, 2002; Cazorla, 2014). Los resultados de la investigación dan muestra de esto en los casos en que los participantes que tenían amigos muy cercanos y hablaban con estos de su diagnóstico, manifestaban sentirse mejor con ellos mismos, además de que les daba tranquilidad poder hablar del tema generando así una sensación de bienestar. En otros casos, el otro también tomaba un papel de referente respecto a lo que estaba bien y cómo debía afrontarse determinada situación, esto responde a lo que Gámez y Marrero (2005) y Cohen (2004) refieren acerca de las consecuencias positivas de las relaciones interpersonales y consiste en el facilitamiento de procesos de internalización de normas y valores que ocurren en contextos sociales.

En esta medida es que el entorno social influye pero también se ve influenciado respecto al diagnóstico. Como se evidencia se recibe por parte de los otros tanto respuestas positivas como negativas y la forma en que impactan las relaciones interpersonales en sus diferentes esferas.

A continuación, se abordan esos aspectos negativos dentro del entorno social que hacen parte de una conducta estigmatizadora y de sus consecuencias.

Estigmatización.

Este fenómeno se presenta en la medida en que hay una consideración de anormalidad hacia la enfermedad mental. Se considera estigma a aquello que es visto como una marca diferenciadora a partir de una clasificación social de las personas según sus atributos corrientes y naturales (Goffman, 2006). Los participantes identificaron esto de igual forma, como una marca negativa y que caracteriza a un sujeto, además lo asociaban con aspectos como tildar, encasillar, que parte de un estereotipo y que genera discriminación.

Los participantes consideran que su diagnóstico no es perceptible a simple vista, los demás se enteran cuando los sujetos deciden mencionarlo. En este sentido, se evidencian las dos categorías que propone Goffman ante el sujeto estigmatizado. Estas son las del desacreditable y del desacreditado, la primera hace referencia a que el atributo estigmatizador del sujeto no es conocido, la segunda se presenta en el momento en que este se conoce (2006). En relación con esto, Magallares (2011) plantea que los estigmas ocultos, es decir, los que caracterizan a la persona desacreditable, generan mayor ansiedad y estrés que los visibles, lo cual puede producir comportamientos esquivos que deriven en una dificultad para relacionarse.

Esto se debe a que los trastornos mentales, en su mayoría, no son perceptibles en interacciones rutinarias. Por lo tanto, no logra percibirse si la identidad social de los sujetos corresponde a alguna categoría, en esta medida se concibe como una identidad social virtual y de esta forma no hay estigma. Este surge en el momento en que se descubre que el sujeto hace parte de la categoría de personas afectadas por trastornos mentales. Es decir, cuando surge la

discrepancia entre la identidad social virtual y la real (Goffman, 2006). Esto se hace evidente en los resultados cuando algunos de los participantes manifestaban que en sus relaciones, se generaba un cambio, un tipo de distanciamiento una vez los demás se enteraban del diagnóstico. Además, también comentaban que había ciertas actitudes estigmatizadoras como la desacreditación de la opinión, la asociación con conductas violentas o que no corresponden con el diagnóstico, sentirse fichados o tener que dar más explicaciones de las necesarias por tener un diagnóstico psicológico o psiquiátrico.

Esto se debe a que los trastornos mentales son percibidos como algo fuera de lo normal, Goffman los encasilla en la categoría de defectos del carácter o falta de voluntad, donde también se encuentran la adicción a las drogas, la reclusión, el desempleo, entre otras (2006). En esta línea, ser parte de esta categoría ocasiona que el status del individuo disminuya una vez se reconozca dentro de esta categoría.

Dos sujetos de la investigación manifestaron que en el ámbito laboral, una vez fue conocido el diagnóstico, recibían por parte de los compañeros comentarios en los que desacreditaban su opinión por el hecho de que tenían un trastorno mental; en uno de los casos se recurrió a la burla respecto a esto en la relación con el participante. En cuanto a la burla, más participantes manifestaron que era empleada también como estrategia de los demás para llevar la situación. La discriminación en el trabajo, los propios hospitales e incluso medios de comunicación fue resaltada en el estudio de Magallares (2011). El estigma tiene la característica de deshumanizar al sujeto puesto es percibido como inferior e incluso peligroso a causa de un juicio moral (Goffman, 2006; Restrepo, Mora y Cortés, 2007).

Los resultados de la presente investigación también evidencian que hay presencia de estigma cuando se relacionan los trastornos mentales con el uso de sustancias psicoactivas; ante

los comportamientos o estados propios de los trastornos, se suele asociar que derivan de un consumo de este tipo de sustancias. Si bien la literatura revisada no muestra la relación de estas dos variables con el estigma, en la investigación de Pinzón (2017) se estudia la prevalencia de los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. El planteamiento que se realiza contempla que la mayoría de enfermedades mentales tiene un pico de inicio entre los 15-25 años, entre estas el trastorno por abuso o dependencia de sustancias. Se argumenta que en la adolescencia y adultez temprana se está expuesto a estresores psicosociales como la responsabilidad académica, la presión social, el consumo de sustancias psicoactivas, etc.; que ubican a esta población en riesgo de desarrollar trastornos mentales y conductas de riesgo. Los resultados muestran que hay mayor prevalencia en trastornos del estado de ánimo que del trastorno por abuso o dependencia de sustancias.

Esto lo relacionan los mismos participantes con la visibilidad que se da al tema de la salud mental, específicamente al de los trastornos mentales. Manifiestan que no hay una comunicación abierta respecto a este tema y que por lo tanto no se trabaja desde la prevención; esto a su vez alimenta el estigma que ya existe. Del mismo modo, asocian todas estas respuestas al desconocimiento que tienen las personas sobre esta problemática, no solamente a nivel psicoeducativo sino también experiencial. Refieren que no se sienten realmente comprendidos en la medida en que el otro no vive lo mismo que ellos.

Se identificaron de igual forma ciertos mitos y tabús que aún posee la sociedad respecto a los trastornos mentales y que alimentan el estigma, entre estos se encuentra que los asocian con posesiones demoníacas o le otorgan un origen antinatural. También se evidencia que consideran que es un problema que responde únicamente a la voluntad del sujeto y a la motivación que este tenga para afrontarlo. Lauber, et. al. (2004), hablan acerca del distanciamiento social que existe

frente a la enfermedad mental y las personas afectadas. Refieren que algunos de los predictores de este distanciamiento son las representaciones de la enfermedad mental en la sociedad, como las evidenciadas anteriormente; y el desconocimiento en cuanto a la salud mental.

Por último, se encontró un aspecto significativo del estigma el cual corresponde a la interiorización de éste por parte del sujeto; esto se ha denominado como autoestigma y hace referencia a esas actitudes y comportamientos estigmatizadores que el sujeto aplica sobre sí mismo o tiene respecto a la enfermedad mental, como si la percibiera por niveles. En este sentido, algunos de los participantes justificaban las actitudes de los demás como consecuencia de su trastorno mental; referían que debía de ser de esa forma. Por otra parte, en un caso específico de hospitalización, el sujeto manifestaba que no se sentía cómodo en el hospital psiquiátrico y le hacía sentir miedo ya que él tenía más razón, o estaba más cuerdo, en relación a las personas que se encontraban internadas allá.

En relación con lo que expone Magallares (2011) en relación con el autoestigma, se sugiere que una de las consecuencias de esa interiorización del estigma es que las personas pueden llegar a sufrir de pesimismo, desesperación, desesperanza y baja percepción de competencia.

Los resultados de la investigación dan muestra entonces de la influencia del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales, contemplando además cómo significa el sujeto este diagnóstico y lo que implica. De igual forma da cuenta de cómo el entorno social se convierte en un referente de bienestar y a su vez cómo este se ve influido por el impacto del diagnóstico. Finalmente, se demostró que el diagnóstico trastorno mental sí genera un estigma hacia las personas implicadas y la manera en que las afecta.

9. Conclusiones

En referencia a lo encontrado en la investigación, se concluye entonces que lo social posee un carácter determinante en la relación que establece el sujeto con su diagnóstico psicológico. Este ámbito funciona como referente de bienestar y de normalidad, además es el que se ve mayormente afectado en lo que respecta a las implicaciones del diagnóstico.

Asimismo, en el ámbito social confluyen aquellos aspectos que determinan que se presente una estigmatización hacia las personas con diagnósticos psicológicos o psiquiátricos, lo cual tiene un impacto en la representación que genera el sujeto sobre el estigma, llevándolo incluso a una interiorización de este, conocido como autoestigma.

El ámbito social también da muestra de las representaciones que se tienen acerca de los trastornos mentales, los cuales aún se asocian con aspectos muy primitivos como las causas antinaturales o de carácter espiritual. Además, de la representación que se tiene de la persona con un trastorno mental, al considerarla responsable de su situación y a la vez, de su mejoría.

Al observar todas las implicaciones que genera el diagnóstico psicológico y cómo afecta los diferentes ámbitos personales del sujeto, resulta importante preguntarse por este diagnóstico y su pertinencia; pensar acerca de las consecuencias de establecerlo considerando sus repercusiones, las cuales hasta el momento se han contemplado desde una perspectiva que se sale del orden de la realidad.

Se logró identificar acerca de la atención en salud mental de las instituciones públicas, que los participantes que debían recurrir a ésta la calificaron como deficiente; es una atención a la que es muy difícil acceder, por lo general es con un profesional diferente en cada encuentro y se limita en su mayoría a un tratamiento con psicofármacos, ya que la cuestión psicoterapéutica se ve interrumpida por aspectos burocráticos.

Otro de los aspectos relacionados con lo anterior es el múltiple diagnóstico o el sobrediagnóstico. El uso de los manuales diagnósticos que hacen uso de nosologías psiquiátricas además de las inconsistencias del sistema en el sistema de salud, propician que los sujetos puedan contar con más de un diagnóstico, esto genera sentimientos de incertidumbre y confusión, obstaculiza el objetivo del paciente de buscar claridad respecto a su situación y limita la posibilidad de llevar un tratamiento óptimo.

10. Limitaciones y Recomendaciones

Durante el desarrollo de la investigación no se encontraron mayores limitaciones, sin embargo, hay que resaltar que la población con la que se llevó a cabo el estudio se remite únicamente a estudiantes de la Universidad de Antioquia, por lo tanto se trata de una población homogenizada y esto conlleva, como es característico de la metodología cualitativa, a que los resultados no puedan ser generalizables a otras personas.

Por otra parte, se encontró cierta dificultad en reunir a los participantes para la realización de los grupos focales. Si bien para las entrevistas individuales había disponibilidad, reunirlos a todos en un mismo horario resultó complejo. Por lo tanto se vio la necesidad de realizar dos grupos, al primero estuvo compuesto por cuatro participantes y el segundo por dos, puesto hubo dos personas con las que no pudo concretarse su asistencia.

En cuanto a las recomendaciones que surgen a partir de la esta investigación, se encuentra pertinente continuar investigando acerca el estigma que conllevan los trastornos mentales. Socialmente se presenta un tabú respecto al tema de la salud mental en sí misma, asociando esta solo con lo psicopatológico y a su vez con la locura. Por lo tanto, se recomienda también investigar cómo se llega a esa interiorización del estigma por parte del individuo propiamente afectado por su condición mental, lo que en esta investigación se denominó autoestigma.

Finalmente, resulta oportuno abordar el tema de la atención que brinda el sistema de salud público a las personas que acuden por problemas relacionados con la salud mental, puesto que a partir de los resultados encontrados se evidencia una respuesta negligente por parte de estas instituciones que conlleva implicaciones a nivel social y personal.

Referencias

- Arteaga, C. y González, M. (2001). Diagnóstico. *Desarrollo comunitario*, 82-106.
- Ayala, R. (2008). La metodología fenomenológica-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 409-430
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. Gotelli, M., Álamo, C., Fierro, C., Venezian, S. y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*, 52(3), 167-176.
- Betina, A. (2000). Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 10, 231-248.
- Betina, A. y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23), 159-182.
- Caballo, V., Salazar, I., Irurtia, M., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(3), 401-422
- Cabrera, Y. y López, E. (2007). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *MediSur*, 5(3), 85-91
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface- comunic., Saúde, Educ*, 13(29), 327-338.
- Cazorla, J. (2014). Las relaciones sociales en salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con

- diversidad mental y la relación con el trabajo social. Social relationships in mental health: A study on the perceived impact of social relationships on improving the autonomy of people with mental diversity and its relationship with social work. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 21, 161-176.
- Centeno, M. (2013). El diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: ontología y epistemología. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 5(2), 167-174
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684
- Contini, E. (2003). Multiculturalismo y Psicopatología: Perspectivas en Evaluación Psicológica. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 97-106.
- Coto, E., Alonso, Y. y Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 393-314
- Díaz, O. (2015). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 65-74.
- Duero, D. (2013). El diagnóstico psicopatológico: Características y supuestos epistemológicos en los que se sustenta. *Revista Colombiana de psicología*, 22(1), 91-106
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 393-314

- Farina, A. y Ring, K. (1965). The influence of perceived mental illness on interpersonal relations. *Journal of Abnormal Psychology* 70 (1), 47-51
- Farina, A., Holland, C. y Ring, K. (1966). Role of stigma and set in interpersonal interaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(6), 421-428.
- Felipe, E. y Ávila, A. (2002). Los perfiles interpersonales: aspectos clínicos del circumplex interpersonal de Wiggins. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 19-34
- Forteza, S. y Espigares, A. (2002). La influencia de las relaciones interpersonales en el cambio de conducta. *Siglo cero*, 33 (4), 15-21
- Gámez, E. y Marrero, H. (2005). Bases cognitivas y motivacionales de la capacidad humana para las relaciones interpersonales. *Anuario de Psicología*, 36 (3), 239-260.
- Goffman, I. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gómez, R., Santacruz, C., Rodríguez, M., Rodríguez, V., Tamayo, N., Matallana, D. y González, L. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo de estudio. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 45(1), 2-8
- González de Rivera, J. y Revuelta. (1996). La ética del diagnóstico: aspectos clínicos, *Psiquis*, 17 (6), 263-278
- Goñi, E. y Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. Social and personal domains of self-concept. *Revista de Psicodidáctica*, 12(2), 179-194
- Hazan, C. y Shaver, P. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry* 5(1), 1-22.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: McGraw-Hill/ interamericana editores s.a.

- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. y Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 265-274
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13 (2), 7-17
- Mikulic, I.M. (2007). La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo. Buenos Aires: departamento de publicaciones facultad de psicología, UBA.
- Nunes, M., Capitão, C. y Scortegagna, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios sociales*, 15 (28), 139-161.
- Pereira, J. y Espada, J. (2010). Habilidades sociales y enfermedad mental. *AV. PSICOL*, 18 (1), 59-76
- Pernice, F. Biegel, D., Kim, J. y Conrad-Garrisi, D. (2017). The Mediating Role of Mattering to Others in Recovery and Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 40 (4), 395-404.
- Pinzón, A. (2017). Prevalencia de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 49(1), 308-319.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-499.
- Relaciones interpersonales (s.a.) Ies Ría del Carmen, Gobierno de Cantabria.
- Rosentreter Z., J. (1996). Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario. *Última Década*, (4), 1-21.
- Safrany, K y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Attachment and psychological development : the role of early caregiving relationships. *Revista digital universitarial* 6(11), 2-15.

- Segrin, C. y Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and individual differences*, 43, 637- 646.
- Straus, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Sullivan, H. (1964). *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Psique.
- Tapia, M. (2016). Los vínculos interpersonales en las redes sociales. Nuevos modos de comunicación en el marco de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL), Argentina. Interpersonal links in Social Networks. New modes of communication in the framework of an Argentine university. *Cuaderno Venezolano en Sociología*, 25(4), 193-201.
- Uribe, M., Mora, O. y Cortés, A. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48 (3), 207-220.
- Zanoletti, G., Reyes, J., Mendoza, M. y Aguilera, R. (2013). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. *Revista Facultad de ciencias médicas*. 5 (2), 22-29.
- Zupira, X. (2000). Relaciones interpersonales. Generalidades. X. Zupira. *Relación enfermo-profesional de la salud*. España: Leioa: Universidad del País Vasco.

Anexos

Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación denominada “Influencia del diagnóstico psicopatológico en las relaciones interpersonales en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín” es conducida por Mariana González Taborda de la Universidad de Antioquia. El objetivo del estudio es establecer la influencia del diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social causada por el trastorno

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista individual y la participación en un grupo focal. Esto no tomará más de 50 minutos y lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán eliminadas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante
Fecha:

Firma del Participante

Guía de la entrevista

CATEGORIA TEMATICA	TEMA ESPECÍFICO	PREGUNTAS
Sociodemográficas		<p>Edad.</p> <p>Escolaridad</p> <p>Sexo</p> <p>Ocupación</p> <p>Vive con</p> <p>Barrio</p> <p>Estrato socioeconómico</p> <p>Estado civil (relación actual)</p> <p>Hijos</p>
Diagnóstico	Generalidades	<p>¿Cuál es el diagnóstico?</p> <p>¿Hace cuánto lo diagnosticaron?</p> <p>¿Quién?</p> <p>¿Toma medicamentos?</p> <p>¿Asiste a psicoterapia?</p> <p>¿Qué significa para ti ese diagnóstico?</p>
	Experiencia y vivencias previas al diagnóstico	<p>¿Qué hacías antes de que te diagnosticaran?</p> <p>¿Qué diferencias comenzaste a notar en tus comportamientos o emociones o en tu vida cotidiana al inicio de tu enfermedad?</p> <p>¿Cómo te comenzó a afectar y en qué ámbitos (personal, familiar, social, laboral, relacional)?</p>
	Experiencias y vivencias posteriores al diagnóstico	<p>¿A quién fue la primera persona que le contaste?</p>

		<p>¿En cuales aspectos has notado un cambio? ¿Has notado algún cambio en tus actividades? ¿Reacción al diagnóstico?</p>
IMPACTO EN LAS DIMENSIONES PERSONALES	Familiar	<p>¿Quiénes de tu familia saben del diagnóstico? ¿Cómo lo tomaron?</p> <p>¿Hubo algún cambio en las relaciones familiares?</p> <p>¿Has notado un trato diferente hacia ti por parte de estos o tuyo hacia ellos?</p>
	Social	<p>¿Tienes amigos cercanos? ¿Estos saben del diagnóstico? En caso de que sepan, ¿hablan con ellos del tema?</p> <p>¿Qué se discute en estas conversaciones? ¿Cómo estableces relaciones interpersonales? ¿Cómo consideras tu desempeño en este ámbito? ¿Has notado algún cambio en las relaciones? (relación de pareja-ahondar)</p>
	Laboral/Académico	<p>¿Has notado algún cambio en el desempeño?</p> <p>¿Los y las compañeras del trabajo/universidad saben que presentas un trastorno?</p> <p>¿Cómo te sientes en este espacio?</p> <p>¿Sientes la necesidad de comentar tu situación con tu jefe/profesor o compañeros? ¿Has sentido la necesidad de justificar algo con la enfermedad?</p>
ESTIGMA		<p>¿Crees que le importas a los demás?</p> <p>¿Cómo los demás te demuestran que les importas?</p>

		<p>¿Qué comportamientos de los otros te demuestran que les importas?</p> <p>¿Has sentido que otros te rechazan por tu enfermedad? ¿Con que acciones o comportamientos de los demás sientes que no les importas?</p> <p>¿Sientes que es fácil para los demás notar tu enfermedad? ¿Has notado algún cambio de las personas hacia ti? En caso de que así sea ¿cuál cambio? y ¿a qué atribuyes dicho cambio?</p>
--	--	---

Guía del grupo focal

1. ¿Qué piensan cuando escuchan la palabra estigma? ¿Qué les pasa por la cabeza?
2. ¿Qué percepción creen que se tiene a nivel social de la enfermedad mental?
3. ¿Asocial el diagnóstico con una etiqueta?
4. ¿Cuál ha sido su experiencia con el sistema de salud mental? ¿Cómo los ha hecho sentir?
5. ¿Qué tanto buscan ustedes mismos acerca de sus diagnósticos? ¿Por qué?
6. ¿Tienen amigos o personas cercanas con diagnósticos iguales o similares? ¿Qué implica eso?

Transcripciones y cuadro de categorías

Participante #1

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
Entrevistador: Esta investigación está bajo el marco de trabajo de grado, cuya idea principal, o la intención que tiene es identificar la influencia que tiene un diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la		

<p>muestra son estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. Entonces vamos a empezar con unas preguntas para saber más sobre tu situación personal en lo referente a tu edad, a la escolaridad, entre otros. Listo, ¿cuántos años tienes?</p> <p>(1) Tengo 20 años</p>		
<p>E: Bueno, la escolaridad, estás cursando...</p> <p>(2) El tercer semestre de preparatorio en la Universidad de Antioquia</p>		
<p>E: Bien, ¿de qué instrumento?</p> <p>(3) Piano</p>		
<p>E: Listo, sexo femenino, la ocupación es estudiante, ¿Con quiénes vives?</p> <p>(4) Con mi madre</p>		
<p>E: En qué barrio</p> <p>(5) San Antonio de Prado</p>		
<p>E: ¿Cuál es tu estrato y estado civil?</p> <p>(6) Estrato 3, estado civil soltera</p>		
<p>E: Listo, ¿tienes hijos?</p> <p>(7) no</p>		
<p>E: Bueno, ahora vamos a hablar más que todo sobre el diagnóstico, ¿Cuál es tu diagnóstico psicopatológico?</p> <p>(8) mm, no es algo seguro...</p>		
<p>E: ok</p>		

<p>(9) Eh, alrededor de los años he tenido varios diagnósticos, muy diversos. En estos momentos se está estudiando la posibilidad como de tener uno seguro, en estos momentos se está trabajando por trastorno depresivo compulsivo y se van a hacer como unas pruebas próximamente para descartar o confirmar que podría ser síndrome de Asperger.</p>		
<p>E: Listo, y hace cuánto estás como en ese proceso de estar yendo donde psiquiatras, psicólogos, por ejemplo, a qué edad fue tu primer diagnóstico o por qué...</p> <p>(10) A los 6 años</p>		
<p>E: A los 6 años, y ¿qué sintomatología presentabas?</p> <p>(11) Era para mí muy difícil relacionarme con mis compañeros y era muy tímida, tenía como muchos comportamientos de aislamiento, sí, básicamente eso.</p>		
<p>E: ¿Y tomas algún medicamento?</p> <p>(12) Sí</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>
<p>E: ¿Y para qué diagnóstico o como para qué trastorno?</p> <p>(13) Está especificado para ansiedad social y trastorno obsesivo compulsivo.</p>		
<p>E: Bueno, medicamentos contra la ansiedad. Eh, ¿en estos momentos asistes a psicoterapia?</p> <p>(14) Sí</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>
<p>E: Y ¿hace cuánto llevas el proceso psicoterapéutico?</p>		

<p>(15) Eh, es algo muy irregular porque la eps tiene las citas más o menos cada 3-4 meses, pero llevo como desde los 14 años como tal en un proceso</p>		
<p>E: Y en este proceso que llevas actualmente ¿hace cuánto lo llevas, o sea, que no haya tenido ninguna interrupción?</p> <p>(16) Hace un año, año y medio</p>		
<p>E: Listo, pero por lo que dices entonces me imagino que las citas son con bastante tiempo entre ellas</p> <p>(17) Sí, sí.</p>		
<p>E: Listo ¿Qué significado tiene este diagnóstico o los múltiples diagnóstico que ha tenido como a lo largo de los años, qué significa para ti?</p> <p>(18) Pues, al principio la verdad no le prestaba mucho interés, más era por mi familia que quería saber qué era lo que pasaba, qué era lo que tenían que hacer, porque las cosas se salían un poco de las manos, mi humor era muy cambiante y ya presentaba dificultades en todos los aspectos de mi vida. Entonces ya como a los trece años empecé a investigar, pues, lo que me decían, que lo primero fue trastorno bipolar, entonces yo investigué al respecto para saber como qué era. Habían cosas con las que sentía como afinidad, que decía como sí, bueno yo he sentido esto pero otras no tanto.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>La familia</p> <p>Búsqueda por sí mismo</p>

<p>E: Listo, y por ejemplo ¿qué significado tiene para ti que hayas pasado por tantos diagnósticos y que no haya sido solo como uno y que sean varias relaciones con este, sino que hayan como variado tanto a lo largo de los años?</p> <p>(19) No lo sé, porque es muy confuso, porque pues mi vida como tal ha tenido muchos cambios, pero se supone que hay algo que siempre ha estado fuerte. Pero el hecho de que ni yo misma ni los profesionales del tema puedan definirlo, lo hace como muy confuso. Sí, como que en realidad no sé qué es lo que pasa, o si no pasa nada o pues, no sé, me confunde mucho, me confunde.</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Confusión</p>
<p>E: Bueno, y si tuvieras que describir alguna sensación o sentimiento frente a tu diagnóstico, ¿sería cuál, el de la confusión?</p> <p>(20) Incertidumbre. Aunque, o sea, a estas alturas, con mi edad, realmente quiero saber qué es lo que pasa para poder ser una persona más funcional en la sociedad, y que todas las debilidades que tengo y todas las cosas que me pasan que van más allá de mí, como mi cuerpo y mi cerebro, sean, se puedan controlar, porque sé que es algo que va estar presente toda mi vida, entonces quiero aprender sobre ello, para poder manejarlo mejor.</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Incertidumbre</p>
<p>E: Listo, a pesar de que estabas tan pequeña, por ejemplo, ¿tú qué hacías antes de que te diagnosticaran? Me explico, ¿cómo era tu vida en esa época antes del diagnóstico?</p>		

<p>(21) Pues como estaba pequeña, mmm no sabía, yo sabía que había algo diferente, negativo, cosas que otras personas no tenían. Sabía que había algo diferente que era malo y que simplemente no era capaz de lidiar con ello.</p>	<p>COGNICIÓN FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Percepción de anormalidad</p>
<p>E: Entonces por ejemplo ¿notaste diferencias en tu comportamiento o emociones, en tu vida cotidiana, al inicio de tu enfermedad...?</p> <p>(22) Mucho antes. Mucho antes había notado esas diferencias, sabía que había algo, pero no sabía qué era.</p>		
<p>E: ¿Y era de carácter negativo?</p> <p>(23) Sí</p>		
<p>E: Eh, y cuando dices que te afecta como en todas las esferas, o en todos los ámbitos de tu vida, ¿cómo comenzó a afectar en estos ámbitos?</p> <p>(24) mm, por ejemplo en el colegio y en la manera de relacionarme, influía mucho porque, ehh, estamos en una sociedad y pues la integración era muy difícil, e incluso en el salón de clases, hablar, todo me causaba demasiada ansiedad, nervios, yo no era capaz de decir nada. Por ejemplo podía saber la respuesta a muchas cosas, pero el solo hecho de alzar la mano para utilizar mi voz y decir la respuesta me aceleraba el corazón horrible, y era muy fuerte lidiar con eso.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal, relacional.</p>
<p>E: Listo. Y bueno, ya que fue como por iniciativa de tu madre, me imagino, que te llevaran a ver qué</p>		

<p>pasaba, o por ejemplo ¿tú tuviste la iniciativa?</p> <p>(25) En realidad fue algo más compartido, de cierta manera, porque, o sea, al principio de mi vida, como hasta los 10-11 años, a mí me pasaba eso y sabía que estaba mal pero yo suponía que era normal, de cierta manera, como que me pasaba pero quizá también le pasaba a mucha gente, y no sé, no lo veía como algo grave, como tal, porque no había llegado como a magnitudes mayores. Ehm, hasta que al pasar de los años sí empecé a conocer gente y darme cuenta que todo eso que yo pensaba que era normal, no era tan normal.</p>		
<p>E: A pesar que tú ya sentías que tenía un carácter negativo, como malo...</p> <p>(26) Sí.</p>		
<p>E Y ya cuándo hubo el diagnóstico, que tu familia igual lo supo ya que por ser menor de edad inmediatamente se lo comunican a ellos, ¿a quién fue la primera persona que le hablaste de esto que te pasaba, como de los diagnósticos, trastornos...?</p> <p>(27) Pues la verdad yo no hablaba con ellos, yo tuve varias crisis en mi adolescencia que me hicieron hacerme mucho daño y siempre estaba muy alterada, tenía cambios de ánimos muy bruscos y mi familia ya no sabía qué hacer, entonces yo nunca hablaba con ellos. La verdad nunca ha habido como una comunicación de ese tipo, incluso después del diagnóstico, nada. De hecho ni siquiera era capaz de decir lo que decía frente a ellos, siempre el</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Familia, personal</p> <p>Autolesión (C.N)</p> <p>Impotencia</p> <p>Exteriorización/comunicación (C.P) (personal de salud)</p>

<p>acudiente que iba conmigo tenía que salir, así fueran cinco minutos, para poder decir lo que sentía, porque si ellos estaban ahí no era capaz de decirlo.</p>		
<p>E: Ok. Y entonces por fuera de tu esfera familiar ¿a quién fue la primera personas que le contaste que tenías como esto de los trastornos mentales o un diagnóstico?</p> <p>(28) Creo que, supongo que fue a mí primera pareja, mis amigos no lo sabían, Pues no era algo de lo cual hablara. Tenía marcas de autolesiones por mi cuerpo, pero si alguien me preguntaba al respecto lo negaba.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (pareja)</p> <p>Autolesiones</p>
<p>E: Listo, posterior al diagnóstico, ¿en cuáles aspectos has notado como un cambio, o por ejemplo, has notado un cambio en las actividades que realizabas? Es decir, un cambio antes y después del diagnóstico.</p> <p>(29) Pues el hecho de saber que tenía algo me interesaba solucionarlo o al menos alejarme de situaciones que sabía que me iban a poner mal o intentaba intuirlo y un cambio como tal, creo que sería como más consciencia respecto a las cosas, siempre mantener como el control, más consciente no tan desmesuradamente.</p>	<p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE SUCEDE</p>	<p>Prácticas de autocuidado (C.P)</p>
<p>E: Bueno, eh, tú vives con tu mamá solamente, pero ¿tienes hermanos?</p> <p>(30) Sí, tengo tres hermanos</p>		
<p>E: ¿Y ellos saben del diagnóstico?</p> <p>(31) Sí</p>		

<p>E: Pero no lo comentan, o sea, no es un tema del que hablen o ¿ya por ejemplo es un tema más abierto?</p> <p>(32) Para ellos, ellos son del tipo de personas que no confían mucho en esos diagnósticos, hasta pareciera que no les importara, de hecho, por ejemplo prefieren que no tome los medicamentos, dicen que si pongo de mi parte todo va a estar bien, como que en realidad no comprender la magnitud real de las cosas, simplemente dicen que es bobada mía, que es una etapa</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Indiferencia Incredulidad Responsabilizar al sujeto</p>
<p>E: ¿Y esto significó algún cambio en estas relaciones familiares, o sea, el diagnóstico en sí?</p> <p>(33) Hablaban más al respecto de eso, pero siempre era con la misma tónica de que era mi culpa</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: Ok, entonces si te preguntara ellos cómo lo tomaron podríamos decir que...</p> <p>(34) Lo negaron. Y aún lo niegan</p>	<p>RSPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Negación</p>
<p>E: ¿Y sientes que hay un trato diferente hacia ti posterior al diagnóstico?</p> <p>(35) Al principio no, pero con los años y con todas las crisis que he tenido poco a poco se han vuelto más comprensivos.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Familiar</p> <p>Comprensión</p>
<p>E: Ok. Ya para hablar más sobre el ámbito social ¿Consideras que tienes amigos cercanos?</p> <p>(36) Sí</p>		
<p>E: En qué medida, ¿sientes que eres de las personas que tienen grupos</p>		

<p>sociales muy amplios o que solo son pocos amigos los que son cercanos?</p> <p>(37) Pues para mí es complicado como pensar en eso porque puedo conocer a mucha gente pero es muy difícil sentirme cómoda con alguien, entonces son muy pocas las personas con las cuales me siento cómoda y las soporto por, digamos, más de dos horas.</p>		
<p>E Por ejemplo tu grupo de amigos cercanos lo consideras amplio...</p> <p>(38) No, muy reducido</p>		
<p>E: ¿Más o menos de cuántas personas estamos hablando?</p> <p>(39) tres, cuatro.</p>		
<p>E: Ajá, y ¿ellos saben del diagnóstico?</p> <p>(40) Sí</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (amigos)</p>
<p>E: ¿Hablas con ellos de este tema o solamente fue algo de una conversación?</p> <p>(41) mmm no, no con todos. Con unos fue una conversación que cayó en ese tema y pues sí, dije lo que había pasado pero con el resto no, no es como que se converse al respecto</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (amigos)</p>
<p>E: Con aquellos con los que sí conversas, ¿qué discuten en estas conversaciones, cuál es el foco?</p> <p>(42) : Qué es lo que siento, qué es lo que pasa cuando estoy mal, qué pasa</p>		<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (amigos)</p>

<p>por mi cabeza, por qué hago las cosas que hago</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE SUCEDE</p>	
<p>E: Y ¿tú cuál sientes que es el propósito de estas conversaciones o qué influencia tiene en ti?</p> <p>(43) Siempre uno intenta como buscar un punto imparcial y como, yo diría, me cuesta mucho resolver mis conflictos, eh me gusta saber la opinión de las personas, como qué harían al respecto, o si piensan que está mal o está bien, no porque lo vaya a hacer, simplemente para saber y formar mi propio criterio sobre ello</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P)</p>
<p>E: A la hora de establecer estas relaciones, cierto, ¿de qué manera lo haces? en tu vida cómo estableces estas relaciones interpersonales?</p> <p>(44) Es algo complicado, ehm, diría que es por casualidad, nunca me he acercado a una persona como tal, siempre llegan hacia mí o las circunstancias de la vida se dan para que terminemos en un lugar donde nos conozcamos, pero nunca me he acercado a alguien como tal, por iniciativa.</p>		
<p>E: ¿Y esto es solo en las relaciones interpersonales llevadas al compañerismo o la amistad, o en situaciones sentimentales como de pareja también sientes que llegan las personas y no tienes tú esa intención de acercarte?</p> <p>(45) Siempre en cualquier ámbito ha sido así</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>interpersonal Relaciones de pareja</p>

<p>E: Entonces según todo lo que me comentas. ¿tú cómo podrías considerar tu desempeño en el ámbito social?</p> <p>(46) Ha mejorado porque ahora sé muchas más cosas y comprendo muchas más cosas que las que comprendía antes. Eh, como muchos protocolos sociales, mi mayor debilidad diría que es como leer a las personas y lo que realmente quieren decir, para mí es muy confuso, con los años he aprendido, he leído, he visto y he experimentado. Y soy como un poquito más empática y eso ha mejorado.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Interpersonal</p> <p>Confusión</p> <p>Mejorar Aprender</p>
<p>E: ¿Se puede decir que tú has notado un cambio en tus relaciones interpersonales, en tu desempeño, incluso en el establecimiento de estas?</p> <p>(47) Sí, me... cuando uno sabe cómo leer un poco más a la persona, se hace más fácil mostrarse agradable, o sea, lo que le puede parecer agradable, entonces diría que mi desempeño social es bueno hasta cierto punto.</p>		
<p>E: ¿Pero entonces este cambio que has notado en las relaciones no fue precisamente posterior al diagnóstico, sino como transversal a este?</p> <p>(48) No, no fue posterior a este, en realidad es muy reciente</p>		
<p>E: ¿O sea que tus relaciones no cambiaron solo porque te dieron el diagnóstico sino que fue más porque...?</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>

<p>(49) Yo diría que fue más parte mía. O sea, los medicamentos me ayudaron a controlar mucho la ansiedad que era lo que nublaba mi criterio sobre las cosas, o no me permitía directamente actuar o hablar, entonces eso fue una ayuda muy grande, ya el resto diría que fue parte mía más que todo.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Criterio nublado</p>
<p>E: Listo. Igual nosotros como seres sociales, no movemos en este contexto, ya sea en la universidad, en la casa...nos enfrentamos a las relaciones sociales. Tú te mueves en un entorno universitario ¿notaste algún cambio en tu desempeño académico a partir del diagnóstico?</p> <p>(50) Pues, es muy complejo, em, al sentirme más cómoda con las personas puedo desenvolverme más fácil, y como mi carrera consta básicamente de actuar para un público y tener esa presión encima de mí, es bueno. Esa presión, y la responsabilidad como tal, tener que ir todos los días a la universidad y socializar obligatoriamente me ha servido y también el hecho de... conocerme a mí misma.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Presión social</p>
<p>E: Listo, y por ejemplo ¿tus compañeros de la universidad saben que presentas el diagnóstico psicopatológico? ¿Dentro de los compañeros de la universidad hay algún compañero que consideres amigo cercano y que lo sepa?</p> <p>P#1: no E: ¿Entonces no saben? P#1: No</p>		

<p>E: ¿Tú consideras en algún momento necesario, eh, hablar de este diagnóstico con tus compañeros de universidad, o con tus profesores?</p> <p>(51) No, no me siento cómoda, o sea, eh, mi profesora de piano lo supo porque en un momento yo estaba en una crisis muy fuerte, y pues ella se preguntaba qué pasaba y me parecía que, que no había manera razonable de explicárselo sin explicarle lo que tenía, entonces se lo dije por esa razón, si no probablemente no se lo hubiera dicho. No me parece necesario que lo sepa.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (Docentes)</p> <p>Asunto personal</p>
<p>E: Entonces si te preguntara que si has sentido la necesidad de justificar algo con el trastorno ¿podríamos decir que fue en ese momento...?</p> <p>(52) Sí</p>		
<p>E: ... ¿De resto no?</p> <p>(53) No, pues, no no no me siento cómoda, eh, las personas tienen siempre muchos prejuicios encima y siento que no va a ser lo mismo, no va a ser lo mismo y su visión va a cambiar y pues, por supuesto, debería cambiar después de eso, pero no, como tampoco es algo seguro, no, cómo voy a hablar con propiedad sobre ello si ni siquiera sé si es eso.</p>	<p>ESTIGMA</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Prejuicio Auto estigma</p> <p>Inseguridad</p>

<p>E: ¿y por qué consideras que después de saberlo seguro tendrían que cambiar como su percepción?</p> <p>(54) Porque es inevitable. Las personas...eh, tienen un tabú muy grande hacia las enfermedades mentales y aún hay mucha gente que piensa que, nada, uno está loco si va a un psicólogo o lo que sea, y no me interesa que indaguen sobre mi vida. No, pues me parece algo demasiado personal.</p>	<p>ESTIGMA</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Tabú</p> <p>Asunto personal</p>
<p>E: Bueno, entonces ya que tocaste el tema del tabú, cierto, o de los prejuicios...¿has sentido algún tipo de rechazo por este condición?</p> <p>(55) Sí... en el colegio, o bueno, solo en la calle, a veces la gente se queda mirando mis cicatrices o muchas veces cuando he tenido ataques de pánico y pues siento como esas miradas de a veces curiosidad o como... no una curiosidad sana, no sabría cómo explicarlo, pero no no siento que sea algo, algo bueno.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Curiosidad</p>
<p>E: Y, eh, o sea, ¿entonces tu sientes que de alguna forma tu condición es perceptible aún sin tú contarlo?</p> <p>(56) A veces me gusta pensar que, eh, no es así, pero muchas personas me han preguntado como sí pasa algo y yo lo niego, pero creo que sí es perceptible aunque, lo lo que más he trabajado es para que no se perciba.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Querer negarlo</p>
<p>E: ¿Y has notado algún cambio en las personas hacía ti?</p>		

<p>(57)... No lo sé, pues, porque no sé si la percepción que tenga sea real... de por sí siempre siento que me miran de manera extraña o que si estoy en un lugar con personas preferiría que no estuviera ahí</p>		
<p>E: En caso de que, eh... como has notado este cambio, los has notado entonces mayormente como en cuanto a tu presencia, ¿cierto? Como a cómo te perciben</p> <p>(58) Sí</p>		
<p>E: ¿Y a qué atribuyes ese cambio de las personas? En su percepción</p> <p>(59) A..., yo diría que es como a... cuando pierdo el control de mí... y soy yo. Cuando soy yo, se dan cuenta. Entonces debo siempre intentar no ser tan yo.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Autocontrol</p>
<p>E: Hablamos entonces como de una cohibición de...</p> <p>P#1: Sí</p> <p>E: ...de lo que tú eres</p> <p>P#1: Sí</p> <p>E: ¿Y ha funcionado por ejemplo en el ámbito social?</p> <p>(60) Sí, todo el tiempo</p>		
<p>E: ¿Y tú cómo te sientes con tener esa idea de que al cohibirte eres más aceptada?</p> <p>(61) mmm, no me gusta que la gente sepa muchas cosas sobre mí, es, no siento que sea bueno para mí. Les muestro solamente lo que quiero que vean. Eh... a veces me gustaría decir muchas cosas... mi opinión sobre muchas cosas pero esa cohibición me</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE SUCEDE</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Prácticas de autocuidado</p> <p>Vulnerabilidad</p>

parece que es buena... me hace menos vulnerable entre la gente.		
E: ¿Tú sientes o crees que le importas a las demás personas? (62) No lo sé...		
E: ¿Por qué? (63) ...porque tengo una percepción muy negativa del ser humano y no creo que el ser humano sea capaz de preocuparse genuinamente por algo más que no sea el mismo	COGNICIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE	Percepción negativa del otro
E Y por ejemplo ¿qué comportamientos de los demás te demostrarían que hay cierta preocupación o importancia hacía ti? (64) : Lo que sea que hagan va a ser contraproducente, pues, si por ejemplo preguntan si algo sucede voy a pensar inmediatamente que no les interesa sino que solo quieren saciar su curiosidad. Entonces, a veces intento cambiar esa idea tan, tan hostil ante la gente, siempre tengo como... siempre estoy muy a la defensiva... pero yo creo que pues más que con palabras sería con actos pequeños, que rompan como esa esfera de egoísmo que para mí es el humano.	COGNICIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE RESPUESTA DEL ENTORNO CONDUCTAS FRENTE A LO QUE SUCEDE	Pensar que el interés del otro no es sincero Curiosidad Actitud defensiva
E: Ya viéndolo como desde el lado contrario ¿qué comportamientos sientes que crees que son los que tienen las personas a las que crees que no les importas? O sea ¿con qué acciones de los demás sientes que nos les importas?		

<p>(65) Por los tonos de voz y... he aprendido como a notar ciertas expresiones en la gente, aunque... es que es muy complejo porque, mi mismo estado a la defensiva y como la paranoia puede tergiversar mucho eso...pero a veces siento que puedo ver eso en la gente, como cuando están mintiendo.</p>		
<p>E: ¿Cuándo dices que estas acciones son...o que mienten, mienten referencia a qué, o qué clase de mentira?</p> <p>(66) Que preguntan porque no les inte... no porque les interese sino porque... les da curiosidad, son chismosos.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Pensar que el interés del otro no es sincero</p> <p>Curiosidad</p>
<p>E: Listo. ¿Y en este momento tienes pareja?</p> <p>P#1: No.</p> <p>E: ¿Y has tenido a lo largo de estos años?</p> <p>P#1: Sí</p> <p>E: ¿Y cómo han sido estas relaciones?</p> <p>(67)...Yo diría que bastante complicadas. Pues hay muchas cosas que hago y que pueden herir a la gente y yo no me doy cuenta de que eso puede herir a la gente... y pues bueno las relaciones son parte de confiar en el otro, de comprenderlo, de ayudarlo y si no me dicen las cosas como tal que sienten yo jamás las voy a inferir, entonces no soy como una muy buena compañía. Y en cuanto la confianza, me cuesta muchísimo confiar en alguien, así que por ese lado también es complicado</p>		

E: Listo, eso era como todo. Muchas gracias		

Participante #2

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
<p>Entrevistador: Bueno, para empezar, háblame de ti, eh más que todo como, eh, ¿dónde vives, con quién vives?</p> <p>(1) Bueno, eh, yo me llamo X, vivo en estos momentos en Envigado, soy de Aranjuez, donde he vivido 20 años de mi vida en Aranjuez, a los 2 me fui, llevo 3 años viviendo en envigado. Estudio educación especial en la Universidad de Antioquia y actualmente estoy en el...quinto, sexto semestre.</p>		
<p>E: Listo, y ¿qué estrato eres ahí en envigado?</p> <p>(2) Soy estrato 3</p>		
<p>E: ¿Tienes además de que eres estudiante algún otro tipo de ocupación, trabajas?</p> <p>(3) En estos momentos estoy trabajando vendiendo cositas por mi parte y estoy buscando un trabajo</p>		
<p>E: Listo ¿Cuál es tu estado civil?</p> <p>(4) Soltera</p>		
<p>E: ¿Tienes hijos?</p> <p>(5) No</p>		

<p>E: No, bueno. ¿En envigado con quién vives?</p> <p>(6) Vivo con mi mamá, mi hermano, mi abuela y dos perros.</p>		
<p>E: Listo. Eh bueno. En cuanto al enfoque del trabajo es acerca de los diagnósticos psicológicos. Entonces respecto a esto, ¿tú hace cuánto tiempo tienes un diagnóstico, a qué se debe?</p> <p>(7) : Bueno, eh, el camino como para darse cuenta de que yo iba a estar, pues, como de que yo iba a ser diagnosticada, empezó todo a los 15 años</p>		
<p>E: Sí...</p> <p>(8) Comencé a leer literatura existencialista de Herman Hesse, eso revolcó absolutamente todas las estructuras mentales que yo tenía hasta el momento y no sé si sea la razón, pero sí sé fue el detonante que me sumió en una profunda depresión...</p> <p>A los 18 años me intento suicidar la primera vez, eh, y en ese momento me llevan al hospital psiquiátrico donde me diagnostican</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Hospitalización</p> <p>Intento de suicidio</p>
<p>E: mhmm</p> <p>(9) Ehhh de ahí, bueno, el primer diagnóstico que me hicieron fue depresión, luego con el transcurso del tiempo cambio a bipolaridad, después por una pelea fuerte que tuve con varios psiquiatras porque consideraba que ese no era mi diagnóstico, se reformuló y se, y se colocaron como trastorno límite de la personalidad con depresión, trastorno de ansiedad, ehh y en estos momentos se está reevaluando</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Múltiples diagnósticos</p>

<p>de nuevo un TDAH en la infancia, de hecho mañana me, me dan los resultados, te cuento cualquier cosa, pa cambiar ahí...y.. bueno, sí, es eso.</p>		
<p>E: Y por ejemplo cuando tú empezaste a presentar estos cambios en tu estado de ánimo, ¿cierto? Que me dices que fue a partir de los quince años, eh ¿tú ya asociabas eso con la palabra depresión o era algo como totalmente incomprensible para ti? (10) Yo no asociaba eso como depresión, yo simplemente, es que yo ni siquiera sabía que eso era depresión, yo simplemente me sentía, me siento profundamente miserable, es algo que yo ni siquiera lograba controlar, era un estado que simplemente estaba y puedo decir que el 80% de las veces está sin ninguna razón...</p>	<p>CONDCUTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Autocontrol</p>
<p>E: Ajá (11) o sea, simplemente me sentía triste y era la incapacidad física de sentirme feliz o de sentirme tranquila, o de sentirme bien, cómoda.</p>		
<p>E: Listo, entonces tu hasta el momento tienes, pues, variados diagnósticos, ¿cierto? Porque me imagino que aun así los reevalúen no quita que el primero fue depresión a los dieciocho, ¿cierto? (12) Ajá</p>		
<p>E Bien, ¿tomas medicamentos para estos trastornos?</p>		

<p>(13) ehh, yo tomo... interrupción. ¿Cómo perdón?</p>		
<p>E: eh, medicamentos... (14) eh, sí, tomo desvenlafaxina, litio, olanzapina y alprazolam</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>
<p>E Ajam, ¿desde los dieciocho años tomas medicamentos, los has suspendido algún tiempo? (15) No, jm, eso fue una cosa impresionante. Pa encontrar el medicamento para mí fue horrible. Yo me intenté suicidar tres veces seguidas en el mismo año, los intervalos eran de 1 – 2 meses mientras salía del mental y volvía a intentarlo.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>
<p>E: ¿Y fue a los dieciocho años? (16) Exacto... ehh, y entonces, pues, ya dieciocho diecinueve años porque ya había pasado el año siguiente y a mí, mí, uff, se intentaron todas las drogas habidas y por haber para primero para manejar la depresión, luego para manejar la ansiedad y luego para manejar supuestamente los impulsos, por cuando creían que yo tenía bipolaridad, de ahí quedé con olanzapina que esta diagnosticado pues para para bipolaridad y...y me lo dieron porque funcionó muy bien en mí como somnífero, porque aparte tenía un trastorno, pues, como para dormir. Tenía, exacto, tenía insomnio, todo el tiempo y nunca descansaba. Entonces yo me casé con esa droga, me casé con esa droga, hasta el punto de que yo me</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>

<p>la hice retirar, o sea, yo me hice retirar el diagnóstico de, de bipolaridad para que me lo cambiara por depresión y trastorno límite, con eso me quitaron la droga, me intentaron, eh, me dieron, me dieron quetiapina en lugar de eso y eso me enloqueció tanto que me terminé suicidando, pues, intentando suicidar por la cuarta vez. Entonces yo dije vea, me importa un culo, o sea, póngame el diagnóstico de de bipolaridad, pero devuélvame mi pastilla.</p>	<p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE SUCEDE</p>	<p>Intento suicida</p>
<p>E: Aja</p> <p>(17) porque con esa pastilla a mí se me controla muchísimo, yo creo que es es un gran componente de lo que de lo que controla mi ansiedad, ehh, el sueño, la depresión, es, para mí es una escapatoria, más que todo que cuando me la tomo no siento la vida por doce horas aproximadamente.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>
<p>E: ¿Cuál fue el principal motivo como por el que, por el que tenías la intención de cambiar ese diagnóstico de bipolaridad?</p> <p>(18) : Ah ese diag..bueno, primero porque no me identificaba...</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Identificación</p>
<p>E: Sí...</p> <p>(19) me sentía completamente insultada, no porque lo vea como algo peyorativo o algo malo, sino porque es que me estaban definiendo con algo que no soy y eso a mí me trajo muchas consecuencias, como por ejemplo no recibir cierto tipo de terapias</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Insultada</p> <p>Identificación</p>

<p>para la depresión en la eps porque solamente estaban guiados a la población con la con depresión, entonces me privé de eso, ehh también porque iba a hacer un viaje supuestamente para Estados Unidos para trabajar como niñera, eh y con el tra... con el diagnóstico de bipolaridad no me dejaban entrar, depresión era más pasable y de algún...eso fue como el detonante, como las guevas, es que mirá, ya me estoy perdiendo de mucho simplemente pues, por tener algo que que no me identifica</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUEDE</p>	<p>Discriminación</p> <p>Indignación (frustración)</p>
<p>E: Y por ejemplo, a ver, tú te identificas con diagnósticos como la depresión, la ansiedad...</p> <p>(20) sí</p>		
<p>E: Sí, pero con el de bipolaridad no...</p> <p>(21) no</p>		
<p>E: y ¿eso se debe a qué? ¿Como que has buscado información acerca de lo que conlleva tener depresión...?</p> <p>(22) Exacto, más la pelea que he tenido por más de un año con los psiquiatras en los cuales yo he pedido explicaciones concretas de lo que son la bipolaridad y... y les hago saber de que de que son sintomatologías que en mí no se presentan.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Búsqueda de certeza</p>
<p>E: ¿Has tenido, has llevado a cabo procesos psicoterapéuticos?</p> <p>(23) Estoy con un psicoanalista desde hace 4 años, estoy recibiendo terapia de rehabilitación cognitiva conductual en la eps más la psiquiatría</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>

<p>E: Listo ¿y esos procesos de psicoterapia hace cuánto empezaron más o menos?</p> <p>(24) El de psicoanálisis hace 4 años, el de, con la neuropsicóloga aproximadamente dos meses y eh con psiquiatría desde el primer intento de suicidio</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE SUCEDE</p>	<p>Psicoterapia individual</p> <p>Intento suicida</p>
<p>E: Y ¿tú cómo has sentido esos procesos psicoterapéuticos, que influencia han tenido en ti comparados con los farmacológicos o no encuentras diferencia?</p> <p>(25) No, la diferencia es gigante, la diferencia es gigante porque es que lo que hace la, el fármaco es ponerme en un estado anímico, es como si me anesthesiara...</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	
<p>E: mjmm</p> <p>(26) O sea es una anestesia, pero esa anestesia es muy volátil es como que cualquier cosa la rompe... cuando la rompe la rompe en situaciones que yo no puedo controlar</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	
<p>E: mjmm</p> <p>(27) manejar esas situaciones me lo ha enseñado la terapia, más que el fármaco simplemente es como esa ayuda, como venga: yo le doy un poquito de serotonina y dopamina pa que sea feliz</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>
<p>E: Sí, listo y para ti ¿qué ha significado tener esos diagnósticos? ¿Qué significa para ti tener ese diagnóstico en sí...o los múltiples diagnósticos?</p>		<p>Problemas de autoestima</p>

<p>(28) Pues, eso ha generado graves problemas de autoestima y un odio profundo por la existencia y si hay algo más grande, eso más grande porque no entiendo porqué carajos de tantas personas que hay en el mundo me tocó a mí jaja no lo acepto, no lo acepto, si por mi fuera si tuviera la posibilidad de cambiar eso sería algo que simplemente; o sea como enamorarme y decir: no, eso ya hace parte de mí lo quiero llevar conmigo. Si yo tuviera la posibilidad de cambiarlo lo haría sin pensarlo dos veces. Porque me gustaría tener la mente estable, de una persona que regularmente llamamos normal...</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Impotencia</p> <p>No aceptación</p>
<p>E: Ajam</p> <p>(29) porque ustedes viven la vida como si fuera un regalo y la viven con gratitud. Y la vivo con desolación y desesperanza. E que yo yo no tengo metas, yo no tengo esperanzas de nada, el único deseo recurrente es no estar acá, envidia esa mirada de las personas de ver la vida con gratitud, porque a mí no me da. Entonces parece, no sé, si lo pudiera cambiar, sí. ¿Qué significa para mí? Un castigo</p>	<p>EMOCIÓN FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Envidia</p>
<p>E: El diagnóstico para ti...</p> <p>(30) No el diagnóstico, porque el diagnóstico... el diagnóstico lo que hace es darme un reconocimiento político, sino lo que significa...</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Reconocimiento político</p>
<p>E: : Exacto, porque lo que, o sea, lo que yo estoy tratando de preguntar es más en sí en la etiqueta del diagnóstico, ¿si me entiendes?</p>		

(31) Ahhhhh		
<p>E: no tanto lo que conlleva la ansiedad la depresión... en sí, si no la etiqueta...</p> <p>(32) Ah no. no, la etiqueta, la etiqueta es una gonorrea, empezando por algo básico y es que tengo 23 años y en mis 23 años de vida cuatro parejas me han dejado con el argumento de: yo quiero estar con una persona normal</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p>	<p>Etiqueta</p> <p>Malestar</p>
<p>E: ajam</p> <p>(33) Todo el tiempo soy vista como X la que tiene algo que nadie sabe qué es pero tiene algo y no como X ve, esa vieja es persona. Permea mucho mis relaciones con las personas porque de alguna manera tengo una manera de relacionarme que tiende a ser muy diferente, o sea, tiendo a pesar de ser la mayoría de veces como muy explosiva y muy alegre, que son simples mascararas como para ocultar esa miseria que llevo adentro; cuando ataca la ansiedad o cuando ataca los pensamientos existencialistas, cuando ataca la desazón de ser y de estar, cambio completamente y eso para las personas es difícil de llevar porque lloro o me angustió o simplemente no estoy... y para las personas es des es desgastante. No soy vista a partir de mis capacidades, soy vista a partir de si mi condición se equivoca, eso va a ser lo que te va a catalogar de aquí en adelante, pero si lo haces bien, no. Es tu condición la que demuestra quién carajo sos... Y es horrible porque es que todo el mundo te hace sentir todo el tiempo que vos no estás en casa, o sea, que</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>ESTIGMA</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE (DX)</p>	<p>Identificación</p> <p>Prejuicio/juicio</p> <p>Aislamiento</p> <p>Discriminación</p>

<p>no sos bienvenido, que no sos parte de. La etiqueta me segrega, da un reconocimiento político, sí, pero segrega.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	
<p>E: Y por ejemplo que las personas cuando se dan cuenta de esto, ¿por qué medio es, me entiendes? ¿Es porque tú lo nombras, explicas tu comportamiento a partir de esto o la gente se da cuenta cómo?</p> <p>(34) No, eso varía, eso varía completamente. O sea, llega por ejemplo cuando voy a charlar con un man o algo así por el estilo, de entrada lo primero que digo es: oiga, vea, yo tengo esto, esto, esto y esto, por eso me comporto así, así, así y así, sépalo, porque no estoy dispuesta a aceptar que simplemente en el transcurso de mientras me conocen y se dan cuenta lo que soy se asusten y se vayan corriendo cuando yo ya generé un apego, cuando yo ya generé un vínculo, una conexión. Entonces cuando son por ejemplo, intenciones amorosas, lo dejo de entrada claro porque no no aguanto otro abandono por ser lo que soy... Y con mis amigos dejo que eso pase, o sea, cuando ellos me empiezan a notar los cambios de ánimo, cuando empiezan a ver que me apago, cuando empiezan a ver o que me exalto por la ansiedad, entonces les voy explicando paso a pasito como qué es lo que pasa en mi mente y cómo funciona y ellos van entendiendo. El 75% corre y no me vuelve ni a hablar (risa) y el otro se queda pero mediocrementemente</p>	<p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE LE SUCEDE (DX)</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) pareja</p> <p>Distanciamiento</p> <p>Identificación</p> <p>Distanciamiento</p> <p>Exteriorización/comunicación (C.P) (amigos)</p>

	ÁMBITO AFECTADO	Interpersonal Relaciones de pareja
<p>E: Sí... X, un antes y un después del diagnóstico. ¿Logras identificar eso o realmente las cosas...</p> <p>(35) : No, yo era, cuando era niña yo era exactamente lo mismo que soy ahora, solamente que lo ocultaba más por esa inocencia y esa, y ese espectáculo que genera el mundo en los primeros momentos, uno tiene como la mente ocupada de otras cosas, pero yo siempre fui miserable</p>		
<p>E: mjmm</p> <p>(36) siempre, siempre, siempre y no porque antes tuviera pensamientos de que la vida no valía la pena, sino porque tenía un contexto muy violento que me hacía sentir miserable todo el tiempo</p>		
<p>E: ajam</p> <p>(37) Entonces si yo me pongo a hacer una retrospectiva, yo no me acuerdo de la primera vez en mi vida que haya sido plena y feliz</p>		
<p>E: Bueno, y por lo que tú me dices de tu infancia, como que tus sentimientos han sido sintiéndote miserable, o sea, como que el contexto ha sido lo que ha cambiado esas razones del sentimiento. ¿Pero tú no notaste, por ejemplo, algunos cambios más notorios, en tus pensamientos o sentimientos, que te hicieron dar cuenta que había algo más allá de tu estado normal?</p>		

<p>(38) Parece, no, es que o sea, yo me vine a dar cuenta de que a mí me iban a poner un nombre con el intento de suicidio, pero decir que eso cambió, o sea, muchas cosas cambian, cambia el empoderamiento que vos tenés de tu condición, cambia también la percepción que vos tenés de vos mismo, sirve como identidad pero también es un puñal, porque si te identificas demasiado no salís de eso. Entonces...sí, es eso parece.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Cambio en el autopercepción</p> <p>identificación</p>
<p>E: ¿Y cómo comenzó a afectar en tu vida personal, en tú vida en general, o sea, en el ámbito familiar, en el social, el inicio de tu condición?</p> <p>(39) No, eso ha sido una bola, eso ha sido una bola que ha ido creciendo, eso no termina, eso es muy gracioso porque a mí me dicen como: no, en algún momento las cosas se van a estabilizar, van a estar mejor y lo único que ha pasado, es como si fuera una bola de nieve, arrastra y arrastra y arrastra entonces ya no son solamente los problemas del pasado sino los del presente y los que vienen. Cada vez empeora más (risa) parece, yo no tengo esperanza, cada vez lo veo más cagado, cada vez lo veo peor</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Desesperanza</p>
<p>E: Listo, en cuánto al diagnóstico, familiarmente...?</p> <p>(40) Ah no, eso es muy gracioso porque a mí me miran con lástima (risa) es como: ay, entiéndanla, ella está enfermita. Yo soy la enfermita de la casa, yo soy la que todo el mundo sabe que está loquita, por la que nadie se preocupa. Ay se</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Lástima</p> <p>Indiferencia</p> <p>Incredulidad</p> <p>Etiqueta</p>

<p>intento, ahg, que cagada, se intentó suicidar, no, pero yo tengo que ir a trabajar, después la visito, después miro a ver. O sea, de mí ya nadie espera nada (risa)</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: Bueno, y, ellos cómo tomaron, porque yo imagino que, tú me dices que fue como a los 15 años que empezaste con estas tendencias más depresivas, posterior a que empezaste a tener este tipo de acercamiento con el existencialismo, ¿cierto? Con estas lecturas, cuándo ya hubo la etiqueta del diagnóstico ¿cómo lo tomó tu familia, o sea, ellos ya lo esperaban o...?</p> <p>(41) : No, ellos se negaron mucho, ellos se negaron mucho y decían que lo mío no era depresión sino que eran espíritus</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Negación Desnaturalización</p>
<p>E: ajam</p> <p>(42) entonces me hicieron sacrificios con una santera cubana, me iban a enterrar viva, me hicieron exorcismos, mejor dicho, para ellos no era depresión...</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Desnaturalización</p>
<p>E: Sí...</p> <p>(43) Para ellos era que yo tenía un espíritu, o que o que yo estaba maldita o que la familia estaba maldita y de hecho me acuerdo que una vez en mi casa me dijeron: X es que nosotros no progresamos por toda esa mierda que carga usted espiritualmente. Nosotros somos pobres porque usted tiene algo pegado, nosotras no avanzamos es porque usted tiene algo pegado. Entonces recayó en mí la responsabilidad de que en mi casa</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Desnaturalización</p>

<p>no hubiera... efervescencia en cuestión de dinero, o sea...</p>		
<p>E: Prosperidad...</p> <p>(44) : Exacto. Yo era la culpable porque yo tenía un espíritu. Y me intentaron sacar ese espíritu de todas las maneras más traumáticas de la vida y ...pues, el espíritu nunca salió (risas).</p>		
<p>E: ¿Y como en qué momento ellos empezaron a aceptar esto o todavía son muy resistentes frente al...?</p> <p>(45) no, no, ya lo aceptan, ya lo aceptan porque es como: ey, pana, ve, esto existe, después de cuatro intentos de suicidio te empiezan a tomar en serio</p>		
<p>E: mjmm</p> <p>(46) (risas) y entonces, pero entonces ya lo que cambió la mirada, a una mirada más... médica, ya ellos no miran el trastorno sino miran cómo puede ser curado, entonces que la meditación, que que, que la alimentación, que no puedo comer lácteos, que no puedo, bueno, un montón de mitos y vainas que que van reproduciendo ellos de que: ay, es que tengo una hija con depresión, venga, la mía también, entonces me han llevado a terapias de todo tipo. Mejor dicho yopero</p>	<p>ESTIGMA</p> <p>TRATAMIENTOS</p>	<p>Mitos</p> <p>Alternativos</p>
<p>E: has pasado por todo</p> <p>(47) ajam</p>		
<p>E: ¿Y a quién fue la primera persona que le contaste cuando el diagnóstico en sí, o por ejemplo cuando los intentos de suicidio?</p>		

<p>(48) a mi mejor amigo, él fue el primero en saber absolutamente todo y ya con él empecé a descubrir que me podía abrir con el mundo, porque él no corrió, el se quedó. De hecho es el único amigo que tengo. Nueve años de amistad, parece, ha sido la única persona constante en mi vida. O sea, aparte de mi mamá pues y de mi papá.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (Amigos)</p> <p>Interpersonal</p>
<p>E: Entonces, ya entrando más como en el ámbito social, ¿cierto? Que me dices que se lo contaste a él por primera vez, eh, ¿tú tienes amigos, además de él, como igual de cercanos o solo con él?</p> <p>(49) No</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p>
<p>E: Bueno, no son tan cercanos ¿pero tiene amigos?</p> <p>(50) Parece, conozco a mucha gente, pero ya</p> <p>E: Es decir, si la pregunta directa fuera como cuántos amigos cercanos tienes dirías...</p> <p>P#2: 1</p>		
<p>E: 1... Listo, y en este círculo de personas que conoces, eh, ¿les comentas acerca del diagnóstico en sí, o es más como me decías ahorita, que esperas si se dan cuenta, según la relación?</p> <p>(51) espero a que me, a que, espero que se den cuenta, siempre, y también con las bromas, porque yo manejo un humor muy negro con mi condición, entonces me burlo constantemente de mí misma y también eso hace notorio....</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (humor negro)</p>

<p>E: Y cómo lo toman? Porque me dices que tu mejor amigo se quedó...y estuvo ahí</p> <p>(52) ajá...muchas personas se escandalizan, otras toman la misma tónica que yo, entonces es muy bonito, porque por ejemplo me empieza a dar ansiedad y, y (risas) en vez de salir corriendo como lo hace todo el mun...: de hijueputa, esta vieja está loca, empiezan como: ahg, esta gonorra ya va a empezar (risas) entonces son maneras muy bonitas de ir llevando las cosas. Yo con el humor negro, yo creo que eso ha sido lo que, lo que me ha salvado de mi condición, de que me burlo de ella más no poder</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>Escandalización</p> <p>Distanciamiento</p> <p>Mito</p>
<p>E: y ¿hablas con ellos como directamente del tema? o ¿ manejan así con humor negro, con la charla??</p> <p>(53) : No, de manera directa y con la charla, yo no tengo ningún tabú con lo que yo soy, porque no, o sea, yo digo que para mí es un castigo, pero de igual manera, a pesar de que lo perciba como castigo, soy me siento muy reivindicada con mi condición, porque hago de ella lo mejor que puedo</p>		
<p>E: ajam</p> <p>(54) y me encargo de que la gente sepa de que es que yo también existo y que gente como yo hay mucho, y que te tenés que empezar a abrir un poquito la mente porque es que como yo te vas a encontrar demasiados y para mí es más como una pedagogía de enseñarle a las</p>	<p>ESTIGMA</p>	<p>Visibilizar la salud/ enfermedad mental</p>

<p>personas cómo vivir con personas como yo</p>		
<p>E: mm bueno, ¿y el establecimiento de estas relaciones interpersonales cómo se da?</p> <p>(55) No, es que yo soy muy entrona (risas) yo soy demasiado espontánea, entonces para mí es muy fácil hacer amigos y un día ya simplemente nos tomamos cuatro tintos en una semana y ya...</p>		
<p>E: ajam</p> <p>(56) estamos hablando mierda existencialista y sobre la vida de cada uno, o sea, es muy fácil, esos contactos se dan muy seguido, de hecho es algo muy gracioso porque yo nunca estoy sola, pero me siento sola</p>		
<p>E: Mjmm, sí, ¿y cómo consideras tú que te desenvuelves socialmente?</p> <p>(57) Yo soy un fracaso, o sea... es como se lo dije yo una vez a mi, a mi neuropsicóloga, vea, esto podrá sonar muy egocéntrico, pero yo me comparto con las personas como me sueño el mundo comportándose con todo el mundo, siempre soy muy madre, muy atenta muy preocupada por todo...pero no sé si será por el mismo trastorno límite de la personalidad que comparto más de lo necesario, doy más de lo necesario... y no es fácil, entonces es es muy gracioso porque yo tengo algo como una ansiedad social, yo vengo y hablo con cualquier persona y luego me quedo sola tres minutos y me pongo a llorar porque siento que dije algo estúpido y.. y</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Fracaso</p> <p>Interpersonal</p> <p>Causalidad</p>

empiezo a darme pata de es que vos no sabés comportarte en sociedad..		
E: ...aja... (58) es que vos no, es un constante, yo soy mi verdugo, yo (risa) yo me castigo todo el tiempo	EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE	Culpa
E: y tú has notado algún cambio, bueno, tú me decías que hay personas que cuando se dan cuenta entonces se escandalizan, otras el humor negro, otras se quedan, pero ¿tú notaste un cambio como en las relaciones que establecías antes del diagnóstico, cierto? A las que estableces ahora...		
(59) No, siempre he sido igual	ÁMBITO AFECTADO	Interpersonal (estabilidad)
E Siempre has establecido las relaciones...y no han cambiado tampoco como la... (60) ajam...cambian como en cuestión de cómo se manejan según las edades, porque uno de de chiquito no tenía ese tipo de comportamientos como los que tiene ya grande... pero no, siempre ha sido lo mismo, entroncita y fastidiosita y ...		
E: Listo, y académicamente, ¿cómo ha influido? Eh, bueno, yo enfatizo mucho lo del diagnóstico, porque la investigación no va marcada tanto como a la enfermedad o el trastorno mental en sí, de qué influencia tiene la depresión, la ansiedad, el TDAH o la bipolaridad...lo que sea, sino cómo cambia el diagnóstico en sí de una enfermedad mental, o cómo influye, en las relaciones de las personas, ¿cierto? Entonces, por		

<p>ejemplo, académicamente, porque tú me dices que bueno, es un referente político, es un referente social y la gente también como que no comprende muchas veces, se escandaliza, otros se quedan, pero si tú pudieras pensar en qué influencia ha tenido esa condición en tu vida académica ¿has notado alguna?</p> <p>(61) : mm sí, sí, sí la ha tenido ehh ¿cómo ha influido? Parece, pues mucho, es muy gracioso porque en el cambio, a mí me tocó todo el cambio de medicamentos y todo ese montón de cosas estando en la universidad, entonces en muchaaas ocasiones, eh, perdía facultades cognitivas, era muy difícil desarrollarme de una manera óptima estando en unos estados físicos, mentales, emocionales,</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico Personal</p>
<p>E...sí...</p> <p>(62) entonces muchas veces en, en la, en el proceso me dijeron que yo utilizaba mi depresión para, como excusa para ser irresponsable. Lo que me parecía muy gracioso porque yo nunca he sido irresponsable. Cuando tengo crisis, o cuando algo anda mal, hago mis cosas pero a mí tiempo...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico</p>
<p>E: mjmm</p> <p>(63) que no me da, parece, o sea, es muy difícil preocuparme por parece por un texto de tres páginas que tenés que hacer sobre Piaget, cuando por dentro marica lo único que querés literal es matarte y no existir más. O sea es como: coma mierda Piaget, me lo meto por el culo.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico</p>

<p>E: Sí...</p> <p>(64) o sea, no estoy bien. Entonces hubo mucha incomprensión de muchas partes, hubo mucha comprensión de otras partes y se fue generando el tabú y el estigma de, por ejemplo me decía ahorita una compañera dizque: ay X, usted me dio una patada en el estigma porque a mí me habían dicho que trabajar con usted era muy difícil que porque usted era muy complicada</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>Comprensión</p> <p>Mito</p>
<p>E: ajam</p> <p>(65) y yo era como (entre risasa): gonorrea yo soy re madre, güey, qué le pasa, entonces... parece, mientras estoy sana, o, no sana, mientras estoy estable... todo en la universidad es maravilla. O sea, yo no considero que haga algo tan bien como lo que hago académicamente, o sea, estoy muy muy satisfecha con mi proceso y muy satisfecha con lo que hago, pero cuando no estoy bien, no estoy bien, no soy capaz de aceptar un ritmo normal</p>		
<p>E: pero entonces en esta medida, ¿tú en ocasiones has sentido la necesidad de justificar eh... algo con la enfermedad?</p> <p>(66) claro...claro, eso, claro, porque es muy gracioso, me hablaba en estos días un compañero de estado unidos que cuando vos estás trabajando allá y vos tenés depresión y sentís que en serio no te podés parar de tu cama, vos decís: ve, pana, tengo depresión, pues, tengo la depresión alborotada hoy... eh, no puedo ir a trabajar; y ellos te</p>		

<p> cubren el día de trabajo completamente porque lo cubren como una enfermedad</p>		
<p>E: ajam</p> <p>(67) parece, literal estás completamente impedido, cuando vos estás en un estado de tristeza extremo vos no sos capaz de nada, entonces toca justificar y no es justificar, es argumentar mi condición frente a lo que ellos perciben de cómo debería ser el mundo, o sea, yo funciono de una manera diferente en muchas situaciones, me toca siempre argumentar y muchas veces lo toman como excusas, lo toman como jueguitos, lo toman como, como cualquier cosa poco seria y muy pocas veces me dan un lugar...</p>	<p>SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Impedimento</p> <p>Incredulidad</p>
<p>E: mjmm</p> <p>(68) entonces ha sido muy difícil porque lidiar con el estigma acá en la universidad ha sido teso, porque de las enfermedades mentales no se habla nada, siempre hablamos de discapacidad visual, discapacidad auditiva, lo que lo que podemos ver, lo que logramos percibir y lo invisibilizan a uno de la peor manera. Entonces es muy gracioso porque te tienen a decir mediocre, te llegan a decir irresponsable, cuando marica, no estoy en mis facultades...</p>	<p>ESTIGMA</p>	<p>Visibilizar la salud/enfermedad mental</p>
<p>E: Sí... y bueno, ante la pregunta de tú cómo te sientes en este espacio, en el espacio académico, cierto, en el de la universidad, porque tú me decías que no sientes que haces algo mejor que lo académico ¿cierto?</p>		

<p>Pero en sí en el espacio ¿cómo te sientes?</p> <p>(69) No, en el espacio yo me siento siempre incómoda, porque no sé si es por, no sé porqué pero yo siempre tengo la necesidad constante de preguntar, de hacer intervenciones, de de no quedarme con la duda, de de de participar siempre... y me ven como la que, como la que acapara la clase, pero es que yo no entiendo si yo estoy aquí para aprender porqué carajos me tengo que cohibir porque otro no quiere simplemente hablar</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE SUCEDE</p>	<p>Académico</p> <p>incomodidad</p>
<p>E: mjmm</p> <p>(70) entonces, es teso porque se vuelve como un monologo entre ... se vuelve como un monologo entre los docentes y yo y empieza a haber también incluso mucha irritabilidad por parte de los docentes porque no toleran ... o sea, si yo lo pudiera que describir soy muy hijueputamente intensa</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Académico</p> <p>intolerancia</p>
<p>E: Bueno, entonces incómoda te sientes en el espacio...</p> <p>(71) Sí, uff, siempre, siempre, siempre...</p> <p>E: Bueno, ya más enfocado como en el tema de la percepción social que se tiene frente a las enfermedades o trastornos, eh ¿Tú consideras que le importas a los demás?...</p> <p>P#2: no...</p>		

<p>E: como, bueno... súper precisa (risas), no. Listo ¿Y por qué? O sea...</p> <p>(72) porque nadie quiere lidiar con la diferencia, porque la diferencia estorba...</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Indiferencia</p>
<p>E: pero, o sea, ¿no hay nada que vos sintás que demuestre algún tipo de importancia hacia vos?</p> <p>(73) Yo soy la boba útil de todo el mundo, doy todo por todos y nadie da nada por mí</p>		
<p>E: ¿Y has sentido que eso se atribuye como a tu condición de trastorno o es más como una percepción personal que tienes en sí?</p> <p>(74 no es percepción personal, uno mira por actos cuánto vale uno para las personas y no sé si es la totalidad del ser o algo específico, pero simplemente a mí no me dan lugar nunca.</p>		
<p>E: ¿Pero no lo atribuyes al trastorno?</p> <p>(75) Lo atribuyo a todo lo que soy, es que para mí el trastorno es como... como este lunar parece, lo tengo y hace parte de mí, o sea, es que es como, como no es la totalidad pero ahí está, entonces no lo puedo desligar...</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Identificación</p>
<p>E: aja, y ¿con qué acciones has percibido que no le importas a los demás?</p> <p>(76) ah no, porque simplemente cuando necesito algo no hay nadie,</p>		

<p>pero cuando alguien necesita algo, yo siempre estoy. Me quito el pan de la boca para darle al que tiene hambre, pero si yo tengo hambre, en vez de ayudarme o hacer algo, solamente se ríen o lo ignoran y es cansón. Es cansón porque no es que yo decida todo el tiempo quitarme lo mío para dárselo al otro, es que no soy capaz de no hacer otra cosa, no soy capaz de ver al otro pasando una necesidad en frente mío, incluso si eso implica la necesidad propia.</p>		
<p>E: Listo, entonces eh, en conclusión respecto a esta parte, tú no sientes...Esta parte se enfoca más en el estigma, entonces, por eso te preguntaba si lo atribuías a tu trastorno el no importarle a los demás o simplemente que con las acciones que has recibido no has encontrado ese sentimiento de importancia..</p> <p>(77) sí, es...exacto</p>		
<p>E: Listo, ya para finalizar, tú ahorita me decías que por ejemplo cuatro parejas de las que has tenido te han dejado porque quieren estar con una persona entre comillas normal...</p> <p>(78) ajá</p>		
<p>E: E: ...eh, ¿has tenido más relaciones además de estas cuatro?</p> <p>(79) Sí, en estos momentos estoy con alguien y es mi reivindicación como ser humano... porque ese hombre me ha visto caer en crisis, llorar, querer dormir todo el día, no querer hablar, y ese hombre simplemente...o sea, es la primera</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Comprensión</p>

<p>vez en toda la vida que a alguien no le importa que yo no me comporte igual</p>		
<p>E: mjmm</p> <p>(80) me ve por lo que soy y todo lo que soy lo acepta y es raro (risa) porque necesité 23 años para encontrar una persona así, probablemente necesitare otros 23 para encontrar la próxima, pero me da un poquito de esperanza</p>		
<p>E: Y bueno, pero esta parece ser una buena relación, ¿cierto? algo que te está llenando en el momento. Con las anteriores eh, ¿atribuías esta dificultad para establecer cierto tipo de relaciones que te llenaran... con qué?</p> <p>(81) : No, es porque simplemente no aceptaban como yo era, entonces siempre era: ahg, pero es que usted que siempre llora, ahg pero es que usted que siempre se siente mal, ahg pero es que usted siempre que se quiere morir, pero es que usted que no se quiere parar de esa cama... entonces era como es que no puedo, es que no me da, simplemente acompañame que hoy no me da, y para ellos no, porque una novia normal sale, rumbea, o salen y comen y yo a veces simplemente me quiero quedar sintiendo el bulto de la otra persona al lado mío para sentirme en paz porque no me da para más. Entonces las personas siempre eran como no, yo quiero a alguien normal y...sí</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Relaciones de pareja</p> <p>Rechazo</p>

<p>E: Mjmm, listo, yo creo que ya con esta información pues es suficiente. Igual yo las devoluciones del trabajo te las paso, ¿cierto? El proceso sigue con otras entrevistas, no contigo sino con otras personas, y bueno ya la realización del trabajo. Entonces te estaré entregando las devoluciones.</p>		
---	--	--

Participante #3

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
<p>Entrevistador: Bueno, la investigación se pregunta por la influencia que tiene el diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales de las personas y la posible estigmatización social, ¿cierto? Entonces de igual manera para comenzar con la entrevista, cuéntame acerca de ti, no sé, ¿dónde vives, con quiénes vives?</p> <p>(1) Yo vivo en Itagüí, vivo con mis papás, con mi hermana, vivimos los 4, me dedico a estudiar, es lo único que hago y ya.</p>		
<p>E: Bueno, solamente estudiante. Y vives en Itagüí ¿qué estrato es?</p> <p>(2) 3</p>		
<p>E: Eh, ¿tu estado civil es?</p> <p>(3) Em, no es soltera, tengo pareja...</p>		
<p>E: Ah bueno, tiene pareja, pero igual el estado civil es como legalmente estás soltera...</p> <p>(4) Pues no tengo por ahora unión marital ni nada parecido.</p>		
<p>E: ¿Y tienes hijos?</p>		

(5) No.		
E: Listo. ¿Qué estás estudiando y en dónde? (6) Química en la Universidad de Antioquia		
E: ¿Y en qué semestre vas? (7) Voy en el octavo		
E: ¿Cuántos años tienes? (8) Em, 23		
E: Bueno, ya eso era como la información personal. Ya pasando más como a la temática que le incumbe a la investigación, eh, ¿qué diagnóstico tienes? (9) Bueno, a mí me diagnosticaron hace como, yo creo que 4 o 5 años, eh, trastorno mixto de ansiedad y depresión.		
E: mjm, ¿cuatro o cinco años más o menos? (10) Sí		
E: Y ¿te mandaron, pues, una vez hecho el diagnóstico qué te mandaron o qué te recomendaron? (11) Bueno, primero, lo primero fue iniciar con la terapia y pues en la eps lo primero que me recomendaron fue iniciar pues a tomar fluoxetina, unas dosis como no en pastilla sino en jarabe, como 5 cm cúbicos todos los días por la mañana, pero entonces yo tengo como otras complicaciones gástricas, no fui capaz de tolerar el medicamento, entonces ya después me cambiaron por el prozac y algunas veces me daban clonacepam, pero..	TRATAMIENTO	Psicoterapia individual Medicamento
E: ¿Ya esas sí en pastillas?		

<p>(12)mjm, sí ambas en pastillas</p>		
<p>E: ¿Y eso fue inmediatamente el diagnóstico que te recetaron los fármacos?</p> <p>(13) no, o sea, la eps sí, pero con mí psicóloga llegamos como al acuerdo que no las iba a empezar a usar inmediatamente, sino ya después de iniciada la terapia, porque ya yo tomara la decisión de si quería o no, porque pues para mí era como muy extraño sentir que me tenía que medicar. Pero ya después de que iniciamos la terapia era como, pues ya es normal, es como si me tengo que tomar un acetaminofén. No es nada así del otro mundo</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Extrañeza</p>
<p>E: Ajá. ¿Y la terapia sí la comenzaste inmediatamente, con la eps?</p> <p>(14) No porque la eps me daba citas muy, como muy lejos pues, como cada dos meses o cada tres meses y yo sentía que eso no era lo que yo necesitaba, porque yo necesitaba una persona... y que además estaba la posibilidad de que me cambiaran de terapeuta, y pues, qué sentido tiene que uno vaya a un terapeuta diferente cada dos meses, tener que iniciar de nuevo, como la misma cosa cada dos meses nunca iba a avanzar, entonces lo hicimos particular.</p>		
<p>E: mjm y ¿cuánto tiempo duró esa terapia o continuas en terapia?</p> <p>(15) Hasta la actualidad, sino que primero eran como de una intensidad, pues, mayor porque yo veía a la psicóloga como tres veces a la semana... después empezamos a hacerlo dos veces a la semana, después cada ocho días y ya después como que</p>		

<p>tuve la libertad de decidir, yo, si quería tener una sesión o así.</p>		
<p>E: ¿Y fue en el proceso terapéutico como que cambió tu concepción acerca de la toma de pastillas, de fármacos psicológicos?</p> <p>(16) Exacto, porque pues obviamente todo es muy, pues, cuando a uno le dicen eso como nea qué susto, y ya pues como con la psicóloga yo le dije como no, yo que me siento muy incómoda que me tenga que decir que me tengo que medicar porque me siento mucho más rara...</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Susto Incomodidad</p>
<p>E: Sí...</p> <p>(17) entonces ya ella, pues como que, digamos que a medida que íbamos en las terapias, ella me iba a hablando de los diferentes tipos de sustentos, como que había un sustento emocional que era la terapia, y otro sustento como químico o no sé cómo llamarle, pero que era que me iba a dar la sustancia que me iba a tomar y que ambos tienen que estar juntos. O sea, porque si solo me medicaba y no iba a terapia pues no iba a hacer nada y si solo iba a terapia y no me medicaba pues estaba como incompleto.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Psicoeducación</p>
<p>E: Ajá. Bueno, la terapia entonces todavía está. ¿Los fármacos lo has suspendido...?</p> <p>(18) Sí, ya. Todo. En el momento no tomo nada porque, o sea, siento que puedo como manejar como las crisis que se vienen o las cosas. Ya tengo como ese sustento para hacerlo sola, pero obviamente me imagino que en algún momento cuando sienta que ya todo es como “bahh” lo tomaré otra vez. No sé si eso sea contraproducente o no, pero... por</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	

<p>ahora, porque primero yo solo tenía el apoyo de la psicóloga, después cuando me cambiaron el medicamento entonces ya sí iba al psiquiatra...</p>		
<p>E: mjm...</p> <p>(19) entonces, pues, él es, digamos que ya es un profesional poco ortodoxo...</p>		
<p>E: ajá..</p> <p>(20) pues, porque él siempre me ha dado como la libertad, no es como: no, o sea, te las tiene que tomar y así, tan tan, o sea, con lo único que sí ha sido muy estricto es cuando uno la va a dejar, es como: no, no la puedes dejar toda de golpe, sino que tienes que ir bajando la dosis, de a poquito de a poquito, hasta que la dejes. Porque si la cortas de uno los efectos secundarios van a ser peores.</p>		
<p>E: Claro</p> <p>(21) pero de resto todo ha sido que lo deja a mí criterio, o sea, si la quiere tomar, o no la quiere tomar</p>		
<p>E: Y ¿cómo has sentido tú como este proceso, o sea, llevar el proceso de diagnóstico acompañada de la psicoterapia?</p> <p>(22) Pues yo creo que, pues, primero pues ha sido como más fácil ¿cierto? Porque cuando a una se lo dicen primero, o sea porque cu... la primera instancia es como acudir a un médico, ir a decir como no sé qué me está pasando y ahí es como no, esto no me va a servir. Pero cuando uno va se va dando cuenta de que o sea, sí</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual (efectos)</p>

<p>funciona, te empiezas como a conocer y empiezas a controlar las cosas que sientes, a ver de dónde se detonan, qué puedes evitar o qué puedes fortalecer para que eso no pase, entonces sí ha sido obviamente mejor. Pues o sea, no tener psicoterapia eso sería horrible, estaría peor.</p>		
<p>E: Bueno, ¿y para ti qué significa ese diagnóstico?</p> <p>(23) ¿Cómo así (risa) cómo así que qué significa ese diagnóstico? no entiendo.</p>		
<p>E: O sea ¿qué es para ti el diagnóstico, qué representa?</p> <p>(24) Pues, yo creo que ha ido evolucionando con el tiempo... porque al principio yo siento que me daba pena... Como uy, qué horror, pero después con el tiempo es darte cuenta que eso no es como todo lo que soy... O sea, no me tiene que identificar, entonces sí ha sido como cambiando con el tiempo, pero al principio pues era como: qué débil, pero ya.</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Pena</p> <p>Identificación</p> <p>Fracaso/debilidad</p>
<p>E: ¿Lo asociabas con debilidad de parte tuya?</p> <p>P#3: mjmm</p> <p>E: ¿Y eso me imagino que cambió, pues, o ha ido...?</p> <p>(25) evolucionando, sí, con el tiempo. Y también yo siento que ha ido evolucionando con la terapia, porque si no hubiese asistido no me hubiese dado cuenta que es normal, o sea, tener este tipo de diagnóstico es como decir que tienes</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	

gastritis, o sea, no es algo que uno dice uy...		
<p>E: que tenga que ver contigo...</p> <p>(26) exacto, pues, si no que...igual nadie busca tener onicomiosis o tener gastritis, no, es algo que le pasa y hay que asumirlo, enfrentarlo y pues seguir con el proceso para superarlo o para controlarlo.</p>	DX Y SU IMPLICACIONES	Aceptación
<p>E: mjmm y bueno, ¿antes de que se llevara a cabo ese diagnóstico, tú que hacías?</p> <p>P#3: ¿Cómo así? (risas)</p> <p>E: ¿Cómo era tu vida antes de...?</p> <p>(27) ah bueno, o sea yo, pues no sé si entiendo la pregunta, pues si sí la entiendo o no, pero (risa) porque yo siento que no había ido o no había sentido esa necesidad porque...como que normalizaba todo lo que pasaba (ininteligible)... eso es normal, eso se me pasa, porque eso es como un ciclo</p>	DX Y SUS IMPLICACIONES	Pre-dx
<p>E: mjmm</p> <p>(28) pues como que va empezando en un grado más pequeño y va aumentando y va aumentando, entonces ya como que llegó un momento donde ya, como no, pues esto no puede ser normal. Entonces ahí fue donde en primera instancia pensé en acudir al médico para ver si de pronto era, no sé, que estuviera anémica o alguna cosa. Y ya cuando descartamos pues como todos los síntomas físicos, entonces ahí sí fue...pero pues antes mi vida era como pues, yo que uno tiende...yo tendía a normalizar todo lo que me pasaba y en las situaciones era como no, eso es normal, eso se le pasa.</p>		
E: Y cómo en que momento de tu vida... o sea porque tu normalizabas		

<p>todo eso que te pasaba, tanto emocional, comportamental, ¿cierto? Como en tu vida en general..</p> <p>P#3: ajá...</p> <p>E: ¿Pero qué diferencias o qué cambios notaste tú como al inicio de esto que empezaste a sentir? ¿O eso que sentías era desde hace cuánto tiempo? Antes de que dijeras, no esto no puede ser normal...</p> <p>(29) Pues yo creo que en terapia hemos ido como descubriendo las dos, pues, mi psicóloga y yo, que es algo desde hace mucho tiempo, o sea que incluso es como desde que estoy pequeña, desde que soy niña, sino que, o sea, cuando uno no busca ayuda, sino que intenta como hacerlo todo solo, entonces es difícil, pero uno se da cuenta haciendo como esa retrospectiva que son comportamientos de hace muchos años.</p>		
<p>E: O sea que realmente pues se desbordó la situación, pero no notaste ningún cambio en tu...</p> <p>(30) ...O sea, se volvió como inmanejable, porque era ya...antes yo sentía que era como que estaba triste todo el tiempo, pero cuando decidí ir al médico fue como no que, no estoy triste, simplemente no tengo ganas de hacer nada, y las cosas que antes me gustaban ya no me gustan, y las cosas que antes me gustaban ya eso ni siquiera me genera ningún tipo de emoción, sino que estoy ahí como, pues, como en coma, como si uno estuviera, como si estuviera muerta y eso es como no, no puede ser normal. Y además, porque eso empezó a hacer que yo durmiera menos, que comiera menos o que a veces durmiera mucho, o quisiera</p>		

<p>comer todo el tiempo así no tuviera hambre, era como marica necesito comer. Entonces esos comportamientos también es como pues, no normal. Porque obviamente uno, o yo pensaba por ejemplo que el ciclo femenino era lo que hacía que yo entrara en ansiedad o era lo que me hacía sentir triste pero después empecé a notar como pues es que un ciclo no te dura tres meses...</p>		
<p>E: ¿Y tú relacionabas por ejemplo eso que sentías, ehh, antes del diagnóstico, ya con la palabra ansiedad, depresión o eso es algo que nombraste ya después...?</p> <p>(31) Noo, porque al principio yo sentía que era, o sea, que lo que pasaba era que yo estaba triste todo el tiempo, o la mayoría del tiempo, porque no es que uno esté triste todos los días o que no se ría nunca, no; pero sí sentía que era como un estado general de tristeza. Pero después me di cuenta que estar triste no es tener ganas de llorar, es simplemente como no tener ganas de nada y lo de la ansiedad, o sea, yo siento que yo nunca decía que era ansiosa, pero me di cuenta que sí tengo hábitos de una persona que tiene ansiedad y que hay situaciones que me hacen sentir como que tengo ganas de vomitar, como que tengo muchos calambres, como que a veces no me puedo mover, es como pues, eso es ansiedad.</p>		
<p>E: ¿Esa asociación la realizaste después...?</p> <p>(32) ...después, obviamente</p>		
<p>E: Imagino que con la terapia, pues como que construiste esa...</p> <p>(33) Exacto, esa uno aprende como a nombrarlo porque antes era como que todo es normal, todo era como</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Nombrar lo que pasa</p>

<p>algo general y ya uno va viendo como particularidades...</p>		
<p>E: mjm y ¿todo esto que me cuentas cómo empezó a afectar como tus ámbitos...?</p> <p>(34) Obviamente los primeros síntomas que eran o dormir mucho o no dormir mucho, comer muy poco o comer mucho, pues, eso primero afecta como el entorno familiar ¿no?, porque ellos son los que primero se dan cuenta.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: Sí</p> <p>(35) Porque en ese tiempo yo compartía habitación con mi hermana y cuando no dormía, pues, obviamente ella se daba cuenta. Y cuando dormía mucho mi mamá era como pues, pero qué te está pasando, entonces obviamente también es eso, que son esos llamados de atención, de porqué no quieres comer, de porqué estás durmiendo tanto, porqué no duermes casi, entonces, pero ya, yo la vida como social no siento que, pues como que se haya visto reflejado, o que alguien lo haya notado, se haya dado cuenta, no. Pues en el núcleo familiar pues obviamente porque ellos son los que conviven como todo el tiempo</p>		
<p>E: ¿Y cuándo esto empezó a suceder tu todavía estabas en el colegio o ya habías empezado la universidad?</p> <p>(36) No, ya había empezado la universidad</p>		
<p>E: ¿Y no hubo, pues, notaste algún cambio o afectación...?</p> <p>(37) No sé, pues, que yo lo haya notado o que haya dicho como ay esto cambió, no. No creo.</p>		

<p>E: Listo. Ehh ¿Una vez hecho el diagnóstico con quién fue la primera persona que hablaste de esto?</p> <p>(38) ¿Del asunto? Yo creo que con mi mamá. Obviamente, pues, porque ya como estaba grande, pues obviamente yo fui al médico sola y todo lo hice sola, pero obviamente pues cuando salí de la cita, mi mamá preguntó como ah, cómo te fue, entonces tener que contarle y que las dos nos sentáramos a decirnos, o sea, si en la eps no nos van a dar la ayuda que necesitamos, pues, tenemos que buscarla por fuera.</p>		
<p>E: Sí... y ¿cómo reaccionó tu mamá a esto? Porque tú ya me dijiste que para ti fue como impactante, también por el hecho de la pena ¿cierto? De identificarte eso como una debilidad personal ¿tu mamá cómo lo tomó?</p> <p>(39) Pues yo creo que ella siempre es como más calmada, entonces...lo único que dijo fue no pues o sea, si ya tenemos el diagnóstico, pues, hay que buscar ayuda. Pero pues nunca me dijo, pues, como nada más, solamente como pues, vamos a buscar ayuda a ver qué podemos hacer. Pero no, ninguna reacción distinta.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Buscar ayuda</p>
<p>E: ¿Posterior al diagnóstico notaste algún cambio ya como en tus actitudes o en tus comportamientos?</p> <p>(40) Pues, obviamente inmediatamente después, no, pero ya con los meses sí, porque uno va primero como aceptando qué es lo que tiene, aceptando y diciéndose que es normal que no hay que sentirse como pues, qué vergüenza, qué es esto; sino aprender como a aceptarlo y a decirte que eso no es</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aceptación Aprender</p>

<p>como todo lo que uno es. O sea, es solo una parte y hay que aprender como a manejarlo o a controlarlo.</p>		
<p>E: Listo en el ámbito familiar que me dices que tu mamá lo tomó como con más calma y todo, eh ¿tu papá y tu hermana se dieron cuenta ahí mismo o..?</p> <p>(41) Obvio, pues ya me imagino...pues, porque yo no se los conté, pero pues me imagino que mi mamá les transfirió la información. Pues mi hermana también era como no, pues vamos a ayudarla, vamos a ver qué le dicen, qué cosas hay que cambiar en la casa, o cada uno pues como personalmente en su relación con X. Y mi papá sí era como que pues, como que no entendía mucho qué era lo que pasaba, qué era esto, pero también como que ofreció su apoyo pero más como en “bueno, vamos a buscarle quién le ayude, a llevarla, pero nunca como que voy a intervenir directamente” Yo creo que la única fue Clara* pues, como sí, vamos a ver, qué recomendaciones me hacen y en qué la podemos ayudar además de ir y llevarla al médico.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Familiar</p> <p>Ignorancia frente al tema</p>
<p>E: ¿Clara es tu hermana? (42) Sí E: ¿Y es hermana mayor? P#3: Sí</p>		
<p>E: ¿Y cómo lo tomaron? Bueno, bueno sí, tu papá pues...</p> <p>(43) él era el del shock, porque un poco no, no entendía, pues y yo siento que es normal, porque no lo entendía yo, pues que es a la que le pasa, pues él que tampoco era, era como qué. Porque a veces también es como que uno mientras está en terapia se da cuenta que su entorno,</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>

<p>digamos que no es que lo haga que uno sea o tenga ese tipo de cosas, sino que como que en ambiente es perfecto para que ese tipo de cosas sucedan.</p>		
<p>E: mjm</p> <p>(44) entonces, también es como que a veces uno intenta como buscar culpables, cuando en realidad no hay ningún culpable, pero eso también es, o sea, se hace conflictivo, entonces en el ambiente familiar pues si era a veces como “uy, ese trauma me lo generaste tú” (risas) pero también hace parte de reconciliarse y como ellos nunca han hecho digamos que parte activa de mi terapia pues, no, yo trato de dejarlos al margen, como descubrir ese tipo de cosas pero ya como...</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	
<p>E: ¿y esa es una decisión tuya, pues, como dejarlos al margen?</p> <p>(45) Sí, porque no, o sea, no creo que sea mía porque yo obviamente pues varias veces se los propuse</p>		
<p>E: Ah ok...</p> <p>(46) pero pues ellos no quieren, uno no los puede obligar. Pues, es como que a mí me obligaran a ir a terapia, obvio no.</p>	<p>ÁMBITO AFETCADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: O sea, ¿tu hermana es la única que ha hecho como parte activa del proceso?</p> <p>(47) Ajá</p>		
<p>E: Sí, y ¿Eso generó algún cambio en las relaciones, como en la dinámica familiar?</p> <p>(48) Pues, yo creo que sí, o sea como que no sabría identificarlos puntualmente. Pero yo creo que cuando uno está conviviendo con un</p>		

<p>grupo de personas y una cambia, si una se mueve pues como que todos tienden a moverse ya sea directa o indirectamente, pero no sabría pues como puntualizar qué cambios en la dinámica.</p>		
<p>E: Y si tuviéramos que ponerlos en algún polo, ya sea positivo o negativo, estos cambios que no puedes puntualizar pero que sientes que de alguna forma se han dado ¿dirías que son más positivos o negativos?</p> <p>(49) Yo creo que son más positivos, pues no creo que pues, desde que voy a terapia pues, como que alguien se haya puesto más... o sea, que se haya comportado de manera diferente conmigo pero diferente mal, no creo, o no lo he notado pues. No, es que no.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: Sí, porque ahí iba mi otra pregunta y es que si ¿notaste algún cambio en el trato?</p> <p>(50) O sea, yo creo que sí pero también hay como, como fases, o sea, porque al principio era como que se vuelven muy... que lo quieren asistir a uno un montón, o sea como que quieren prestarte más atención o más servicios, como más amables pues. Pero ya después, se va volviendo algo como más de la rutina y ya no es como que le den a uno un trato especial, diferente, sino que se vuelven, o sea, se vuelven como más comprensivos pero ya no tan... ¿cómo se dice?</p> <p>E: Asistenciales...</p> <p>P#3: Exacto</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Asistencialismo</p>

<p>E: Listo, ya en el ámbito social ¿tú consideras que tienes amigos cercanos?</p> <p>(51) Pues, o sea, yo siento que sí hay muchas personas como con las que comparto, pero no siento que tenga muchas, bueno no, en realidad no siento que tenga ninguna a la que yo le haya compartido como 100% todo lo que pasa o...</p>		
<p>E: ¿Y eso es lo que sería para ti un amigo cercano, alguien con quien podrías compartir al 100% la experiencia?</p> <p>(52) Sí</p>		
<p>E: Y en esta medida, las personas que conocen, pues, porque no son cercanos, pero imagino que tienes algunos con los que te relacionas más que otros. ¿Estos tiene conocimiento del diagnóstico?</p> <p>(53) Algunos, sí, o sea no todos pero, pero sí varios.</p>		
<p>E: ¿Y con aquellos que saben del tema, conversan sobre este, sobre lo que pasa?</p> <p>(54) Pues, yo creo que más que yo lo converse con ellos, es como que la gente tiene muchas dudas al respecto, entonces pues, tienden a preguntarle a uno, como cuando lo ven diferente como “¿estás bien?” “¿algo pasa?” o preguntarle a uno como “ay, ¿y si tienes depresión entonces por qué no estás llorando?” o “¿si tienes depresión por qué te estás riendo?”</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Interpersonal</p> <p>Curiosidad</p>
<p>E: Ajá</p> <p>(55) Como ese tipo de cosas, pero no siento que nos sentemos a conversar como “ay mira en la terapia me di cuenta tal cosa, tal otra...” no, sino</p>		

<p>que a veces uno también se vuelve referente para que ellos se acerquen y te pregunten como “ay tengo este problema o me siento así ¿crees que debería ir a terapia, tú que consideras?” pero no siento pues que no sentemos a conversar como de “ay esto me está pasando, esto lo hablé tal día y descubrí esta cosa o esta otra</p>		
<p>E: ¿Y a ti qué te genera que se acerquen con ese tipo de intenciones?</p> <p>(56) Pues, uno es como charro porque a veces siento que es como pues porqué me estás preguntando eso a mí y ya la otra es como: pues, es normal que me lo pregunten porque se supone que si soy yo la que convivo con esto todo el tiempo, pues debo tener más información que personas que no, que no tienen este tipo de diagnóstico, no sé cómo decirlo</p>		
<p>E: ¿Este tipo de personas cómo se enteraron?</p> <p>(57) Pues, a ver, yo creo que muchas veces ha sido como accidental, otras veces es porque me preguntan como “¿ay, por qué tienes tanta información sobre el tema?” y ya uno es como “porque ja ya tu sabes”. Pero no ha sido como que me voy a sentar un día y “ay vamos a tomar un tinto, muchachos, pues, no, esto va a sonar peye, pero no, como que salí del closet psicológico, no. Pues sino que, o ha sido accidental o ha sido como “ay mirá, hoy me siento así por...” pues, porque a veces hay situaciones en las que uno se siente a conversar y alguien te dice como “¿ay y por qué sientes eso?”... (Inentendible) porque tengo esta</p>		

<p>vuelta y pues eso hace que reaccione así a este tipo de cosas</p>		
<p>E: ¿Pero no te genera algún tipo de incomodidad hablar del tema?</p> <p>(58) Pues creo que con las personas que lo saben, o lo supieron o se dieron cuenta o se los conté, pues no, o sea, con otras personas sí es como que mejor no le digo esto porque no me siento cómoda. Porque igual es como peye, porque o sea, yo no siento que me segreguen o algo, pero sí siento que genera como que, pues como que sí es diferente. No es como que uno llegue y “ay mirá, es que me hicieron una endoscopia y tengo una úlcera” la gente...pues, como que la úlcera es normal, pero si dices tengo depresión, no. Y también es enfrentarte a mucho juicios porque hay gente que dice como “ay, pero es que tú lo tienes todo” o “ah, pero es que mirá tú vida es mucho más fácil que la de no sé quién”, “ah pero es que mira que tienes los brazos, las piernas” y uno es como...pues, no porque tenga x privilegios no puedo tener este...pues, o sea, es que no sé. Lo quieren castrar a uno de esas cosas, como “pues, no puedes sufrir de esto porque tienes estas cosas” Entonces también es como yo creo que una forma de protegerse de esa clase de juicios, porque no, peye pues.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ESTIGMA</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (amigos)</p> <p>Juicios</p>
<p>E: Y en esa medida, ¿entonces tú cómo estableces tus relaciones interpersonales?</p> <p>(59) Pues digamos que con los amigos o las personas del común es como más normal porque yo no siento que se los tenga que decir, pues que se los tenga que avisar.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p> <p>Relaciones de pareja</p>

<p>Pero si es una relación de pareja sí siento que es más honesto decírselo, desde, digamos que desde un principio decirle “mira que tengo tal cosa, porque algún día puede que en una semana no quiera hacer nada, no quiera hablarte, porque pasan estas y estas cosas”. Pero yo siento que con amigos como que no, no es necesario, pues o no se hace como urgente que el otro lo sepa. Pero con mi pareja sí, como que pues, toca sí o sí decirlo, porque pues es necesario que él lo sepa o ella lo sepa.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (pareja)</p>
<p>E: Mjmm. Me decías al principio que en estos momentos tienes pareja P#3: Ajá E: Y me imagino que por lo que me cuentas se lo dijiste en un principio P#3: mjmm E: ¿Y cómo...pues cómo fue la situación, cómo lo tomó? (60) Pues diga... o sea, no siento que se haya como impresionado, que le haya parecido como raro...</p>		
<p>E: Mjmm (61) Pero también siento que son como muchas dudas que surgen en el camino. Como que si algún día pues digamos que estamos en el “bajón”, cuando uno se siente así bah, muy mal, que...pues como que se intriga, como “qué, por qué te pasa esto. Pero si ayer estabas más normal” y es como que a veces uno intenta obligarse a hacer muchas cosas, pero pues llega algún día en el que ya, no puede más. Entonces siento que es más como eso, que se generan como ese tipo de dudas, pero no siento que haya sido como “ay, pues, mera vuelta o qué cosa tan rara”. Sino que se generan dudas respecto a...como a los comportamientos que uno tiene o</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Curiosidad Ignorancia frente al tema</p>

<p>a las reacciones que uno tiene al tomar las cosas. Siento que es más como a la duda a... como un rechazo pues que se tiene, como que se generó eso.</p>		
<p>E: ¿Y has tenido relaciones previas a esta que tienes actualmente? P#3: Mjmm E: Pues, y ¿estas personas estaban informadas también de la situación?</p> <p>(62) Yo creo que, o sea, porque mi diagnóstico digamos que surgió en medio de una relación entonces obviamente pues, él se enteró. Pero ya las otras sentí que no, porque estaba todavía como batallando con aceptarlo, con sentir que era normal decirlo, que no era como algo que había que dejar por allá pues oculto que nadie se fuera a enterar. Entonces a los que siguieron a ese, no. Porque sí me sentía como (incomprensible)...mejor no. Pero ya con las nuevas ha sido como no, sí, o sea, es lógico que ellos lo sepan porque van a compartir mucho tiempo conmigo. Es como que no se lo puedo ocultar a mis papás porque pues ellos me ven todos los días, entonces obviamente a mi pareja tampoco porque comparto muchísimo tiempo con él o con ella; no, no sería lógico.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Querer negarlo</p>
<p>E: ¿Y tú cómo percibes tu desempeño en el área social?</p> <p>(63) ... ¿Cómo así que mi desempeño? Pues de 1 a 5, no, no, no. No sé (risas) No sabría como...</p>		
<p>E: (Risas) ¿tú cómo te sientes desarrollándote en el área social?</p> <p>(64) Pues a ver, yo siento que muy cómoda, o sea, porque digamos que</p>		

<p>me cuesta, pero cuando conozco pues como personas ya, me voy soltando un poco. Pero conocerlas al principio, sí es como que me cuesta mucho. Y no sé, pues, si sea buena como generando lazos que perduren, entonces no, no creo que sea muy buena en eso.</p>		
<p>E: Bueno, y ¿asocias tal vez esa... eso que dices de ser muy buena o no generando lazos que perduren, al diagnóstico o más a qué?</p> <p>(65) Pues yo creo que más bien son como rasgos de la personalidad. Porque siento que, bueno no, o sea, no sé si esto irá ligado con el diagnóstico, nunca me lo había preguntado (risas), pero yo siento que siempre he sido una persona como muy callada.</p>		
<p>E: Mjmm</p> <p>(66) Entonces, eso es complicado. Pues, si uno quiere hablar con alguien o quiere conocer a alguien, pero pues sin hablar como que, pues la telepatía no existe (risas) entonces es complicado pues...</p>		
<p>E: (risas) ¿Pero entonces tú lo has relacionado más con características de tu personalidad?</p> <p>(67) O sea, como que hasta el momento no he hecho esa asociación de "seré así por el diagnóstico que tengo o si esa es la Carolina que he sido siempre o si, pues mi diagnóstico en la Carolina que he sido siempre. Entonces, no, no sé.</p>		
<p>E: Eh, ¿y posterior al diagnóstico tú notaste algún cambio en tus</p>		

<p>relaciones? Como en la manera en la que establecías relaciones antes de saber qué tenías, después de saber que tenías...</p> <p>(68) O sea, es que yo creo que es como lo mismo, o sea, como con los compañeros por ejemplo de clase o con los amigo pues, como que no. Pero en relacionarme ya como más íntimamente es distinto pues, porque sí, como que ha cambiado</p>		
<p>E: mjm</p> <p>(69) pero, o sea, no sé cómo decir, o sea, cómo poner en palabras, o sea cómo en palabras el cambio pero sí siento pues que desde que sé o desde que me diagnosticaron pues sí he hecho cosas diferentes</p>		
<p>E: Eso, y en esa diferencia, como te preguntaba ahorita con la familia, como en ese carácter positivo/negativo... porque yo entiendo que es difícil poner en palabras porque son puras sensaciones y situaciones. Tal vez sería un poco más sencillo decir como “no, han sido cambios más beneficiosos o...”</p> <p>(70) Pues yo creo que han sido, siento que ha sido positivos para mí, pero pues no sé, eh, porque...pues para el otro no sé si han sido positivos o no, pues tocaría como hacer como un sondeo</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	
<p>E: pero para ti sí han sido positivos</p> <p>(71) Para mí sí han sido como positivos</p>		
<p>E: Listo, y en el área académica, emm, ¿notaste algún cambio?</p>		

<p>(72) Pues, yo creo que sí. O sea, por ejemplo siento que, obvio, pues porque a mí nunca me van a incapacitar porque esté en medio de una crisis o no me van a decir como “ay no presentes el examen” porque estoy en medio de un ataque de pánico</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico</p>
<p>E: mjmm</p> <p>(73) no, entonces...como que se hace complicado porque hay momentos en los que sí o sí, tienes que hacer cosas que no quieres, o que no te sientes en la capacidad de hacer...</p>		
<p>E: mjmm</p> <p>(74) Entonces sí, sí siento que lo afecta. Pero lo afectaba más antes que ahora. Porque he aprendido también como, pues, o sea, como a entender que hay como muchos aspectos de la vida y el más importante pues es mi salud. Entonces pues ya no es como que me presiono un montón para rendir en todo porque sé que no voy a ser capaz, y que igual que si me presiono un montón y estoy ansiosa y me estoy presionando, va a generar el doble de ansiedad y que esa ansiedad va a desencadenar en un...como en cosas que uno se decepciona de uno mismo, uno se siente como que no es eficiente, que no funciona. Y eso me va a generar pues uno crisis depresiva. Entonces como que todo es una reacción en cadena que tengo que aprender a frenar.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aprendizaje</p>
<p>E: ¿Y el espacio universitario cómo te sientes? Respecto a lo que me decías de que te cuidabas de ir</p>		

<p>diciendo por ahí, más que todo por los juicios que tenía la gente. ¿Cómo te sientes tú en el espacio teniendo en cuenta eso?</p> <p>(75) Jmm, pues, ¿cómo así que cómo me siento en el espacio? Pues ¿si me siento cómoda o incómoda?</p>		
<p>E: Sí, exacto</p> <p>(76) pues es incómodo porque, pues yo siento que hay, pues, que uno debería tener el derecho de decir como... pues que tengo ese tipo de cosas y que interfieren con mí vida normalmente como interfiere fracturarme un brazo. Pero sé que no lo puedo hacer porque la gente empieza a decir como “ay, pero es que “sultanito de tal” no tiene tal cosa y viene y lo hace o Peranito hace tal cosa”. Y es como pues, o sea uno no puede poner todo en un mismo nivel, porque no lo está. Entonces es como que eso a veces me, pues, sí me genera muchos problemas, es como pues, me siento incómoda y me siento como que a veces hay cosas que son como injustas a ese respecto</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Académico</p> <p>Incomodidad</p>
<p>E: Injustas, sí</p> <p>(77) Como que pues. O sea, si Peranito tenía una, no sé, tiene excusa porque no...tiene mucha fiebre o tuvo mucha fiebre anoche; para mí también es una excusa tipo que no me quiero levantar de la cama, o sea, que hace dos semanas no duermo bien o que hace dos semanas no como, o lo que sea. Pero son cosas que uno no puede venir y decir porque la gente va a decir como pues “eso no es una excusa”</p>		

<p>E: ¿Entonces en esa medida tú has intentado comentar esto con docentes o compañeros? Por ejemplo en trabajos en grupo que esté pasando eso, ¿tú has sentido la necesidad de decir “mira, no puedo por esto” o a docentes “no puedo por esto”?</p> <p>(78) Bueno, creo que solo; o sea, he intentado no hacerlo, porque sé que la respuesta va a ser como que pues “no es una excusa”. Entonces intento no hacerlo, pero obviamente ha habido situaciones pues que sí me toca como recurrir y decir como pues “es que me pasa esto, esto ya me sobrepasa, no soy capaz” y siento que...o sea, con el profesor que me tocó hacerlo como que tuve una respuesta de “ahh, pues bueno”, y que el instituto pues también, como que, porque en ese momento yo necesitaba cancelar una materia que llevaba el 80%. Entonces me dijeron como bueno, pues, o sea sí. Pero después de hablar mucho y correr mucho para muchos lugares, pero o sea, al final sí tuvo como una...pues como un resultado positivo.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	
<p>E: ¿Y en ese momento te sentiste juzgada?</p> <p>(79) Obvio, porque me tocaba contarle la historia a todo el mundo con lujo de detalles, para que sintieran...o sea como para que la validaran. Porque no era suficiente con mostrar una como historia clínica o con mostrar que uno estaba en terapia, sino como que la gente piensa que esto...O sea, nadie le preguntan como “ay ¿tienes gastritis y por qué? O ¿te quebraste el pie y por qué?”. Pero si uno dice como que</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (personal académico)-validación</p>

<p>“no mirá, tengo esta excusa porque tin tin” es como “¿ay, y por qué? ¿y qué pasó, y qué?...” Qué, o sea, no te sirve solo el registro, la gente escarbar como que más adentro...y ya no es como una curiosidad porque se interesen en ti, sino que es como un chisme ahí como peye E: Como un morbo... (80) Exactamente</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Curiosidad/morbo Que el interés del otro no es sincero</p>
<p>E: Sí...pero entonces, o sea, por lo que me dices ¿tú has sentido la necesidad de justificar? (81) Exactamente, por lo mismo...y yo creo que hay necesidad de justificar porque las personas piensan que pues que como que el cerebro no es u órgano, como que el cerebro no se enferma, sino que pues, la química de tu cerebro no tiene que interferir con lo funcional que eres. Y pues uno se da cuenta que eso es mentira, o sea, sino uno no tiene, pues como que sus sustancias segregadas adecuadamente, no puede ser una persona completamente funcional, entonces... ¿cuál era la pregunta? (risas)</p>		
<p>E: Lo de la justificación... (82) Exacto, que uno tiene que además de mostrar un reporte médico, un soporte psicológico y psiquiátrico, sino que además tienes que mostrar que en realidad sí eres miserable para que el otro de crea, como que “ay, pues bueno, sí”</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Incredulidad</p>
<p>E: Pero, o sea ¿tu sientes que tienes que justificar por pedido de las demás personas, pero no porque tú tengas la intención de justificar lo que está pasando con eso?</p>		

<p>(83) Pues yo creo que no. O sea, yo no siento la necesidad de decirle a alguien como, pues, “hoy no me quiero levantar”...no. Pero sí siento que las otras personas me lo demandan. Es como “¿pues, por qué no te quieres levantar?” y es como “¿por qué me tienes que preguntar eso”?</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Incomprensión</p>
<p>E: ¿Y te ha pasado también con compañeros, por ejemplo haciendo trabajos grupales?</p> <p>(84) O sea, yo siento que sí, pero como mi grupo es como, digamos que reducido, y uno acá pues normalmente no trabaja en grupo, casi no. Entonces no me ha pasado, pero sí obviamente hay momentos en los que alguien me dice como como “ay, llevas perdida cuatro días. Hace cinco días no vienes a la u ¿qué pasa?” Entonces ahí es como que pues “estoy enferma de esto, ¿qué te dijera? (risa) es mi depresión”. Pero siento que ahí ya cuando uno dice como “no, pues no he tenido ánimo” y como son las personas que saben, son como que “ah bueno, pues no voy a hurgar más allá” sino como que “ah bueno, pues ya sé”. Porque a veces también es como que se preocupan, como que “ay, será que le paso algo”...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Interpersonal Académico</p>
<p>E: Exacto. Hablando ya exactamente de ese tema que acabas de tocar. Como de que la gente se preocupa, eh, ¿tú sientes en esa preocupación como que la gente te da cierta importancia? O sea, que le importas a las demás personas</p>		

<p>(85) Pues obviamente que si alguien se preocupa por uno es porque pues uno le importa...</p>		
<p>E: mjmm P#3: Pero pues no sé si, no sé, no sé cómo responderte a esa pregunta E: Lo que tú sientes respecto a eso, o sea, es como un sí ¿cierto? Porque en la medida...</p> <p>(86) pues sí, porque si están preguntando es porque... pues no creo que alguien se tome como la molestia de decirle a uno como “ey, ¿por qué no has vuelto o tal cosa? Simplemente porque sí, no, es porque en realidad sí sienten como un interés por lo que te está pasando “¿estás bien, hay algo en lo que pueda ayudarte?”.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Preocupación como muestra de interés</p>
<p>E: Y además de esto ¿tú cómo sientes que los demás demuestran esa importancia hacia ti? O sea, además de preocuparse por ejemplo cuando no vienes a la universidad varios días...</p> <p>(87) No sé, porque, porque como yo siento que no soy una persona como abierta a contar todo lo que me pasa, pues obviamente no es muy común que alguien me diga como “¿pues estás bien o hay algo con lo que no estés conforme?”. Pues como que ese tipo de preguntas no salen. Pues yo me imagino, en algún momento si alguien se me habrá acercado y me habrá dicho “¿estás bien, tienes algo o quieres hablar de algo?” Sí, pero no creo que sea algo como cotidiano...</p>		
<p>E: Ajá</p> <p>(88) O sea, creo que pasa, pero pues esporádicamente</p>		

<p>E: ¿Pero igual cuando pasa lo asocias con que a esa persona le eres importante?</p> <p>(89) Sí, pues, yo creo que sí</p>		
<p>E: ¿Y has sentido que personas que ya tienen conocimiento de tu condición, te han rechazado o han tenido actitudes de rechazo?</p> <p>(90) O sea, yo creo que hasta el momento no he sentido que alguien me diga como “ay, tienes depresión, no te puedes sentar con nosotros” no. Pero sí lo que siento que es muy recurrente es el juicio.</p>	<p>ESTIGMA</p>	<p>Juicios</p>
<p>E: Mjmm</p> <p>(91) El como “pues ¿por qué? o ¿cómo así?” o que hay gente que le dice a uno que “pues, pero es que tus papás te lo dan todo” y uno es como “¿y eso como qué tiene que ver? Pues, no está asociado con lo que siento y que eso hace que uno se sienta culpable. Como “pues, o sea, tengo todo ¿por qué me pasan esas cosas?” Entonces eso a veces como que no ayuda mucho, pero no he sentido como que me han rechazado por eso, pero sí siento que más que rechazo es un juicio. O sea, es como que la persona está ahí para señalar, cuando en realidad no te deberías sentir tan horrible porque tienes pues un montón de privilegios, es como pues, no</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ESTIGMA</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Culpa</p> <p>Juicios</p> <p>Señalamiento</p>
<p>E: ¿Y tú asocias, tal vez, estos juicios como con actitudes que denoten que no les importas?</p> <p>(92) No, yo creo que lo asocio más es con, con una idea de que las</p>		

<p>personas no entiendan muy bien lo que pasa, y no se han puesto en los zapatos del otro. Pues, porque yo también... siento que muchas veces he juzgado a personas que se han acercado a decirme como “ay, tal cosa” y uno es como “¿qué, pero a esa persona cómo se le ocurre decir eso?” Pero entonces siento que es más... lo siento que se asocia más con una desinformación que con “ah no, pues, esta me vale huevo lo que le esté pasando”. Pues, no, siento que es más porque la gente piensa, y lo he notado porque obviamente mucha gente me lo pregunta, y es como “¿pero por qué no estás llorando todo el tiempo?”...pues, si estuviera llorando todo el tiempo ya me hubiera muerto, ah, pues, no. Entonces que le gente hace ese tipo de diagnósticos con otras cosas no muy diferentes a lo que en realidad son.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Ignorancia frente al tema</p>
<p>E: Mjmm. Y así en como en lo relacional tú has sentido que es fácil identificar que tienes ese trastorno, o alguno de los dos?</p> <p>(93) Pues, yo creo que la ansiedad sí, obviamente se nota, porque uno tiene como la manía de mover el pie, o de morderse las uñas...pues eso sí se nota, y además porque yo siento que la ansiedad es un poco más corpórea, pues porque hay cosas que te paralizan y es como, como que uno, pues que lo siente más físico. En cambio la depresión no es, pues, o sea, lo físico en la depresión es como más a largo plazo, pues que a uno se le quita el sueño. Pues o en mi caso es eso, que a uno se le quita el sueño, o me da mucho, o que me da mucha hambre o no me da hambre. Y eso es</p>		

<p>más difícil de identificar en lo cotidiano. Pero pues que estoy muy ansiosa, que esté sudando o que me ponga a llorar, es mucha más fácil de identificar, entonces yo creo que la ansiedad sí es como, se nota más.</p>		
<p>E: ajá...</p> <p>(94) pero la depresión no creo que sea, pues, que alguien como “ah, esa pelada que viene por allá tiene depresión”, no, no creo.</p>		
<p>E: ¿Y has notado o notaste que en algún momento un cambio hacia ti? Porque con la familia me dijiste que sí, pero aún sin puntualizarlo se notaba y era como de carácter positivo. Así socialmente como en tus relaciones interpersonales una vez se enteran...</p> <p>(95) O sea, yo creo que se nota un cambio es más en la duda, en la pregunta, en “¿estás bien, o qué te pasa?” lo que sea. Se nota más como en la pregunta que en acciones. Pues, no siento que mis parejas se hayan vuelto más, - cómo dijiste ahorita, ¿asistencia...?-</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Relaciones de pareja</p>
<p>E: Ajá</p> <p>(96) pues, como que me asisten más, pues no, no creo. Pero sí siento como que por ejemplo en las discusiones se tornan como más medidos, como “no, mejor hablemos, no pelemos, es mejor conversar” (risas). Pero no creo que hayan como otras actitudes pues diferentes a esa o que lo haya notado. Pues porque tampoco es como que uno dice como “ay, tengo trastorno mental” y la persona cambie inmediatamente, porque para</p>		

<p>el otro pues también debe ser un proceso y también debe pasar como por varias etapas de “¿qué es eso?” o pues sé, decir “no, está qué ome” y después darse cuenta que uno sí puede convivir con una persona que tenga este tipo de cosas, que obviamente hay épocas en las que sí es muy difícil, hay otras en las que es que está como con una persona normal. Entonces yo creo que cambios así como que muy tesos, no.</p>		
<p>E: Y por lo que me dices también han sido como cambios tirando más al...</p> <p>(97) Al lado positivo, sí, Porque yo siento que, pues es lo mismo que decía ahorita, cuando uno se mueve, pues el entorno directa o indirectamente se mueve. Entonces yo siento que mi forma de relacionarme con las personas si ha cambiad de una manera positiva porque, además, bueno yo no sé si esto será en todos los casos; pero en mi caso, como que tener esto, tener este tipo de sensaciones o ese tipo de reacciones a situaciones, me hacía generar mucha dependencia del otro. O sea, como que si estaba muy cómoda con alguien, ya, ese como que era ese alguien y ya no más, no podía salirme de eso, porque entonces era enfrentar mi ansiedad de conocer a una nueva persona y tal. Y con el tiempo he aprendido a no generar esa dependencia, a saber pues que si con una persona uno puede generar un lazo, pues hay muchas personas en el mundo con las que también se puede hacer lo mismo. O sea que no es tan horrible como la cabeza se lo hace pensar.</p> <p>E: Ajá</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p>

<p>(98) entonces como uno aprende a, como a generar lazos más saludables, pues la otra persona, ya sea por, por prueba y error, pues termina uno escogiendo a alguien que también es más saludable.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aprendizaje</p>
<p>E: Sí...Bueno, X, realmente esas eran como los temas de la entrevista, esta era la entrevista en general. Eh, espero que no incomodarte con la pregunta, pero, pues, ¿la reacción emocional que presentaste durante la entrevista...?</p> <p>P#3: Pues yo creo que, perdón...</p> <p>E: Dime</p> <p>(99) Pues yo creo que es como que todo esto me pone ansiosa...</p>		
<p>E: Sí...</p> <p>(100) Y mi primera reacción es llorar</p>		
<p>E: Ajá</p> <p>(101) Y no, pues, en 5 años no he aprendido a manejarlo. Es como “no llores, no llores”...</p>		
<p>E: No, lo preguntaba es porque muchas veces, como tú me decías al principio del diagnóstico, que te generaba esa pena, esa vergüenza; entonces tal vez la reacción emocional podría estar asociada con eso, pero tú ya me dices que es más la reacción que te da por la ansiedad...</p> <p>(102) Exacto, pero o sea, porque no siento que sea pena, sino como que a veces que es algo como tan íntimo, que sí es difícil hablarlo. No es como</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Asunto personal (íntimo)</p>

que uno se sienta avergonzado, sino como que toma tiempo. Soltarlo, como con despacio, entonces sí es por eso.		
E: Ah bueno, X, muchísimas gracias antes por querer colaborar con esto, teniendo en cuenta que todavía te mueve tanto.		

Participante #4

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
Entrevistador: Para empezar, tú información más básica, como la edad, la escolaridad, el sexo... (1) Eh, bueno. Mi nombre es X, tengo 22 años, casi 23, eh, soy estudiante de química. Eh, estoy/voy para séptimo semestre. Eh, vivo en... ¿esas cosas también?		
E: Sí (2) Vivo en la Estrella, vivo con mis dos papás, con casi todos mis hermanos menos uno pues que ya no vive en la casa y eh, soy el, somos 6 y soy el segundo de los 6		
E: mjmm P#4: eh, ya. E: Listo ¿solo eres estudiante? (3) Soy estudiante nada más		
E: Ajá, y ¿cuál es tu estado civil? (4) Soltero		
E: ¿Y tienes hijos? (5) No.		

<p>E: No, bueno. Vives en la estrella me dijiste ¿qué estrato es?</p> <p>(6) Vivo en la estrella, 4</p>		
<p>E: Eh listo, eso era como la información básica y personal</p> <p>(7) Listo</p>		
<p>E: Bueno, la investigación trata acerca de la influencia que puede tener un diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales de la persona y como la posible estigmatización social, ¿cierto?</p> <p>(8) Listo</p>		
<p>E: Entonces en sí no se centra tanto como en el diagnóstico específicamente ya sea depresión, ansiedad o el que sea, sino en sí como en la etiqueta diagnóstica. Entonces ya hablando más como de esto, mmm ¿hace cuánto de diagnosticaron?</p> <p>(9) Hace... seis años</p>		
<p>E: Hace seis años y ¿cuál es el diagnóstico?</p> <p>(10) Depresión</p>		
<p>E: Listo ¿tomas algún medicamento para esta?</p> <p>(11) Sí, tomó antidepresivos y además tomo un medicamento para dormir porque también sufro mucho de insomnio</p>	TRATAMIENTO	Medicamento
<p>E: Ok y ¿tomas los antidepresivos y el medicamento para el insomnio hace seis años o cómo ha sido ese proceso?</p>		

<p>(12) Mm, pues, para el insomnio sí, no...es decir, a mí me lo diagnosticaron pero yo, a ver, estaba en 11 cuando me lo diagnosticaron. Eh, ese año como que no moví, pues no se movieron fichas, yo no dije nada en mí casa, así, porque fue un diagnóstico del psicólogo del colegio, la psicóloga del colegio. Y ya digamos como un tratamiento así como tal con un psiquiatra formalmente empezó a mediados del 2014.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: Sí ...</p> <p>(13) Entonces desde eso yo empecé a tomar medicamentos y ya, me han cambiado mucho los antidepresivos, pero la que es para dormir la llevo tomando ya por lo menos unos 4 años.</p>		
<p>E: Listo ¿y los antidepresivos no han parado desde el diagnóstico?</p> <p>(14) Pues, hubo un tiempo que yo quise dejar de tomarlos, pues “no me los quiero tomar”, eh, pero digamos que no me fue muy bien. Digamos que retomando tomándolos de nuevo llevo por ahí, eh ¿dos años?, por ahí dos años.</p>		
<p>E Dos años, listo. Y ¿asistes a psicoterapia?</p> <p>(15) Sí</p>		
<p>E: ¿Desde el diagnóstico o hace cuánto tiempo?</p> <p>(16) Eh, pues desde que empecé como ya con el psiquiatra, que me empezaron a medicar y ese tipo de cosas, desde eso ya ha habido como una regularidad en ese sentido.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>

<p>E: Mjm bueno y ¿para ti qué ha significado como el hecho de que te diagnosticaran con depresión?</p> <p>(17) Pues, mmm, ha sido como... pues el hecho como tal del diagnóstico pues, no ha sido, para mí, nada así como relevante que afecte como tal mi vida; el hecho de que me diagnostiquen. Lo que realmente ha afectado es el vivir la depresión como tal</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	
<p>E: mjm</p> <p>(18) Lo único también es, lo único que digamos del diagnóstico en general que me ha molestado es el hecho de tomar medicamentos. Pues a veces, yo muchas veces, muchas ocasiones he tenido la sensación de sentirme como un enfermo, como un impedido. Y eso es demasiado frustrante</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Percibirse como enfermo, impedido</p> <p>Frustración</p>
<p>E: Ajá, listo. ¿Pero en sí no es el diagnóstico sino como el hecho, principalmente, la medicación por la depresión?</p> <p>(19) La medicación... sí, estar deprimido, eso es supremamente aburrido.</p>		
<p>E: Ok, ¿Y tú qué hacías ya como a nivel experiencial antes de que te diagnosticaran?</p> <p>(20) No, pues, em, a ver. No, yo digamos, antes de que me diagnosticaran, hasta que acabé el colegio, que ya me habían diagnosticado...</p>		
<p>E: : mjmm, ¿el diagnóstico fue más o menos como en 11?</p>		

<p>(21) Sí, por ahí en 11, como finalizando 11. No, yo pues, yo me empecé a sentir como muy mal, así como mal como depresión, como desde décimo pues. Empezando décimo por ahí noveno finalizando. Pero así como que yo dije “pues, quiero ver, como buscar qué, lo que sea”, fue que yo mismo busqué a la psicóloga, bueno, entonces me remitieron y eso y... ay ¿qué te estaba respondiendo?</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Buscar ayuda</p>
<p>E: ¿Tú qué hacías antes de... de que te diagnosticaran?</p> <p>(22) Ah sí. No, entonces yo lo que hacía era nada más deporte. Eso era a lo que me dedicaba. Yo hacía mucho deporte y el colegio. Nada más</p>		
<p>E Ajá. Y bueno, fue más o menos finales de noveno que empezaste como a presentar esos síntomas... P#4: Sí... E: Y ¿suspendiste por ejemplo tus actividades o afectó en el colegio?</p> <p>(23) La verdad casi no. La verdad es que por esas épocas, tipo hasta 2014 finalizando, yo mantuve la depresión siempre muy, muy... pues, como muy escondida, como muy eh, no, que nadie se entere de esas cosas. Sin embargo yo desarrollaba todas mis actividades bien. En el colegio, pues, me iba como siempre me había ido. No era el mejor ni me iba así que muy bien, pero me iba igual. No me empezó a ir peor ni nada de eso por ese tipo de cosas.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Querer negarlo</p>
<p>E: Entonces ¿en qué medida fue que empezaste a notar como estos</p>		

<p>cambios? Porque bueno, académicamente no fue notorio, y con tus actividades cotidianas...</p> <p>(24 De pronto ya como te digo, en el 2014 ya como que empecé ya muy muy de pa´ bajo, entonces ya por ejemplo el deporte, ya me empecé a alejar del deporte, el estudio me relajé un poquito. Ya en eso estaba en la universidad, a mí en la universidad siempre me ha ido bien. Entonces ya digamos me relajaba un poquito, pues, como que no... no me sentía muy bien seguidamente entonces por, digamos, algo así como muy, como decirlo crucial es que digamos dejé el deporte. Porque el deporte de cierta manera generó cierta melancolía como dentro de mí, como sí.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico</p>
<p>E: ¿Antes el deporte fue algo como que aumentó la sensación de depresión, o qué?</p> <p>(25) Mmm, en parte sí. En parte sí.</p>		
<p>E: Ok. Entonces ahí fue cuando lo dejaste ¿y no los retomado?</p> <p>(26) ¿Pues así retomarlo como yo hacía antes que yo entrenaba mucho, yo era un deportista de alto rendimiento, pues así full? No</p> <p>E: Y ¿en qué deporte?</p> <p>P#4: Eh, nadaba</p>		
<p>E: Listo, ¿y cómo te comenzó a afectar como estos síntomas y en sí ya el diagnóstico en tus áreas como personales? Ya sea familiar, social, académico, relacional...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico</p>

<p>(27) Bueno, pues, en lo académico es decir a mí sí me ha afectado, todo este tiempo. Es decir, si yo no tuviera depresión yo creo que yo sería una persona académicamente mucho mejor, sin embargo como te digo, a mí no me va mal, tampoco soy el más brillante. Pero, es decir, estoy conforme con lo que hago académicamente. En lo familiar al principio era muy complicado...</p>		<p>Familiar</p>
<p>E: Sí...</p> <p>(28) Pues, al principio como que se empezaron a manifestar estos síntomas, yo empecé a cambiar mucho en mi casa. Pues, yo la verdad no quería como hablar con nadie, con mis papás tampoco. Entonces yo me volví una persona, pues, muy ensimismada en mi casa. Entonces yo con la gente de mi casa no hablaba prácticamente nada, de mis cosas no les contaba absolutamente nada...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Familiar</p> <p>Exteriorización/Comunicación Nula (C.N)</p>
<p>E: mjmm</p> <p>(29) De hecho, em, ellos, pues en mi casa como que se enteraron así como tal que la cosa estaba grave, porque a mediados de 2014, el 10 de julio de 2014 yo me intenté matar por la noche.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Intento de suicidio</p>
<p>E: ¿En la casa?</p> <p>(30) En la casa. Y, y entonces, pues se dieron cuenta y además yo también tenía unas laceraciones que me había hecho, entonces eso fue un problema pues el hijuemadre. Pero no un problema, porque en mi casa</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Autolesión</p>

<p>nunca me han atacado como con eso. No fue un problema como que “agh, este man” sino que “ey, venga entonces qué hacemos, lo ayudamos” t ata ta y todo. Entonces, igualmente, entonces yo empecé con los tratamientos pues psiquiátricos y eso y, y pues...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>TRATAMIENTO</p>	<p>Familiar</p> <p>Apoyo</p> <p>Medicamento</p>
<p>E: Pero discúlpame, cuando hubo ese intento de suicidio ¿Tú ya tenías el diagnóstico o fue a partir de eso que ya...?</p> <p>(31) No, yo ya lo tenía, y de hecho a mí ya me estaban medicando</p>		
<p>E: ¿Y en tu familia no sabían nada?</p> <p>(32) No, no, no. Es que a ver si confundí fue la historia</p>		
<p>E: Sí, porque me dijiste que ellos se vinieron a dar cuenta de cómo estaban las cosas...</p> <p>(33) No, ellos ya sabían que yo estaba diagnosticado y a mí ya me estaban medicando...</p>		
<p>E: Ah, ok</p> <p>(34) Pero ellos no dimensionaban eso porque yo era muy silencioso. Pues, yo era muy callado, entonces ha sido así. Entonces con mi familia ha sido así, me han ayudado, sobretodo pues mis papás, mis hermanos no han estado como ahí...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Familiar</p> <p>Apoyo</p>
<p>E: Son la mayoría menores, ¿no?</p> <p>P#4: Sí, son la mayoría menores.</p> <p>E: mjm</p> <p>(35) Pero han sido más que todo mis papás y digamos que la relación últimamente ha mejorado mucho, pero lo que es digamos desde el 2014 y eso, por ahí hasta hace unos dos años, más o menos, eh, no era</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>

<p>muy buena. Era muy de yo en mi vuelta, yo en mi vuelta, yo no le quería decir nada a nadie. Entonces las cosas con mis papás se volvieron supremamente tensas.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Querer negarlo</p>
<p>E: Vos como que te aislaste... (36) Me aislé absolutamente, tanto de ellos como de mis hermanos pues</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Aislamiento</p>
<p>E: Ajá (37) Y en lo social, pues ya como con parceros, no. Nunca, es decir, yo no soy, yo no le cuento a todo el mundo que tengo eso. Pero yo creo que no soy tan evidente. Pues en ciertas ocasiones o la gran mayoría del tiempo, no soy tan evidente de eso. Entonces en lo social ha sido como que casi nadie sabe y los que saben todo bien.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p>
<p>E: Ok. Bueno, en la familia ¿ellos fueron parte en el proceso del diagnóstico o vos lo hiciste y llegaste y se los comunicaste? (38) Pues, sí. Lo que fue el diagnóstico con la psicóloga del colegio sí fue pues, yo no les dije que iba a ir y eso, y me dijeron y yo sí se los comuniqué. Yo “ah, esto es lo que pasa”.</p>	<p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) Personal de salud, familia</p>
<p>E: Listo. Y ¿familiarmente en qué aspectos has notado un cambio? (39) Pues, digamos que ha habido cambios, pero también porque han sido cambios dentro de la personalidad mía. Sin embargo como te digo, entonces hubo un</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>

<p>tiempo en que yo era muy aislado, muy no les decía nada, entonces eso era con mis papás, eso era un lío. Pero como te digo, como de unos dos años para acá la relación con ellos y en general con ellos y con mis hermanos ha mejorado mucho, ha sido más cercana. Pues de hecho en este momento yo digo que me encuentro como en una de las épocas más estables de mi depresión. Entonces la relación ha sido básicamente eso, al principio muy aislado, muy, muy yo con yo y no quiero que nadie más se meta ni nada; pero últimamente pues, yo digo que también es porque me he estado sintiendo bien que yo digamos me he empezado a abrir más con ellos en particular</p>		
<p>E: Y ¿cómo a qué crees que se deba que te estés sintiendo mejor?</p> <p>(40) Em... pues bueno. En parte son los antidepresivos, que en este momento pues, en este momento con el psiquiatra que estoy, que ya llevo como 4 años, por ahí 3 años y algo, eh, pues el man es como muy teso o por lo menos conmigo le ha funcionado la cosa y me ha tenido bien en eso. También como no sé, como la manera de pensar y ver las cosas como que digamos me ha ayudado un poco. No porque de pronto vea la vida más bonita o algo así, sino porque siento más resignación frente a la vida y como que ya entonces le dejo de dar importancia a esas cosas, como que las acepto.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento Psicoterapia individual</p>
<p>E Y tú en este momento estas con psiquiatra y psicólogo? P#4: Con psiquiatra</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterpia individual</p>

<p>E: Solo psiquiatra (41) Pero el psiquiatra es el mismo que me da la psicoterapia. Entonces...</p>		
<p>E: Ok, ah listo. Bueno, ¿socialmente tienes como amigos cercanos? (42) Él (Señala a un amigo que estuvo durante la entrevista)</p>		
<p>E: ¿Y él sabe evidentemente de...? (43) De todo, eso. E: ¿Y hace cuánto tiempo? P#4: ¿Hace cuánto tiempo él sabe eso? E: Sí P#4: Por ahí un año</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p>
<p>E: Bueno, y ¿cómo se dio como esa...? O sea, ¿cómo se llegó a que él supiera? (44) Pues no, él y yo nos conocimos y empezamos a, pues, nos tocó ver unas materias juntos, además entramos al mismo grupo de investigación y digamos, eh... estamos digamos de acuerdo en muchas ideas y muchos pensamientos y muchas cosas, entonces nos volvimos muy parceros y le conté. Ah, eso sí no me acuerdo, hace rato. Ya le conté</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p>
<p>E: Listo. ¿Y ustedes hablan acerca de esto? Pues como de la depresión, del diagnóstico (45) Sí, de todo eso. Cuando estamos borrachos más que todo (risas)</p>	<p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/comunicación (C.P) (Amigos)</p>

<p>E: Ok y ¿qué se discute en esas conversaciones, como de qué hablan cuando hablan del tema?</p> <p>(46) Muchas, cosas. Pues hablamos...</p>		
<p>E: O sea, pero no tanto como de las discusiones que puedan llegar a tener como de la forma en que ven la vida o como de lo que causa eso, sino como de lo que ha causado ¿cierto? El diagnóstico o la depresión en vos</p> <p>(47) eh, si, pues se ha hablado muchas cosas, hay días en que yo estoy muy mal entonces no sentamos y hablamos...pues, este man y yo bebemos mucho cuando estamos así entonces siempre son charlas de borrachos, de prendos, de estar ahí hablando. Pues, y hablamos muchas cosas entorno a eso, ya sea un día hablamos de cómo nos estamos sintiendo en este momento, que cierta cosa pasó y nos sentimos de tal manera, que...pues</p> <p>Amigo: se puede llegar a ahondar al respecto de la situación, como de los detalles, pues no en los detalles de la situación sino en los detalles de cuáles son las cosas que han pasado durante la vida, que lo han llevado a ser cada una de esas cosas...</p> <p>P#4: Exacto...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Interpersonal</p>
<p>E: Listo. Y ¿cómo estableces vos las relaciones interpersonales a lo largo de tu vida?</p> <p>(48) Bueno, mmm, digamos que antes por ahí un año antes, hace un año y para atrás, yo era muy de...eh, de con todo el mundo todo bien y estar con aquel, andar con el otro,</p>		

<p>saludar a este al otro, lo que sea. Muy social. Pero de un año para acá, un año largo para acá, yo ya me he vuelto muy solitario. Pero no ha sido tanto por la depresión sino como por, digamos que, como por gusto. Es decir, en la soledad he encontrado sosiego. Vea, con la única persona que yo podría estar todo el tiempo es con este parcero, de resto todo el mundo, pues o casi la gran mayoría como que me dan muy igual, prefiero estar solo que con ellos, entonces ha sido...las relaciones interpersonales, es decir, a mí no me cuesta estar hablando con una persona, sentarme con esta otra a tomarnos una pola y discutir algún tema, no me choca. Pero no soy así como que “ay, venga, estemos juntos, hagamos esto otro”. Prefiero estar yo solo y hacer las cosas yo solo.</p>		
<p>E: Bueno, y ¿cómo has considerado tu desempeño en este ámbito? Pues, vos cómo te sentís generalmente como en la esfera social</p> <p>(49) Ah ya... Pues, tranquilo. Porque no, no me siento para nada que tenga que satisfacerle alguna necesidad a otra persona, ya sea que ser bien con él, o que ser amable, o que estar ahí. Pues, como que le he perdido poco interés a la gente, como que, sí, como que la gente me importa muy poco. Entonces, de hecho eso me hace sentir muy tranquilo, a mí me hace sentir eso tranquilo. Es decir, no me da remordimiento ser un hijueputa con aquel o con la otra</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p> <p>Tranquilidad</p>

	EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE	
<p>E: Ok ¿vos has sentido que el diagnóstico, no en sí la depresión, sino como el hecho de tener un diagnóstico, ha influido en esta área social?</p> <p>(50) Ahg. No porque, yo digo que no porque es que, pues el diagnóstico para mí no es absolutamente nada comparado con lo que la depresión me ha hecho vivir, me ha hecho pensar, me ha hecho sentir. Entonces, pues es absolutamente irrelevante.</p>	DX Y SUS IMPLICACIONES	Irrelevante
<p>E: Listo. A nivel académico, ya que me decís que no trabajás, ya específicamente. ¿Vos has sentido la necesidad, no sé, en alguna etapa, de decir como “no, yo tengo esto”; para justificar algún comportamiento a nivel académico?</p> <p>(51) Sí...pero no. Sí, pero nunca, o muy muy rara vez, y es que eso que no recuerdo alguna vez, se lo justifico a otra persona sino que me lo justifico a mí mismo.</p>		
<p>E: Ok</p> <p>(52) Como por ejemplo “Hoy estoy muy mal, hoy no voy a ir a la universidad y me voy a quedar encerrado”. Y así, no me importa que tenga que hacer esto, lo otro, lo otro...no me importa. Ha sido como eso, entonces yo mismo, para mí me lo justifico. Cuando otra persona por ejemplo de acá (universidad) me lo pregunta “ah no, estaba enfermo, tenía tal esta cosa” pero nunca les</p>	CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE	Autojustificación

<p> digo que estoy en mera depresión o algo así.</p>		
<p>E: Ok ¿a profesores tampoco?</p> <p>(53) A profesores tampoco</p>		
<p>E: Listo, entonces aplica también para trabajos en grupo, te sentís muy mal y no vas a ir ¿salís con otra cosa o...?</p> <p>(54) Sí pues, es decir, como te digo, eh, a mí casi no me gusta que se enteren de mis cosas y mucho menos de esto. Entonces yo siempre si voy a sacar el culo mmm ¿Puedo decir eso?</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Querer negarlo</p>
<p>E: Sí, claro</p> <p>(55) Si voy a sacar el culo pues me invento una excusa, pero yo no les digo que estoy deprimido o algo así</p>		
<p>E: Y puedo saber cuál es la razón por la que preferís no decir por qué</p> <p>(56) Ah, porque ahg, porque eso se puede prestar a... a interpretaciones, a juicios, a habladurías. Entonces qué pereza uno estar en medio de ese tipo de cosas</p>	<p>ESTIGMA</p>	<p>Juicios</p>
<p>E: ¿y cómo qué interpretaciones, juicios o habladurías crees que puede hacer la gente respecto a esto?</p> <p>(57) Em...por ejemplo... no, no sé. Pues habladurías es que la gente se empiece a enterar de esas cosas y por ejemplo a mí no me gusta que, que, que cuando estoy como tan deprimido, una persona que no es tan cercana me venga a querer subir el ánimo. Pues, no me gusta. Pues,</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	

<p>no me gusta y es que a veces también cuando una persona llega a hacer eso, pues, obviamente la persona quiere ayudar, pues tiene que saber qué está pasando. Entonces me preguntan ta ta. Y a mí no me gusta porque es que además me cuesta mucho expresar la sensación, pues es que a veces...pues, él ha visto, estoy en un momento tranquilo y al otro rato estoy más aburrido que un berraco o lo contrario y así. Entonces es muy difícil explicar porque es una cosa que, no sé, se le apaga a uno algo por dentro y uno. No no, es que ni siquiera soy capaz de explicártelo aquí...</p>		
<p>E: Sí, igual, o sea, tampoco es como necesario en este punto. Es decir, la entrevista no se enfoca tanto en vos cómo sentís la depresión, sino como sobre eso, que por ejemplo evitas contarle porque la gente llega y pregunta, porque quiere ayudar pero de todas formas...</p> <p>(58) Pues, y no quiero darle explicaciones a nadie, a nadie, no me gusta</p>		
<p>E: ¿Y por ejemplo que juicios has escuchado así no sea hacia vos, pero que creas que por eso no querés que sepan??</p> <p>(59) Pues, por ejemplo lo que más dicen es que uno quiere llamar la atención. O, o es que también es que es muy difícil para alguien que no está metido digamos en esto, entenderlo. Pues yo también digamos los entiendo, pues, ustedes no entienden, sino entienden cómo van a ayudar, así, entonces.</p>	<p>ESTIGMA</p>	

<p>Entonces sí, por ejemplo lo que dicen de que uno lo hace para llamar la atención o que, cuando vienen y le dicen “no, no esté así, que vea que esto, que hay unos que está peor, que hay otros que están mejor”. No, coma mierda. Pues, no me gusta eso. Por eso prefiero no discutir eso con nadie.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	
<p>E: Listo. Y ¿vos sentís como que los demás se interesan en vos? P#4: Sí E: Sí ¿cómo en que niveles? (60) Pues, yo lo siento, yo lo siento pero puede ser pura paja</p>		
<p>E: Ah, pero sí. La pregunta es como si vos crees o sentís que se interesan... (61) Sí, Sí. Hay mucha que digamos cuando me ve un poco más serio de lo normal, o más distante o algo así, obviamente como pueden conocerme un poco más como “ey X ¿usted está bien? Usted está así”. Entonces sí, yo siento que la gente sí se interesa.</p>		
<p>E: ¿Y es por ejemplo con este tipo de comportamientos que sentís que se interesan? Por ejemplo cuando te ven decaído y llegan y te preguntan si estás bien, qué pasa. (62) Sí, sí. Sí obviamente con ese tipo de comportamientos, o a veces yo me he encontrado supremamente mal y le he escrito a una persona que digamos no es así como tan cercana, pero digamos podría eh, para mí estaría cómodo, me sentiría cómodo diciéndole esas cosas, confiándole</p>		

<p>esas cosas, diciéndole que me siento tal, que estoy así, que estoy haciendo esto... Entonces...</p>		
<p>E: ¿Y responden? (63) Ajá</p>		
<p>E: Bueno, ¿has sentido algún tipo de rechazo, no sé, que alguien se haya enterado del diagnóstico y te haya rechazado por esto? (64) Pues por el diagnóstico, no, no. La verdad es que nunca he sentido rechazo ni por el diagnóstico ni por ser una persona depresiva.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	
<p>E: Listo ¿y con qué comportamientos de los demás vos sentís que no se interesan o les importas? (65) Pues, a ver cómo le respondo eso. Pues mmm, la única forma que de pronto me han hecho sentir que de pronto no les interese, es si yo les cuento o les comento y ellos pues evidentemente no muestran interés</p>		
<p>E: Ok (66) Pero de resto, pues es que no sé cómo habría, no sé si digamos para mi haya otra manera en la que muestren desinterés si a duras penas yo les digo que estoy así. Entonces como mucho es que yo les cuente y “tranquilo, va a estar bien” o alguna mierda de esas</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	
<p>E: Mjm. Buen, vos me comentabas ahorita que vos sentís que no es evidente tú diagnóstico...</p>		

<p>(67) Sí, en general no es evidente. De hecho a mí mucha gente, mucha gente, me ha dicho que yo soy una persona supremamente alegre, que soy supremamente amigable. Cuando me conocen me dicen que pensaban que yo era más amargado, que yo era grosero, entonces... E: Sí, no es como muy evidente... P#4: Ajá</p>		
<p>E: Y personas que lo sepan, que supongo que son pocas por lo que me comentas ¿has notado algún cambio en su actitud hacia vos?</p> <p>(68) Pues... no mucho. Pues, ellos como que, digamos como saben, entonces si de pronto yo estoy con alguna actitud un poco fuera de lo usual, entonces sí de pronto me preguntan. Pero pues sería como lo único</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Interés</p>
<p>E: ¿Ellos no han cambiado como su comportamiento... hacia vos?</p> <p>(69) No no no.</p>		
<p>E: Listo, eso era todo. También surgía otra pregunta y era a qué atribuías ese cambio. Pero dado el caso de que vos no notás ningún cambio de parte de ellos...hacia vos.</p> <p>(70) No, la verdad es que no. Pues, también la cosa es que yo soy muy poco, pues como que no me percato tanto de esas cosas, siendo honesto. No sé si es que no les doy importancia, pero no, no me percato Si es que lo han hecho. No. Yo siempre, por lo menos desde lo que yo he notado, todo bien.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Relaciones interpersonales</p>
<p>E: Ah bueno, muchas gracias.</p>		

--	--	--

Participante #5

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
<p>Entrevistador: Listo, ya empezamos a grabar. Bueno, el estudio o el trabajo se enfoca en la influencia que puede tener in diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales ¿cierto? Y como de la posible estigmatización social que se puede presentar. Pero entonces para empezar comencemos con tus datos más básicos y generales como cuántos años tienes, sexo, escolaridad, tu ocupación...</p> <p>(1) Bueno, mi nombre, ah bueno, no. Perdón. Tengo 28 años, los cumplí en abril. En estos momentos soy estudiante de ingeniería de materiales de la Universidad de Antioquia, estoy en el séptimo nivel. Em, estoy en la universidad desde el 2011. Sexo masculino, heterosexual, no sé qué más...</p>		
<p>E: Eh, bueno tu ocupación es solamente estudiante ¿o trabajas?</p> <p>(2) Solo estudio. No, sí he tenido épocas en las que he trabajado. Me salí en un paro, eh, era un paro estudio que me estaba yendo mal y cancelé el semestre y me puse a trabajar. Pero realmente era para no desperdiciar el tiempo, hice el trabajo como buscando comprar un medio de transporte para la universidad. Eh, pero volví a entrar. Eh, de lo que llevo en la carrera, sí he necesitado mucha ayuda por ejemplo de asuntos estudiantiles, de</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico</p>

<p>bienestar. Em, y de hecho pues he tenido dos ocasiones que hablar con ellos. La primera fue un inconveniente pues que hasta mi hermanita que estudió aquí tuvo problemas. Y la segunda...</p>		
<p>E: Perdón, ¿tú hermana estudió, ella ya salió? (3) Ella salió hace dos/tres años. Pero ella tiene no tiene pues diagnosticado nada.</p>		
<p>E: Listo (4) Mmm. Bienestar me ayudó. Yo conté pues obviamente cuál era el problema. Estaba terceriando tres materias y yo no busqué que me ayudaran, o sea, yo no busqué cuando ya tenía el problema sino antes. O sea, yo les dije a ellos que era un semestre que estaba estudiando, tenía tres materias de las básicas, terceriando. Y que yo las quería pasar pues obviamente. Pero sí había algún problema quería que ellos me ayudaran. Y ellos me dijeron que tenía que cuidado que porque no era cuando las tres veces, sino antes. Que debí iniciar el proceso hace mucho. Eh, yo cuando empecé la universidad, yo empecé proceso. Empecé con psicología y psiquiatría. Psiquiatría era la que me recetaba pues los medicamentos. Y psicología era como, como el acompañamiento. Pero realmente psicología casi no, no la veía tan necesario. Yo me tomaba pues los medicamentos normal, juicioso, por mi mamá que es muy estricta con eso. Y pues por mi interés de irme bien en la universidad. En la universidad realmente a mí me iba regular, no me iba tan bien. En unas materias sí, me iba bien, por ejemplo</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>TRATAMIENTO</p>	<p>Familiar</p> <p>Buscar ayuda</p> <p>Medicamento Psicoterapia individual</p>

<p>matemáticas, pero las que son...a y química. Pero las que son como de física o algo muy abstracto como algebra lineal me iba muy mal, así yo la estudiara mucho, me iba mal. Mmm, ese semestre estaba terceriendo una de las físicas que de hecho es el colador pues de ingeniería, que es física mecánica. Y una abstracta que es algebra lineal. Y yo fui pues allá a contar y dije. Ellos me dijeron “hágalo y al final nosotros vemos qué podemos hacer”. Ese semestre pasé dos de las tres que estaba terceriendo, y ellos lo que hicieron fue que me cancelaron la otra, para que no me echaran. Pero me dijeron que sería la última vez que harían eso porque, aunque ya estaba diagnosticado el trastorno, yo tenía el acompañamiento desde hace mucho, no era algo que se me había descubierto hace poco, no era nada como eso. Entonces no podía volver a usar como ese tema para otro problema que yo tuviera</p>		
<p>E: ¿Y se te presentó algún otro problema?</p> <p>(5) No. De hecho esa fue la última vez que tercerie una materia.</p>		
<p>E: Mjmm</p> <p>(6) Eh, realmente fueron semestres acumulados, O sea, las tres materias terceriadas eran, fueron de 3 a 4 semestres en que solo veía esas materias. O sea, yo cogía esas tres materias y las perdía, las volvía a coger y las perdía. Las volvía a coger....entonces fue como un año de estancamiento. Fueron pues varios tiempos. Y a parte de los paros que me han tocado largos y por ejemplo el último que salimos.</p>		

<p>Aunque hubo mucha oportunidad ahí cuando entramos pudimos continuar. Por ejemplo ese tiempo se dilató mucho y solo tenía dos materias, porque tenía la última básica que es física de campos, que es una materia más bien complicada, aunque a mí me gusta. Eh y otra materia de la carrera, la de la carrera pues la pasé. Pero entonces este semestre sería ver la segunda parte de la de la carrera y otra vez la física de campos.</p>		
<p>E: Ok</p> <p>(7) Pero pues, eh se me abrió una parte del pensum entonces aunque estoy ahí pues con esa materia, no la estoy terceriando, la he perdido solo una vez y la he cancelado solo una vez., eh estoy intentando pues con eso.</p>		
<p>E: Listo</p> <p>(8) Eh, la parte psicológica sí tenía un problema nuevo, fue que tuve una relación muy larga, mi única relación, y la terminé y me dio muy duro. Era una relación de tres años</p> <p>E: Sí P#5: Y fue en esa misma época de las tres materias</p>		
<p>E: Cuándo terminaste la relación se dio...</p> <p>(9) Sí, pues, yo estaba en eso, pero fue algo más prologado. Porque en realidad yo terminé en unos términos muy ambiguos Nosotros terminamos pero era como un ambiente de volver. Si no que hubo en punto en el que ella tomó la decisión y dijo “no, ya no quiero más” y fue más o menos transcurridos seis meses</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>

<p>después de la terminada pues. Cuando pasaron esos seis meses que ella ya tomó la decisión, eh ahí fue cuando yo tuve un episodio de depresión. Y donde tuve la necesidad de ir a psicología, de hecho utilice el de bienestar, y utilicé uno por fuera.</p>		
<p>E: Sí...</p> <p>(10) Con un especialista pues que ha tratado a jóvenes con déficit de atención, o sea, él solo atendía a esas personas. Entonces él como que me ayudaba en la parte psicológica y me contaba que el TDAH hay personas que cuando crecen se les quita o que les nace cuando están adultos. Él me contó un montón de cosas que no sabía de mi enfermedad y con eso pues fui tratando de llevarlo. Ayudó mucho que la universidad me colaboró con lo de las tres materias solo por el TDAH y no por el, pues, el problema amoroso. Sin embargo pues también me hubieran podido ayudar ahí. Bueno ya todo este tiempo, ya han pasado como tres años más o menos, em, y desde eso pues no he tenido más inconvenientes. El conducto regular sigue siendo como eh ganar una materia, pues, en un semestre tener dificultades en una materia y tratar de ganarla hasta el final. De pronto en un semestre perder una materia y las otras ganaras. Em, tal vez no muy altas, mi promedio de la carrera está como en 3.2 y pues llevé desde el 2011 hasta el 2018. Ya llevo como bastantes años, semestres. Pero realmente no solo por el TDAH también por la universidad...</p> <p>E: Por las circunstancias de la universidad también...</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Psicoeducación</p>

P#5: Sí		
<p>E: Bueno, tu ahorita mencionabas que tu mamá es muy estricta con lo de los medicamentos y esto ¿tú con quién vives?</p> <p>(11 Bueno, yo vivo con mis dos padres y con mi hermana y mascotas.</p>		
<p>E: Ok</p> <p>(12 Solo tengo una hermana, mi hermana es mayor que yo. Eh, estudió ingeniería química aquí, ya se graduó. Trabaja y todavía vive con nosotros. Aunque pues, está como comprando ya cosas para mudarse con el novio y eso. Mmm, realmente mi familia ha sido muy tranquila, me apoyan mucho...</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Familiar</p> <p>Apoyo</p>
<p>E: Sí, hálbame un poco como de cómo ha sido el proceso del diagnóstico en tu familia</p> <p>(13) El acompañamiento ha sido muy grande, más que todo por mi mamá. Porque ella es enfermera profesional de aquí de la universidad, entonces como que tiene más conocimiento sobre eso. Eh, realmente no escatima como en la ayuda que yo necesito</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Familiar</p> <p>Apoyo /ayuda</p>
<p>E: Eh, perdona ¿el diagnóstico es desde primaria, cierto, el del TDAH?</p> <p>(14) Sí, bueno, desde que yo era pequeño yo conocí al doctor. Me hicieron unos exámenes, pues eran unos juegos y todo, para identificarlo, y eso. Pero al principio a mí no me decían, yo no sabía qué era lo que pasaba sino que ellos me daban las pastillas y ya.</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Medicamento</p>

<p>E: ¿Solo lo sabía tu mamá?</p> <p>(15) Mi mamá y papá. Pero o sea, no me informaban a mí. Pero sí hablaban en el colegio. En los colegios sí recuerdo mucho que mi mamá hablaba mucho con las directivas. Con el director académico. Yo estudié en el San Francisco de Asís, en la casa azul en Bello y la San Buenaventura.</p>		
<p>E: ¿Dónde vives?</p> <p>(16) En bello, yo vivo en Bello... Y, ah bueno, y en el seminario menor. Y solo en el San Buenaventura mi mamá me dejó a mí tomar las riendas, ya estaba un poquito mayor yo, Estaba en octavo, de octavo en adelante ella me dejó tomar las decisiones a mí sobre lo que más me convenía</p>		
<p>E: A esta edad, ya cuando estabas en octavo, ¿tú ya eras consciente del diagnóstico del TDAH?</p> <p>(17) Mmm, sí. De hecho y fui consciente desde quinto..</p>		
<p>E: ¿Tu familia habló contigo?</p> <p>(18) No, fue más de yo decir “¿por qué me estoy tomando estas pastillas y qué son? A mí me las daban como en la comida. Me partían a la mitad una pastillita y me decían “vea, cómase esto y ya”. Mi papá se rehusaba un poquito porque mi papá solo pues, académicamente solo hizo hasta el bachillerato, no le gustaba por él decía que las pastillas me hacían aquietarme mucho. Entonces a él no le gustaba como se me bajara</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>

<p>tanto el ánimo y así, mi mamá pues continuaba y listo.</p>		
<p>E: Mjmm</p> <p>(19) En sexto fue la única ocasión que tuve un problema de discriminación, que fue con mi profesor titular. Era un psicólogo. Mi mamá le contó pues el problema, le contó que de pronto podía tener esos achaques. Eh, pues de molestar o alguna cosa así. Y, él, aunque fue un muy buen profesor, eh en una salida de campo molestando, eh dijo pues en público que era mejor que me quedara quieto porque si no iba a tener que empezar otra vez a darme las pastillas. Lo que sucedió fue que pues los muchachos se dieron cuenta y me molestaban. Pero realmente yo estaba como es tónica de paseo, porque estábamos fuera del colegio. Estábamos en la entrada del parque de las aguas o algún sitio así. Entonces pues bueno. Yo le conté a mí mamá, yo realmente no me vi tan afectado, pero con mi mamá vi que sí había sido un problema porque el señor le había dicho a mí mamá que él era psicólogo y que él era capaz de manejarme sin las pastillas.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	
<p>E: ¿Entonces tú, o sea, te dejaron de medicar por ese tiempo?</p> <p>(20) Sí. Eh, todo pues, desde que salí pues en quinto hasta octavo que volví al san buenaventura, eh estuve en el seminario, y la única manera que pude convencer a mis papás de pasarme otra vez al colegio que quedaba cerca de mi casa, que era el San buenaventura, era logrando buenas notas. Entonces en séptimo al final no perdí nada y eso fue lo que</p>		

<p>me dio el aval para pasar a octavo al San Buenaventura.</p>		
<p>E: Sí</p> <p>(21) Estuve hasta noveno, en octavo pues también tuve problemas acoplándome porque el nivel académico en el seminario era más bien bajito y en el San Buenaventura era muy alto. Ellos tenían el certificado de ICONTEC, tenían un montón de cosas pues de buena calidad, el icfes lo tenían en un nivel muy superior. Entonces me dio muy difícil acoplarme, duró todo ese tiempo en octavo y terminé al final habilitando dos materias. Noveno sí fue una época que tuve como una madurez eh, en lo que quería hacer en mi vida. Hice mi proyecto de vida y tomé pues la decisión de que quería estudiar en una universidad, quería estudiar, ser tener una profesión que pagaran bien, que se viera bien en la sociedad. Y aunque tuve pues mis altibajos al final solo perdí una materia, pero gracias a dios tengo a mi madre de testigo, que fue la materia que daba la directora de grupo, que era ciencias naturales; y le dijo a mi mamá que ella pensaba que yo debía pasar en limpio</p>		
<p>E: Mjmm</p> <p>(22) Porque mis notas eran muy altibajas, pero al final pues todas las recuperé y ella decía “no creo que el merezca irse a vacaciones sin perder nada” y me la puso a perder. Pero mi mamá estaba presente, pues, se lo dijo a mi mamá.</p>		
<p>E: ¿Pero fue por la razón de que las materias...?</p>		

<p>(23) Que a ella no la pareciera justo de que yo perdía pero ganaba, porque era como por semestre, por niveles, como por periodos...</p>		
<p>E: Pero a ella no le parecía justo por tu desempeño académico en el transcurso del año</p> <p>(24) Pensaba como que no fue tan bueno como para que al final no hubiera perdido ninguna. Entonces, realmente a mí no me importó y solo fue hacer un taller. Listo. En décimo sí se notó más, porque de mi curso fui el único que no perdió materias, en esos momentos, en toda esa parte de secundaria no me había medicado todavía. Fui el único de mi salón que no perdió materias y no tuve reconocimiento de mi profesor.</p>		
<p>E: Mjmm</p> <p>(25) Pero también era como por eso, porque... ah bueno, en el colegio yo tomé como eh, medidas. Por ejemplo para no pararme del puesto, en el colegio manejaban agenda, y era gorda y pesada. Entonces lo que hacía era sentarme en el pupitre y ponérmela en las piernas. La agenda como era acolchonada me calentaba los muslos, cuando yo sentía que, o sea, si yo me fuera a parar sentía el frío y ese frío me recordaba que no me debía parar del puesto.</p> <p>E: ¿Y esas medidas las tomaste tú solo o por ejemplo en acompañamiento? P#5: No, yo solo.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Autocontrol</p>
<p>E: Ok</p>		

<p>(26) Mmm, fueron cosas porque por ejemplo habían momentos en que presentaban quejas sobre mí y yo trataba de hacer la autoevaluación y yo no veía esas cosas. Pero, eh, yo investigando y por mi mamá ser enfermera sé muchas cosas pues de medicina. Sabía pues que uno no se da cuenta de los actos que genera pues en la enfermedad. Entonces que podía estar molesto a alguien o ser fastidioso y yo no verlo, pues, para mí ser normal porque toda mi vida ha sido como eso normal, pero para las demás personas no. Entonces traté como de estar más quieto, tratar de tener un orden. Entonces un orden del día, lo que tenía que hacer para el próximo día. Empecé a usar las fechas de los calendarios pues para poner cosas importantes, trabajos y tareas que tuviera que hacer que fueran muy grandes. Eh, yo creo que en esa época que comenzó mí, pues que empecé a interesarme por la lectura.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Búsqueda por sí mismo</p> <p>Creerse normal (pero para los demás no)</p> <p>Autocontrol</p>
<p>E: Sí...</p> <p>(27) Y bueno, eh, con el profesor que también conocía hace mucho, no tuve reconocimiento por parte de él hacía los demás, pero tampoco me importó. Me pareció muy gracioso pues que yo haya sido el único que no haya perdido nada. Y porque yo soy X entonces era el último de la lista, entonces cuando entregaban la última cartilla que mostraba qué había perdido, todo el mundo decía, hasta los mejorcitos del salón perdieron una. Y cuando me la entregó a mí yo era buscando dónde era y yo “¿dónde es que es?” y yo miraba y todo el mundo tenía escrito algo y yo no tenía nada. Entonces me</p>		

<p>pareció un logro personal muy bien, entonces me pareció que no necesitaba reconocimiento. En once pues ya era el culmen, en el colegio los de once tenían más privilegios, no les exigían tanto. Me gradué, me gradué en limpio, ni por ventanilla ni tuve problemas con eso. En mi vida académica, en el colegio por ejemplo sí tuve muchos problemas disciplinarios. Mucha firma de actas, muchas cosas así. Nunca tuve problema académico ni firmas así de esos que si vuelven a hacer algo los echan. Pero sí muchas formas de peleas, del muchacho muy inquieto, pues así. Lo normal pues de la enfermedad.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Identificación</p>
<p>E: mjmm</p> <p>(28) Al salir del colegio pedí ayuda, le dije a mi mamá pues que necesitaba toda la ayuda posible, porque en la universidad sí necesitaba pasar, no me parecía que iba a ser tan olímpico como el colegio. Aunque el colegio me dio pues muy buenas bases. Pasé la primera vez que me presenté a la Universidad Nacional y a la Universidad de Antioquia a lo que quería. De hecho acá en la de Antioquia quedé en el puesto 6. Aunque pues me parece que el examen de acá es más sencillo, sigue siendo haber pasado, pues, no mucha lo hace. Eh, desde el comienzo pues he estado en la carrera, solo he cancelado semestre dos veces, una vez por gusto, porque quería salir a trabajar y otra vez por problemas académicos</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Buscar ayuda</p>
<p>E: Sí... X y cuando tú le dijesta a tu mamá que ya para el proceso de la</p>		

<p>universidad sí ibas a necesitar más apoyo ¿ahí fue cuando retomaste con psiquiatría y psicología?</p> <p>(29) Ah bueno,no. Lo primero que hizo mi mamá fue ir donde el doctor de las Américas que es el que llevaba mi caso. El señor es de, trata más con las personas eh, desde la pubertad para abajo. Entonces lo que él hizo fue que me dijo, pues, el señor es muy estudiado, tiene muchos diplomas en Francia y eso. Comentó que había una medicina muy buena que era la atomoxetina</p>		
<p>E: Sí...</p> <p>(30) Pero, pues, especificaba marcas. Por ejemplo la atomoxetina a mí me la dan como sertralina, como...eh, se me olvidó, la sertralina es la que me dan como zoloft. La atomoxetina me la dan con una marca propia. Esa es como el laboratorio que los genera, el primero que lo hizo esos son. De hecho mi madre tiene ese tutelado, para que sea así. No son genéricos, sino la molécula como original. Él le ofreció la atomoxetina y me dijo que yo había desarrollado...mi problema es más el déficit de atención que la hiperactividad. Pero eh también empecé a sufrir como de un trastorno de ansiedad. Me volví muy ansioso</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>
<p>E: ¿A qué edad?</p> <p>(31) Eh, ya estaba aquí en la universidad. Más o menos a los 20 años puede ser.</p>		
<p>E: Sí...</p> <p>(32) Mmm bueno. Un punto importante es que yo no consumí</p>		

<p>alcohol hasta que no entré a la universidad. Pues yo vine a consumir alcohol aquí en la universidad, ni fumaba ni he usado drogas por fuera de las que me han recetado los doctores.</p>		
<p>E: Mjm</p> <p>(33) Y también pues por el acompañamiento de mi mamá, pues las drogas son malas y porque ya tenía mucho conocimiento así de lo que provocaban y de lo que hacían. Mmm, el doctor me dijo que debería consultar con un neuropsicólogo que era esta doctora que se llama Claudia*, muy buena la doctora. Me hizo otra ve la prueba para determinar si sí tenía el TDAH, a qué instancia lo tenía, cómo estaba formulado y toda pues la cosa...</p>		
<p>E: ¿Esto fue hace cuatro años?</p> <p>(34) Sí, hace cuatro años. Pues yo ya estaba en la universidad, estudiaba y tomaba pues el medicamento. Pero la idea de esto era también hacer un, ¿cómo es que se llama?, una rehabilitación neuropsicológica. Ella lo iba a hacer era que en unas citas me iba a dar como tips o como eh, mencionar cosas sobre mi enfermedad y cómo controlarla y cómo ayudarme.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	
<p>E: Sí...</p> <p>(35) La enfermedad pues como me había explicado, se le puedo quitar a los adultos, pero en mi caso no. En mi caso el tratamiento debe ser de por vida. Mm...</p>		

<p>E: ¿Y en este momento qué tratamiento sigues además de medicamentos? ¿Estás con psicoterapia con psiquiatra?</p> <p>(36) Mmm bueno, en este momento, eh, yo tengo nueva eps, entonces ellos tiene convenio con Sameín. Tengo seguimiento con psiquiatría, por las pastillas pues, y con psicología. Eh, hace, bueno, como he tenido problemas de... nueva eps ha tenido problemas porque ellos tenían convenios por ejemplo con la ips, después tuvo un convenio con una de monjas aquí en prado y después en puerta del norte en niquía, después fue en sameín. Entonces ha sido muy interrumpido el proceso. Por ejemplo en puerta de norte, la persona que me atendió me había diagnosticado autismo. Entonces a mi mamá no le pareción, entonces siempre ha sido como la búsqueda de una persona que sepa lo que está tratando, lo que está haciendo. Que tenga competencia para poder avanzar</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Múltiples diagnósticos</p>
<p>E: ¿Pero entonces tu cuentas con ese diagnóstico de autismo o fue...?</p> <p>(37) No, no. Fue algo que mostró que no estaban tan calificados. O sea, cada vez que se me ha pasado es por eso. No, el diagnóstico real mío es TDAH, de hecho ellos me muestran lo de la evolución y todo.</p>		
<p>E: Si, ahí vi (historia clínica) que por ejemplo este TDAH y has presentado episodios de depresión que fue cuando...</p> <p>(38) Bueno, es trastorno de depresión empezó desde la ruptura del noviazgo. Y ya después la</p>		

<p>probabilidad de que se presenten otros episodios de depresión es más alta que cuando no.</p>		
<p>E: ¿y el de ansiedad de cuando empezaste la universidad más o menos?</p> <p>(39) Sí, supuestamente el de ansiedad se me trata con el zoloft y lo demás debe ser con algunos ejercicios que me mostraron. Por ejemplo la torre de hengel...no me acuerdo cómo se llama ¿ si es hengel?</p>		
<p>E: No, no sé cómo se llama, pero creo que es la de los aritos que se pasan...</p> <p>(40) Eso, para contralar. Juegos como memorando, más adaptativos para la memoria, para agilizar, sudokus, crucigramas. Lo bueno es que me gusta pues con mi hermanita y mi papá el tema de los crucigrama y los sudokus, con mi mamá.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: ¿O sea es algo que trabajan familiarmente?</p> <p>(41) Sí, pero no es algo como por la enfermedad, sino que es algo que nos gustaba. Pues, a mí papá le gustaba, nos lo...como la lectura, la lectura a mí papá le gusta mucho y con mi hermanita y conmigo trabajaba dándonos libros, recomendándonos libros. Entonces con eso como me ha ayudado un poquito como esa parte. La doctora me hace, esta doctora fue la última con la que me presenté, las demás como el autismo y todo eso fue antes de ella. Y pues todo eso como estaba en el historial, con ella se confirmó todo y ella dijo que</p>		

<p>obviamente el muchacho no tiene, pues, como figuras así. Pues ella contó cuadros de no sé qué con mi mamá. Ella me dice pues que de hecho tuve una muy buena evolución aunque desde niño era inatento. Que trabajara en actividades para mejorar el desempeño de la atención y funciones ejecutivas. Ella pues me contó que de aquí en adelante eso tiene que ser seguidito, eso se pierde. Que hasta mi mamá que es sana debería de hacer por ejemplo sudokus para que la memoria no se pierda. Eso ayuda también al Alzheimer y todas esas cosas. Es importante pues la agilidad en el cerebro.</p>		
<p>E: X y ¿este diagnóstico cómo sentís que ha influenciado tu esfera personal y social?</p> <p>(42) Ah bueno, eh, es muy difícil como una ver eh... cómo lo afecta a uno porque el como el punto de partida de uno, es uno mismo. No tengo realmente cómo es una persona normal a cómo es uno. Mm, yo me considero que soy una persona tímida</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	
<p>E: Sí... (43) Pero eso también puede deberse al trastorno</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Causalidad</p>
<p>E: ¿Vos lo has considerado así?</p> <p>(44) Sí, me parece. De hecho pues, uno queriendo saber lo que uno tiene, uno pues busca por separado. Me he leído libros sobre eso, sobre conducta, sobre cómo se trata, sobre cómo mejorar, como ayudar a no tener bajones y esas cosas. Y uno de los puntos es que mayormente los</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>CONDUCTA Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Búsqueda por sí mismo</p> <p>Autocontrol</p>

<p>jóvenes que las sufren son más bien reservados. Em, bueno. Así fue que supe que también era hereditario, o sea que en mi familia debe haber gente pues que también tenga, que haya tenido o que se le haya quitado. Pues no sé, pero sí. Eh, no asocial pero, como que sí tiene tendencia a elegir como una o dos personas, no es como tan abierto a las cosas.</p>		
<p>E: Y tú por ejemplo ¿es de esa forma? Es decir ¿tiene amigos cercanos?</p> <p>(45) Bueno. Yo a pesar de ser muy tímido, lo que no me gusta es como llamar mucho la atención. Pues como sobresalir así y gritar. Pero sí me gustan las buenas amistades. Y de hecho pues tengo muy buenas amistades y amistades muy duraderas. Tengo amistades del colegio que datan casi desde octavo. Que hasta el día de hoy son muy buenos amigos míos. Todavía nos hablamos mucho, y gracias a Dios son muy buenas personas, son muy inteligentes. Son personas de arquitectos con maestría, de doctores en Sura, doctores en Rio Negro. Eh, bueno y aquí en la universidad por ejemplo también. Sí sé pues que por ejemplo yo no llega a un salón y yo digo yo quiero ser amigo de esta persona. Realmente los amigos de la universidad han sido que me los presentan, amigos de amigos. Eh, y que me van conociendo y que se dan cuenta pues, por ejemplo yo con habilidades académicas, la gente se me acerca, me dice que “ayúdame” con esto y pues yo pues claro que sí. A mí no me importa ayudarlo, no es que vayamos a ser amigos ahí de una, pero sí tenemos algo en común, sí hablamos y todo. He tenido de</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p>

<p>muchas clases. He tenido amigos pues eh que van mucho al aeropuerto, tengo amigos que estudian mucho, he tenido amigos que osn muy grandes, pues, muy adultos, que volvieron a entrar aquí y que trabajan. Tengo amigos que no hacen nada, absolutamente nada. Hay gente que casi la mayoría que he conocido en la universidad, que han echado, eh, pues me parecían pues buena personas, estudiantes. Sin embargo pues, claro que cada tiene su historia y tiene sus problemas con los que tiene que luchar. Y yo siendo consciente del mío como que me concentro mucho es esto. Pues, no es un secreto, yo creo, para una persona con TDAH tiene que estudiar el doble o casi el triple de lo que una persona normal debería estudiar un tema. Entonces eso ha sido como lo que más he vivido, tener que estudiar mucho un tema que creo entender y tener que volver a estudiar y perderlo y tener que volver a estudiarlo. De hecho tuve varios semestres en los que le explicaba a mucha gente y ellos ganaban la materia y yo la perdía.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aeptación</p>
<p>E: E: Y yo te pregunto, ya que tus mencionas que has tenido muchas amistades como a lo largo de los años, eh ¿cuáles de estas amistades saben de tu diagnóstico?</p> <p>(46) Ah bueno, eh, mmm. El diagnóstico a mí me avergüenza, a mí es algo que no me gustaría tener. Es algo que siempre tuve la esperanza de que tuviera, de que tuviera una cura</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Vergüenza</p>
<p>E: Sí...</p>		

<p>me diga “a pero este muchacho es así y venga pasemolo”. No, yo quiero ganarme las cosas por mis méritos, todo eso.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	
<p>E: O sea, ¿a nivel relacional nunca lo has expresado, más allá de a tu exnovia?</p> <p>(51) Si afectara por ejemplo el comportamiento de agresividad o cosas así, me parecería imprudente contarle. Pero como no veo que sea el caso, no se lo he contado. Aunque pues, como te digo uno tiene comportamientos en ocasiones y dicen “ah, es que él es muy fastidioso, él es muy fastidioso”, y pueden decir que sí, pero yo confirmar, no.</p>		
<p>E: Y a nivel académico ¿la única vez que has recurrido al diagnóstico fue cuando estabas terceriando las materias?</p> <p>(52) Las materias... fue necesario contarle, pero realmente fueron a pocas personas. Fue al trabajador social de bienes universitario de ingeniería, a la psicóloga de ingeniería de vice decanatura que hacía parte del comité académico, que son los que deciden esas cosas, y al jefe de departamento y ya.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Académico</p> <p>Exteriorización/Comunicación (Personal de la u)</p>
<p>E: Listo, ¿solo has tenido esta relación sentimental?</p> <p>(53) Sí... Solo he tenido esa relación y pues...no he tenido más relaciones formales. Eh, después de que terminé con ella, como al año y medio conocí a una persona. Pero siempre estuve muy, o sea, estaba como todavía en la tusa. Yo llegué a</p>		

<p>superar la tusa como a los dos años y medio. Más o menos a los dos años, o sea, que yo pudiera decir “no, ya no me duele, no estoy así tan mal”. Pero realmente desde psicología siempre la traté. Siempre fue... cuando tuve ese problema, si duré 4/5 meses sin acompañamiento fue mucho. Porque se me notaba mucho, en mi casa mi hermana, mi mamá, mi abuelita. Entonces busqué ayuda aquí en la universidad que tiene programas para eso, busqué ayuda en la psicología de aquí, en los psicólogos que iba por fuera de la universidad y por lo que, de hecho he ido a psicología que no me paga mi salud.</p>		
<p>E: Mjm</p> <p>(54) He ido donde personas que yo sé que son buenas, que mi salud no lo cubre</p>		
<p>E: Particulares</p> <p>(55) Particulares, sí, que diría uno. Eh, con ella no formalicé nada y terminamos en buenos términos. Yo no le quería decir, pues, no terminamos, yo no le quería decir porque estaba entusado, sino porque yo no estaba preparado. Y ella no es de esta ciudad y pues, terminamos como una relación de amistad eh cercana.</p>		
<p>E: Bueno, yo quisiera como que me hables más lo que ha significado la experiencia del diagnóstico para vos, o sea, pero desde el enfoque que me decías que te avergüenza, que no quieres que, que no quisieras que te regalaran cosas por esto o que se</p>		

<p>comportaran de una manera distinta por esto.</p> <p>(56) Es como, eh... como no quiero provocar lástima. O sea, yo quiero ganarme mis cosas. Yo sé que tengo el problema, pero no es como culpa mía. Yo siempre desde el colegio he tenido como la mentalidad de querer estar en un nivel sobresaliente, hablando de la parte cognitiva. Pero lo más regular y en lo que yo veo pues, mirando todas mis cosas académicas y todo, a pesar por ejemplo de que en el icfes me fue muy bien, de hecho todo mi salón, solo una persona en mi salón, en el icfes en once, todos quedamos por debajo de 100, solo uno quedó por encima de 1000. Eh, como el corte de cómo me va académicamente es aceptable y yo siempre he querido tirar por excelen...por sobresaliente. A mí no me gusta ni ser el mejor pues de todos, ni el más inteligente, pero no me gusta el común denominador. Me gusta como sobresalir un poquito más. Entonces es ese esfuerzo que yo trato de hacer por, por “no me ayuden para yo lograr ese sobresaliente”. Pues así me de mucha dificultad he intentado mucho ser yo el denominador ahí</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aceptación</p>
<p>E: Ok, Y ya para ir finalizando ¿tú sientes que eres importante para los demás?</p> <p>(57) Eh, bueno, yo sí siento que causo ahm, que causo, que dejo huella en las personas. Que soy diferente, no de mala manera pues. Ehm, de que soy, pues trato de ser muy buen amigo, de ayudar a las personas, de no hacerle mal a la gente. Con la moral, pues, normalito.</p>		

<p>Eh, y creo que lo veo muy reflejado en las ocasiones en la que la gente se preocupa por ejemplo cómo me está yendo en un parcial. El semestre pasado estaba viendo campos y la perdí y todos me decían, pues me daban el apoyo, me decían “usted puede, usted es capaz”. Eh, todos eran pendientes de mí, me preguntaban. Decidí hacer la habilitación y seguían ayudándome, pues, preguntándome. El acompañamiento y todo eso. Mmm, yo creo que pues no seré muy popular o así que no tengo muchos amigos, pero creo que los amigos que tengo son buenos y creo que los sé elegir muy bien. Creo que no he tenido amigos como que tengas problemas como de bandas y nada de eso, a pesar de vivir en bello y tener eh... No yo creo que, de hecho no sé, los amigos que tengo siento que son personas muy inteligentes académicamente hablando, personas muy correctas. Y no sé pues, uno podría considerarlo como por actos que tengan con uno</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Preocupación como muestra de interés</p> <p>Apoyo/ayuda</p>
<p>E: Mjmm</p> <p>(58) Me parecería pues que uno sí es, como que sí me tienen en cuenta</p>		
<p>E: Háblame más como de esos actos por lo que lo consideras</p> <p>(59) Por ejemplo tenerme en consideración en cosas que yo no digo, por ejemplo amigos que yo me compro un café y ellos me lo invitan, un tinto ellos me lo invitan, me invitan a almorzar. Me dicen que si estoy en la universidad me recogen para llevarme a la casa. Mmm, me dicen, van a hacer una salida, me</p>		

<p>dicen “vamos la próxima semana que él tiene que estudiar para hacer esto”. Que cuando van a hacer un grupo de estudio se reúnen y me dicen “¿ey, nos vas a ayudar? o ¿vamos a estudiar juntos?”. Normalmente pues, lo amigos que tengo en este momento, están en niveles más bajitos que yo, porque cuando me salí del semestre con lo que yo iba, que también eran muy buenos amigos, ya se adelantaron pues.</p> <p>E: Claro P#5: Pero siguen pues, yo los sigo viendo, me siguen saludando...</p>		
<p>E: Y en contraposición, ¿Qué actos sientes que demuestran, por ejemplo, que no le importas a las personas? Y si lo has sentido</p> <p>(60) Mmm. Bueno, de hecho...hace poco conocí el caso de una muchacha que yo le caía mal. Yo no sabía porqué, ni siquiera yo ni le hablaba. Y por una compañera muy cercana me dijo que no la molestara porque ella, yo le caía mal. Entonces yo “Sí, ah bueno”. Era como estábamos charlando con un grupito pues hablando ahí, y una vez ella estaba estudiando ecuaciones diferenciales y tenía un problema y yo me le hice a un lado y empecé a ver y vi que tenía unas cosas malas y que se quedó pegada ahí. Y le corregí y le dije cómo tenía que hacer las cosas y todo, y yo ya había regalado mi cuaderno de ecuaciones y le dije a la persona “prestaselo a ella”; que la persona a la que se lo di la ve este semestre que viene, y ella lo estaba viendo apenas el semestre pasada. Le dije que se lo prestara. Y</p>		

<p>desde eso ella me buscaba y me preguntaba</p>		
<p>E: ¿Y ella es la que refiere que vos le caías mal?</p> <p>(61) Que yo le caía mal. Pero ya me saluda y todo. El problema es que si a mí no me dicen yo no me doy cuenta. Yo realmente trato de no caerle mal a la gente. Pues, yo creo que nadie quiere caerle mal a la gente y cuando alguien me cae mal ni siquiera de no saludar. Yo creo que el que llega saluda, entonces yo saludo a todo el mundo, así no le hable, así no lo conozca, yo lo saludo “buenas, cómo está”. Pero si no tengo nada que hablarle...por ejemplo sí me han dicho que yo soy muy asocial, porque por ejemplo yo estoy haciendo una fila en cualquier parte y alguien empieza a hablarme, yo respondo lo que me pregunta y ya. Pues, yo no sigo la conversación ni nada, porque yo no veo, si no tengo nada que hablarle a una persona no le hablo. “Ay, estamos despachados, no tenemos nada que hacer: hablemos”. Entonces no. Pues, obviamente uno le caerá mal a alguien, también por actitudes mías cuando estamos chateando yo estoy fastidioso. De pronto el tono de voz a alguien no le gustara, de pronto que a uno le vaya bien a alguien no le gustara...Hay gente por ejemplo que cree que, en cosas, para mí la química se me facilita mucho porque yo la veo muy fácil. Había gente que no le gustaba que yo no estudiaba tanto para química, pero la ganaba muy alto. Y charlando, ehm, me decían “es que usted no estudia y las gana, qué rabia”. Pero pues, son cosas que uno no puede evitar. De</p>		

<p>hecho aquí en la universidad muchos de mis mejores amigos, pero de los mejores, de los muy buenos que he tenido, me decían “yo cuando te conocí me caías mal”, y ya cuando me conocieron fue que empezamos a crear las buenas relaciones</p>		
<p>E: Y tú has sentido en algún momento, porque bueno, si bien la gente no sabe eh, explícitamente que contás con ese diagnóstico, ¿has sentido algún rechazo como por tener ese diagnóstico?</p> <p>(62) Mmmm, no sé. No. O sea yo creo que estarían muy contadas, una o dos ocasiones. Pero normalmente yo suelo olvidar muy fácil las cosas. Pues, no tanto lo que tengo que hacer, sino una injuria o una pelea que hayamos tenido. Yo para olvidarme como de las peleas, pues me queda como muy fácil. Entonces una persona que me diga “ah, no, no sé, que usted no sé qué” y que me lo hayan hecho a mí, que me hayan quitado un borrador, robado, un lápiz me lo dañaron, un cuaderno me lo rayaron...yo pues, lo dejo ir muy fácil. Entonces, si de pronto fue, eh alguna cosa de “ah no estudiemos con él”, alguna cosa así, yo lo tomo en el momento y digo “bueno, para no molestarlo me retiro” y ya no...</p>		
<p>E: O sea, ¿ha pasado pero lo has dejado ir?</p> <p>(63) Probablemente ha pasado. No, yo sé que demás habrá pasado, pero no por el... que me digan “ah, que es muy fastidioso”, pero pues no me quedo como en eso, en el rencor no.</p>		
<p>E: Ok. Bueno, esto era en sí la entrevista, ya tengo la información</p>		

que necesitaba para el desarrollo del trabajo, entonces muchísimas gracias por la colaboración y por el tiempo. (64) Con mucho gusto		
---	--	--

Participante #6

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
Entrevistador: Bueno, eh, para la entrevista, el tema del trabajo es la influencia que puede tener el diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social. Entonces te voy a hacer una serie de preguntas o voy a hablarte de algún tema en específico y ya vos me vas comentando lo que tengas que referir a esto. Bueno, primero tus datos más generales como ¿edad, cuál es tu ocupación? (1) Tengo 21 años y estudio actualmente en la universidad de Antioquia.		
E: Listo, y ¿qué estudias? (2) Estudio filosofía		
E: Filosofía, bueno. ¿Con quién vives, dónde, cuál es el estrato económico? (3) Vivo en el 12 de Octubre, vivo con mi mamá y con tres hermanos, eh y un primo		
E: Estado civil... P#6: Soltero E: ¿Tienes hijos? (4) No		

<p>E: No. Bueno. Para ya entrar más en el tema del trabajo ¿cuál es el diagnóstico con el que cuentas?</p> <p>(5) El diagnóstico que me dieron primero, pues, en realidad no me dieron como un diagnóstico como tal sino que , estuve internado un tiempo en observación y pues siempre me revisaba una persona diferente y daba un diagnóstico diferente, que primero dijeron que tenía trastorno mixto de ansiedad y depresión y por último, pues el último psiquiatra que me revisó me dijo que tenía esquizofrenia paranoide</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Hospitalización</p> <p>Múltiples diagnósticos</p>
<p>E: Ok. Y hasta el momento por ejemplo cuando vas a las citas y todo esto ¿te trata bajo estos dos diagnósticos? Esquizofrenia y el trastorno mixto</p> <p>(6) Eh, pues, en realidad no he vuelto a tener cita con especialista sino con médico general cuando estoy muy depresivo, cuando estoy muy aburrido voy al médico general a que me receten eh, fluoxetina. Y tomó a veces así como una semana seguido y ya después dejó de tomar cuando me siento mejor.</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Medicamento</p> <p>Buscar ayuda</p>
<p>E: Listo. La época en la que estuviste internado, que a raíz de esto se dieron como estos diagnóstico ¿fue hace cuánto?</p> <p>(7) Fue en agosto del 2016.</p>		
<p>E: Ok. ¿Me repites tu edad por favor?</p> <p>(8) 21</p>		

<p>E: 21. ¿Cómo ha sido lo de los medicamentos, te los mandaron cuán estuviste internado, luego...?</p> <p>(9) Sí, yo recuerdo mucho que cuando estuve internado me daban muchos medicamentos y yo tenía una libreta y siempre anotaba los medicamentos que me daban y en las horas que me los daban. Y pues como tal siempre me daban como sertralina, eh, cómo es que se llama, clonazepam y lorazepam. Pero ya cuando salí me recetaron Olanzapina y fluoxetina en jarabe.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamento</p>
<p>E: ¿Y asiste a algún proceso psicoterapéutico o con psiquiatra?</p> <p>(10) No, pues yo he intentado conseguir las citas pero es difícil como acceder a esos tratamientos, entonces pues yo en sí cuando me mandaron los medicamentos cuando salí estuve tomándolos juicioso por ahí dos semanas y ya después cuando se me terminaron no volvía a pedirlos ni a renovar las órdenes. Entonces no seguí con el tratamiento</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamentos Psicoterapia</p>
<p>E: Y cómo te sentís vos, porque ahorita me mencionabas que cuando estabas como en los episodios depresivos ibas al médico general y el volvía y te recetaba un medicamento. ¿Cómo ha sido este proceso así con la medicación tan intermitente?</p> <p>(11) Pues no sé, porque en realidad yo simplemente voy como para hablar con alguien allá y al como yo contarle todos los problemas al médico, el médico no sabe qué más decirme. Como renovarme la orden para el psiquiatra y recetarme</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Buscar ayuda Exteriorización/Comunicación (C.P) (Personal médico)</p>

<p>fluoxetina. Es que yo de hecho tengo varias de esas pastillas y se me vencen. Porque yo las tomo así como intermitentemente.</p>		
<p>E: ¿Bueno y en tu vida que ha significado como ese diagnóstico del trastorno mixto y el de la esquizofrenia?</p> <p>(12) Pues, como tal explicación también a muchas cosas y a muchas actitudes, a muchos comportamientos. Pero también a veces es como, no sé, es como una alerta para, para uno darse cuenta de lo complicado que puede ser la mente y todos esos trastornos. Es como, para mí, yo lo tomo como una advertencia algunas veces, como para darme cuenta de que cosas están pasando ahí y no sé, estar como atento a eso. No sé, a mí me gusta analizarme mucho en esos aspectos y yo a veces llego a conclusiones. Pero igual como tal no sé, no sé simplemente uno aprende como a tratar de vivir con eso y tratar de entenderlo.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Causalidad Nombrar lo que pasa</p> <p>Aceptación</p>
<p>E: Ok. Y tú que mencionabas que de alguna manera es como la explicación a muchas actitudes y comportamientos ¿qué actitudes y comportamientos tenían vos antes de que te internaran y te dieran este diagnóstico?</p> <p>(13) Antes de eso yo recuerdo que estaba muy deprimido porque había una hermana que se había ido de la casa y pues no había vuelto a saber nada de ella y trataba de comunicarme mucho con ella y no, no podía localizarla. Y entonces me empecé a deprimir mucho, estaba</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Pre-dx</p>

<p>muy triste y yo de por sí lloraba mucho, pero después de eso, lloraba con más frecuencia, todos los días y en cualquier lugar así me daban como ganas de llorar y no solo por lo de mi hermana, sino que a veces por otras cosas, así como repentinas. Entonces antes del diagnóstico estaba muy sensible, lloraba mucho, me deprimía mucho y pues no sé, como que a veces tenía unos pensamientos raros. Que yo pues no los consideraba, no es que no los considerara míos, sino que salían como muy impulsivamente, como que yo no los controlaba</p>		
<p>E: ¿Y como cuáles fueron, qué diferencias empezaste a notar en tu vida cotidiana, al inicio del todo, antes de que te internaran? P#6: Otra vez, ¿cuál es la pregunta?</p> <p>E: Qué diferencias. Porque bueno, eh, vos mencionabas por ejemplo que antes llorabas mucho, pero que a raíz del suceso de tu hermana empezaste a llorar más y a sentirte más deprimido, ¿cierto? A parte de esto ¿cómo se modificó tu vida cotidiana al inicio del trastorno?</p> <p>(14) Mmm, bueno pues. En realidad sí, mi mamá mantenía muy preocupada porque a veces me iba y volvía a la casa sin zapatos o volvía sin camisa o volvía al otro día y no me acordaba dónde había estado. O sí me acordaba pero yo no le decía a ella pues lo que estaba haciendo. Y, pues sí se afectaba mucho las relaciones, a veces, eh, yo me salía de control así en la casa y rompía cosas, dañaba espejos, tumbaba cosas y mis hermanos menores se,</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Pre-dx</p>

<p>como trataban de frenarme y eso y a veces me golpeaban. Y a veces creía que todos estaban contra mí, cosas como eso.</p>		
<p>E: Y lo que mencionas de que a veces llegabas sin zapatos, sin camisa ¿esto pasaba porqué, o sea, vos no sabés por qué o por ejemplo había consumo de sustancias o...</p> <p>(15) Mmm, bueno, antes en ese tiempo yo estaba tratando de dejar de fumar marihuana. Llevaba como dos o tres semanas sin fumar y a raíz de eso pues yo también noté, no sé, en ciertas ocasiones yo pensaba que era por eso. Que me ponía a así como todo impulsivo. Pero también estábamos pasando por muchas situaciones en la casa y habían cosas que a mí me hacían sentir muy triste y yo pensaba como en despojarme de todo. Yo me acuerdo que uno de los pensamientos más recurrentes que yo tenía era como salir a caminar y como llegar a alguna parte, lejos. Y era como así, pues y llegaba el amanecer y terminaba tirado en alguna acera y así</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Pre-dx</p>
<p>E: ¿Y todo esto cómo empezó a afectar como los ámbitos de tu vida: el personal, el relacional?</p> <p>(16) No sé, yo... ¿de qué manera? No sé, de que la familia estaba como más preocupada y más pendiente de mí. De hecho a mí eran los que me levaban como al médico, los que me decían que hiciera...pues, estaban muy pendientes de mí, yo en ese entonces apenas estaba empezando la universidad. Y no sé, entonces como que yo trataba de enfocarme en eso pero, en la universidad</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Familiar Académico</p>

<p>también tenía problemas, como que sentía cosas extrañas y pensaba cosas raras. Entonces también tuve que parar como la universidad y pedir un permiso especial. Pues, afectó de muchas porque pues, sí. Estuve internado aproximadamente una semana me parece que fue. Y pues, estuve con medicamentos, me tuvieron que amarrar. Yo cuando salí de allá, a veces me levantaba peleando pensando que me estaban amarrando. Sí afectó varias cosas después, pero también pues, es como en cierta medida de agradecimiento porque gracias a eso yo también pude entrar un poquito en razón y no sé, como aterrizar más. Porque yo creía que todos los pensamientos y las cosas que yo sentía y creía eran verdad. Y algunas cosas eran solo cosas que yo imaginaba, entonces...</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Ayudó a entrar en razón</p>
<p>E: ¿Cuándo vos estuviste internado tuviste acompañamiento psiquiátrico y psicológico, cómo fue? O sea, lo que vos decís que de que entraste en razón ¿esto fue como a raíz de qué proceso?</p> <p>(17) Eh, no yo digo que los medicamentos. Una vez yo estaba muy agresivo y, pues, tenía como cierto desprecio a los enfermeros que me estaban atendiendo, eso se manifestaba muy extraño las formas en que yo me relacionaba también. Porque yo a veces desconfiaba de la gente sin razón, pues, por pensamientos que yo tenía que creía que me iban a hacer daño o algo. Entonces esa vez me amarraron y me inyectaron, entonces ahí yo me calmé un poquito y ya pues no me podía ir porque me tenían que revisar y todo eso. Y pues yo seguí</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Interpersonal</p>

<p>aceptando los medicamentos y ya pues como ver a mí mamá ahí más preocupada como estando pendiente de mí, parando todo lo que tenía que hacer, también como eso lo va ayudando a uno un poquito.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Apoyo</p>
<p>E: Y para ese entonces ¿ya habías empezado la universidad o terminando el colegio?</p> <p>(18) No, estaba en primer semestre</p>		
<p>E: ¿Ahí fue donde te tomaste el tiempo en la universidad con el permiso?</p> <p>(19) Sí, yo cuando salí de allá, de una vine a hablar acá y me dijeron que podía pedir un permiso o pasar por lo menos cuatro créditos, entonces yo pasé cuatro créditos y ya continué.</p>	<p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Académico</p>
<p>E: Bueno ¿a quién fue la primera persona o quiénes fueron los primeros que se enteraron de este diagnóstico o de este suceso?</p> <p>(20) Yo recuerdo mucho que cuando yo me estaba empezando a sentir así deprimido y como todo encerrado por lo de mi hermana, yo hablé con una voluntaria de una biblioteca que hay por mi casa. Y le empecé a contar todo y ella me recomendaba como meditaciones y mudras y canciones así como de la India. Pues me hacía también entrar en rezón y decirme que esperara que no me preocupara tanto. Pero no como tal el problema sino que yo le dije pues cómo me estaba sintiendo por lo de mi hermana y ella estaba como enterada y estaba pues pendiente de mí.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (Amigos)</p> <p>Apoyo</p>

<p>E: ¿Y por ejemplo de estar internado cuando saliste?</p> <p>(21) Yo salí la verdad muy contento porque ya pues, yo estaba asustado. Porque alrededor mío habían muchas personas también con diagnósticos psiquiátricos y a mí me intimidaban un poco. Yo como “yo no estoy así como esas personas, yo tengo un poco de razón” Y también me motivaba mucho pues, saber que ya estaba en la universidad, que no podía perder la oportunidad. Y eso también me hizo entrar mucho en razón “tengo que terminar, tengo que hacer eso que ya empecé, que se me dio la oportunidad de eso que tanto tiempo había buscado” Y pues eso también me ayudaba como a acercarme más a esa supuesta realidad o eso</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ESTIGMA</p> <p>ÁMBITO</p>	<p>Susto</p> <p>Auto estigma</p> <p>Académico</p>
<p>E: ¿Y tú familia estuvo enterada desde el principio de todo esto?</p> <p>(22) Pues sí porque mi mamá y mi hermana eran las que estaban haciendo todas las vueltas y que me hiciera revisar y todo</p>		
<p>E: ¿En qué aspectos has notado un cambio posterior a esta experiencia?</p> <p>(23) ¿En qué aspectos? Mmm no sé, pues. Mmm, un cambio. No sé tal vez en la relación que tenía con esos medicamentos psiquiátricos porque yo antes de estar internado yo estaba con ese propósito de cambiar algunos hábitos en mi vida y ya después como que a raíz de yo quere cambiar estos hábitos fue que se empezaron a desencadenar esas cosas o esos conflictos conmigo</p>		

<p>mismo y al salir de allá yo volví como a la misma persona que era antes. Y yo sentía que yo quería cambiar eso, que yo lo quería abandonar y en cierta medida sí tenía como un resentimiento. Como no, no sé, como si por estar allá se me hubiera perdido esa motivación, se me hubiera perdido algo. Pero es algo como que también me analizo mucho y no sé, tiene como sus aspectos positivos y negativos.</p>		
<p>E: ¿Y notaste algún cambio por todo esto que me dices en tus actividades? Como que bueno, no solo pensaste esto sino que también lo llevaste de alguna manera como a la acción</p> <p>(24) Mm, pues no. Ya después de salir de allá, no sé, fue tratar de reconstruirme porque sí había tenido muchos conflictos en la casa y fue como sí tratar de volver a ser normal entre comillas, volver a ser como era yo. No sé. Entonces, no, no, no sé.</p>		
<p>E: ¿Para vos este diagnóstico psicológico, así no haya sido como muy preciso en ese tiempo, ha significado algo en el trascurso de los años?</p> <p>(25) Mm, pues es un episodio que a mí me parece muy, no sé, como... Para mí sí significa algo porque, no, a mí me pasó y es algo que a veces es difícil de afrontar y pues, no sé. Gracias a mi familia y también a mí en cierta medida, pude darme cuenta de que en realidad era como una enfermedad, si se puede llamar así, o algún tipo de trastorno, algo que me tocó vivir, y no, fue una experiencia como en cierta medida eh miedoso,</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aceptación</p>

<p>o no sé cómo describirla. Pero también es una experiencia que le ayuda a uno a superarse y a superar esas enfermedades y esos problemas.</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Susto/miedo</p>
<p>E: Bueno, ya como para analizar un poquito el impacto que ha tenido esa experiencia en las distintas áreas, familiarmente después del suceso ¿cómo han sido las relaciones familiares o la dinámica familiar?</p> <p>(26) Pues la verdad mejoró en cierta medida, porque yo casi no hablo con mi mamá, todavía casi no hablamos; pero después de eso yo pude hablar con ella y decirle muchas cosas que a mí me molestaban de la familia y muchas cosas que yo también quería cambiar. O sea, hablamos de muchas cosas familiares profundas que normalmente no se hablaban con ella y eso me ayudó también a mejorar en cierta medida la relación con mi mamá. Con mis hermanos, no sé, yo creo que en cierta medida fue una mala experiencia para ellos, pero también pues a veces nos acordamos de eso y nos reímos o ellos me preguntan cosas y...Pues, no es como que se haya deteriorado, por el contrario tratamos de ayudarnos más.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: Y ¿notaste algún trato diferente de ellos hacía vos después de esto?</p> <p>(27) Primero, sí. Primero cuando, pues primero cuando volví, sí notaba cosas, pero yo creo que era porque todavía estaba bajo el efecto de esos medicamentos y muchas cosas, sí sentía como algo maluco. Pero, no. Yo no creo que hayan en ese momento como resentimientos o</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Malestar</p>

<p>cosas por eso. Porque fueron muy comprensivos la verdad todos.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Comprensión</p>
<p>E: Listo. Ya socialmente ¿cómo es la situación con esto, se lo comentas a tus amigos? ¿O los amigos que tenías en ese entonces se enteraron?</p> <p>(28) Eh, no Pues yo le comenté a algunas personas y muchos no creyeron ni siquiera, como “no...” Y...porque yo también he sido como muy distante de las relaciones sociales, entonces como que no le di mucha importancia. Pero a veces sí siento que yo gracias a eso, a veces sí tengo problemas como para relacionarme con la gente de buena manera o no sé. Es algo ahí que todavía tengo que trabajar. Pues, sí deja como ciertos celos, pero yo digo que eso es algo personal ya. Que uno tiene que tratar de organizar</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Incredulidad</p> <p>Interpersonal</p>
<p>E: Y esas personas a las que les contaste e incluso no te creyeron ¿eran personas que considerabas como amigos cercanos?</p> <p>(29) Eh, sí. Son como las personas con las que normalmente más hablaba o salía.</p>		
<p>E: ¿Y cuándo se los comentaste, qué discutieron acerca del tema?</p> <p>(30) Eh, a ver. Yo me acuerdo que le conté a alguno de mis compañeros y él me dijo que no, como que también le había pasado lo mismo, pero que no lo habían internado. Que él lo había manejado que yo no sé qué. Y pues como eso pasó hace tanto también, no sé. Como ya empecé a</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	

<p>volver a ese mismo círculo, yo la verdad empecé como a relacionarme como normal, como todo bien Yo sí les contaba a veces, pero como “ah mera vuelta” y ya.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Interpersonal</p>
<p>E: ¿Este es un tema que en tus nuevos círculos comentas?</p> <p>(31) Pues antes en lo laboral hablaba pues con mi jefe de eso y algunos compañeros se enteraban y hacía como bromas pesadas acerca de eso. No era como algo bueno de hablar porque era como “ah, esquizofrénico. Ah, sí, loco” Entonces...</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>CONDUCTA FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>Laboral</p> <p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (Compañeros de trabajo)</p> <p>Burla</p> <p>Prejuicios</p>
<p>E: ¿Y cómo podrías describir tu desempeño en el área social? Porque ahora decías que no sueles mucho relacionarte socialmente.</p> <p>(32) Eh, sí, pues yo a veces pienso que es debido a eso. Como que yo actualmente consumo marihuana, pues más que todo; y a veces yo no sé, como que eso también corta mis habilidades para relacionarme un poco. Mm, Yo digo que, a veces siento como que sí dejo de fumar, de pronto me puede volver a pasar eso. Entonces es como ese miedo ahí con eso. Y creo que sí es algo que se puede como trabajar para poder estar conmigo mismo, sentirme feliz. Aunque yo a veces también trato de adaptar como ese vacío, esa ansiedad esa depresión a mí ser, pero a veces no sé, es difícil. Todavía falta como cosas que hacer ahí en ese aspecto.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Interpersonal</p> <p>Causalidad</p> <p>Susto/miedo</p>

	DX Y SUS IMPLICACIONES	Aceptación
<p>E: ¿Y vos has notados o notaste un cambio en la forma en que te relacionabas antes del suceso y después de este?</p> <p>(33) Antes...No, yo creo que no. Pues, no me puse a analizar eso. Como que yo después de eso traté de volver a ser lo más parecido posible a como yo era antes de eso. Sí, como escuchas las mismas canciones, eh ir a los mismos lugares, hablar con las mismas personas con las que siempre hablaba, como para tratar de volver a la normalidad. Entonces yo la verdad no he analizado muy bien eso, como si hubo algún cambio. Al contrario yo siento que he dejado de hablar con muchas más personas y no, que a veces solamente, solamente no sé, no me importa. Me encierro en mí mismo. No le he prestado atención a eso, la verdad.</p>	COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE	Percepción de anormalidad
<p>E: ¿En estos momentos vos cómo estableces relaciones interpersonales?</p> <p>(34) Pues la verdad es difícil, yo no me esfuerzo mucho por hacer eso. Entonces como que no sé, porque la verdad sí soy como más... no sé, siento a veces que todo es como no, que no vale la pena tener pues como ese tipo de relaciones.</p>	ÁMBITO IMPACTADO COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE	Interpersonal No vale la pena tener relaciones interpersonales
E: Ok y por ejemplo en relaciones de pareja ¿has tenido desde lo del suceso?		

<p>(35) No. No, pues, recientemente estaba intentado como tener una relación con alguien, pero...pues, es chévere porque no sé, es un sentimiento también y lo hace sentir a uno diferente. Pero pues dialogando así con la persona y todo pues uno se sincera y no, pues se sabe que en realidad uno no está como para eso. Yo a veces siento como que no, no estoy para eso</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Relaciones de pareja</p> <p>No está en condiciones para establecer ese tipo de relación (pareja)</p>
<p>E: ¿Y a esa persona le comentaste de la situación del diagnóstico?</p> <p>(36) No. No le comenté</p>		
<p>E: Bueno, ahorita me comentabas que por ejemplo en el ámbito laboral, alguna vez sí lo hablaste con tu jefe y esto generó algún tipo de charla respecto a esto ¿por qué razón lo comentaste con tu jefe?</p> <p>(37) Pues yo una vez fui al médico y yo le dije que no quería ir a trabajar, que me sentía muy mal, que estaba muy aburrido para que me dieran una incapacidad. Y ahí en la incapacidad pues decía lo del trastorno mixto de ansiedad y depresión y pues yo le di la incapacidad al jefe y él empezó a hablarme de eso y que yo no sé qué. Pero yo luego le comenté como a uno compañero de la oficina y eso y no empezaron como “uy, con razón. Yo a ese man lo veo raro a a veces. Que yo no sé qué. Con razón esos pensamientos o esos comentarios” Porque yo digamos que no soy muy optimista, entonces pues casi siempre soy dando comentario pesimistas o tristes o aburridos.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>Laboral</p> <p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (personal del trabajo)</p> <p>Prejuicios</p>

<p>Entonces demás que la gente nota eso en mí, como cierta negatividad.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Percepción de sí mismo como negativo/pesimista</p>
<p>E: ¿Y en la universidad ha pasado? O sea, lo has comentado con tus compañeros o con algunos profesores</p> <p>(38) Con ningún profesor. Eh, la chica con la que yo te dije que fue la primera con la que hablé del problema, ella estudia también acá y con ella sí hablo muy abiertamente de eso. Ella siempre me ha preguntado cómo me he sentido después de que pasaron todas las cosas. Y pues con ella sí he hablado, pero digamos con compañeros de mi misma área de estudio y eso, no. No recuerdo haber comentado eso nunca</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Interés</p>
<p>E: ¿Y hay alguna razón por la que no lo comentas?</p> <p>(39) No, no como por una razón precisa, no sé.</p>		
<p>E: ¿Vos has notado algún cambio en tu desempeño laboral o académico respecto a esto?</p> <p>(40) Eh, pues no sé. Yo... académico o laboral. De hecho pues después de que salí de esa crisis o ese episodio, fue que me motivé más a buscar trabajo y a hacer este tipo de cosas. Y pues noté mucho en el tiempo que estuve trabajando, que mientras trabajaba estaba con la mente ocupada en otras cosas y no tenía tiempo para, como que no me sentía tan triste, no me sentí tan aburrido y eso. Y dejo de trabajar y como que tengo más tiempo para pensar y analizarme y veo pues que hay muchas cosas mal en mí. Y pues</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Laboral</p> <p>Algo mal en sí mismo</p>

<p>eso a veces se siente mal porque no encuentra como las formas de hacer los cambios o de mejorar eso. Académicamente no sé, pues yo, creo que igual seguí siendo el mismo. Antes cuando estaba así, en esas crisis y antes de que me internaran, me gustaba escribir. De hecho tengo una libreta con muchas cosas que escribí cuando estaba así. Y después de que salí de allá, siento como si se me hubiera ido la inspiración y todo, entonces no volví a escribir desde eso. Solo eso.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Malestar</p>
<p>E: Bueno, ya también del área social pero desde otro ámbito ¿vos crees que le importas a los demás?</p> <p>(41) ¿Qué le importás a los demás? Pero no sé en qué aspectos. Demás que si hay cierta importancia por el otro, pero no, no sé. No sé si a los demás. Es muy rara la pregunta</p>		
<p>E: Bueno, ¿por ejemplo vos con qué actitudes o acciones de los demás sientes que demuestra cierta importancia por vos?</p> <p>(42) Mmm... no sé, cuando por ejemplo académicamente cuando algún compañero o compañera me dice, “no, si no entendiste yo te ayudo y estudiamos”. Pues a mí me parece u hay cierto interés por el otro para que aprenda. Ya pues en otros ámbitos, por ejemplo en la familia, yo siento que sí hay más... desde que pasó todo eso sí fortaleció un poco más los vínculos con mi mamá, que no hablábamos mucho y con mis hermanos pues que a veces hacemos chistes de eso y me parece que sí. Que nos preocupamos más por nosotros. Pero no sé</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Preocupación como muestra de interés</p>

<p>socialmente eso de importar a los demás lo veo como, no sé. No sé cómo decirlo.</p>		
<p>E: ¿Y vos has sentido algún tipo de rechazo hacía vos respecto al acontecimiento del estar internado y del diagnóstico? P#6: ¿O sea, que yo mismo me rechace o...? E: O por parte de los otros, sí</p> <p>(43) Mmm a veces sí como que me daba duro yo como diciéndome como “no, es que, sí sos marica, cómo vas a hacer esas cosas o cómo no se controla o mero loco”; pues sí. Como esas cosas. Pero no, yo no siento como ese tipo cosas, rechazo por los demás. Por el diagnóstico o por ese episodio, no, no creo.</p>	<p>ESTIGMA</p>	<p>Auto-estigma</p>
<p>E: ¿Y sentís que es para los demás fácil percibir el trastorno?</p> <p>(44) En, algunas veces, yo digo que algunas veces pues mis comportamientos son raros, pues. Yo me pongo incómodo muy fácil o no sé, como que a veces, sí soy muy impulsivo también.</p>		
<p>E: ¿En esta medida has notado algún cambio de los demás hacía vos? Como en sus actitudes o comportamientos</p> <p>(45) No sé, porque yo pienso o creo mucho que todo eso es como mío. Como que en realidad es como, yo no tengo como una consciencia clara de cómo me ven los demás. Si no que yo digo que así como yo me siento y a veces como yo me veo, así demás que me ven los demás. Y cuando yo me siento bien, no sé,</p>		

como que no me importa tanto los demás		
E: Bueno. Bueno X, eso era como principalmente todo. No sé si quieras comentarme algo más de la situación según lo de la entrevista. ¿No? Bueno.		

Participante #7

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
<p>Entrevistador: Bueno, esta entrevista es para el trabajo de grado, el estudio tiene como objetivo establecer la influencia que tiene el diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social que puede tener. Entonces para comenzar, tus datos personales como edad, escolaridad, sexo, ocupación...</p> <p>(1) 27 años, eh, ocupación estudiante, vivo con, no vivo solo, pues con dos compañeros, dos amigos. Barrio San Antonio de Prado, Villaloma. Estrato 3, yo creo. Estado civil soltero, no hijos. ¿Qué más me falta? Sexo masculino</p>		
<p>E: Y ya... Ahí ya esta como la parte sociodemográfica. ¿Y qué estudias?</p> <p>(2) Música, violín. Pues, énfasis en violín</p>		

<p>E: Ajá. ¿En qué semestre vas?</p> <p>(3) Eh, ya, pues, digamos que ocho. Ya en el último, sí.</p>		
<p>E: Bueno. ¿En qué universidad estudias?</p> <p>(4) Universidad de Antioquia</p>		
<p>E: ¿Y hace cuánto llevas en la universidad?</p> <p>(5) Pues ratico. Por ahí mmm doce semestre yo creo. Pues, con el preparatorio</p>		
<p>E: 5 o seis años... ¿más o menos?</p> <p>(6) Con el preparatorio. Pues sí, seis años más o menos</p>		
<p>E: Pues, sí. Que hagas parte como de la universidad</p> <p>(7) Sí, exacto</p>		
<p>E: Bueno, ya para entrar como en el tema del estudio ¿con qué diagnóstico cuentas o cómo ha sido?</p> <p>(8) Pues yo la primera experiencia que tuve con psicología, eh, asistí a una psicóloga y al mismo tiempo a una psiquiatra. Y a la psiquiatra solamente fui una vez y ella me diagnosticó, me pre diagnosticó pues para después posteriormente hacerme unos exámenes; como trastorno de ansiedad. Pero que había que hacerme unos exámenes que yo no me quise hacer. Me mandó unas pastillas y no me las quise tomar. Y después seguí con la psicóloga y trabajé un tiempo. Eso fue hace como tres años.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p> <p>Medicamento</p>
<p>E: Tres años.</p>		

<p>(9) Era psicología más bien desde, pues ella es psicóloga más desde el deporte, trabaja con el deporte. Entonces lo asociamos un poco con el instrumento, porque el instrumento es como una actividad muy parecida a lo deportivo. Entonces trabajábamos mucho como en esa dinámica. Ya después no continué con ella y como después de tres/cuatro meses, más o menos, eh, o sea fue corto. Ya después como a los dos años después, o sea, hace seis meses más o menos, o 7, 7/8 meses, eh, fui donde otra psicóloga, muy diferente, que maneja es psicología dinámica. Era de la San Buenaventura, creo. Muy diferente, más joven. Las otras dos eran muy señoras, esta era muy joven.</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>
<p>E: mjmm</p> <p>(10) Y era mucho de preguntar para qué, para qué ciertos procesos, ciertas cosas que yo contaba y yo llegué ahí pues, ya por algo muy distinto. Cuando había ido por el otro caso, de antes, era por mi carrera, el instrumento, de hecho había cancelado el semestre. Entonces por eso, como algo por la carrera. Pero esta vez era por algo que tenía algo desde lo social, pues como un problema con lo social, conmigo también y también tenía con ver depresión, con demasiada depresión. Entonces era más desde ahí y ese fue más clave, solamente que en ese, pues eso era más lento, porque había que preguntar y mucho y como a mí me costaba eso en dinero, entonces llegó un punto en como que me estaba viendo alcanzado y justo en ese punto coincidió con que conocí a un</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>ÁMBITO AFECTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Psicoterapia individual</p> <p>Académico</p> <p>Buscar ayuda</p> <p>Otro</p>

<p>profesor de la universidad que no es psicólogo pero que quiso trabajar conmigo por la experiencia que él tiene porque yo empecé a sufrir de una enfermedad que se llama una urticaria crónica que es una alergia. Y eso...eh, cuando me dio esa urticaria fue justo como la, o sea, esta enfermedad me venía dando desde antes de la psicóloga nueva, pero yo no le estaba prestando atención porque no era muy grave. O sea, me picaba, yo ya me conocía en ese aspecto porque me dio hace mucho tiempo también, yo como que sabía moverme con eso. Pero cuando empecé con la psicóloga, empecé como claro a, eso es como normal. Ella incluso me dijo “muy bueno que esté pasando esto porque quiere decir que estamos ahí como despelotando un poco que es lo que pasa en tu cabeza” y claro, todo que se somatiza en el cuerpo...</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>
<p>E: como en el brote</p> <p>(11) Sí, empezó y eso duró como un buen tiempo que el proceso era así, tanto que una vez me tocó como en dos ocasiones cancelarle citas porque yo no podía ni salir de la casa porque no podía salir por el sol, eran cuestiones como con el calor. Y cuando me daba rabia, era con emociones también. Cuando me daba pena de algo o cuando me acordaba de algo que me generaba pena o rabia me daba. Entonces era muy difícil, ella lo entendía, ella decía “no, hágale tranquilo”. De hecho no me cobraba esas citas que le cancelaba porque entendía que era algo de fuerza así mayor. Pero cuando me encontré este profesor...</p>		

<p>E: Oye, discúlpame. Esa psicóloga con la que estabas trabajando de enfoque dinámico ¿ella generó algún diagnóstico?</p> <p>(12) No, lo íbamos descubriendo. Siempre me decía como que “En tu discurso X, has desarrollado y has utilizado mucho la palabra culpa. O sea, tenés mucho ese...” Entonces eso como que me diganosticaba eso. No sé si eso es un diagnóstico pero me enfatizaba mucho eso “estás recurriendo mucho a la culpa, tenés un narciso aporreado”. Cosas así, me decía cosas muy certeras, estábamos llegando mucho incluso a considerar la casa, lo que pasaba en mi casa, lo que pasaba con mi padre. Pero muy despacio, como que sin diagnosticarlo del todo, porque como era una cosa experiencia mía no de ella, entonces... En cambio con el profe lo que pasó era que, apenas lo conocí en una clase... pues, yo lo conocía hace rato pero en una clase él me vio y me dijo “¿estás enfermo?” así, y yo sin haber mostrado nada, él se dio cuenta. Yo le conté qué tenía y él me dijo, y yo ya sabía de hecho, que él había sufrido de lo mismo. Pero yo no le había dicho nada porque por prudencia pues</p>		
<p>E: ¿Y es un profe de música?</p> <p>(13) Sí, de una materia. Y yo ya sabía que él había tenido eso, pero yo no me iba a atrever pues como a meterme ahí. Eso se iba a dar en algún momento y fue en ese momento. Ya me habían contado que él tenía eso y que él se curó, me habían contaban cómo. Y yo “eh,</p>		

<p>ojalá ese man se dé cuenta” pero yo en esa clase no hice nada para que él se diera cuenta y él se dio cuenta. Y él de una “vos tenés que trabaja desde los transgeneracional, desde buscar por ejemplo cómo fuiste concebido”. Desde otro proceso muy distinto, desde hablar mucho, hablar, hablar. Y me dijo “¿qué fue lo que lo detonó cuándo...”? Porque de hecho cuando el proceso con la psicóloga, hubo un momento en que me alivié, pero al mes exactamente me volví a enfermar. Entonces yo como que volví y me decaí, como “ahg, qué pereza” me había aliviado por el proceso también con la psicóloga pero con algo que pasó también emocionalmente en ese día que me alivié, que al otro día yo ya estaba... fue algo con la música también, fui a un concierto y en ese concierto eh, pues estuve tan bien que al otro día yo dizque “no, me alivié” y mentira, solamente fue como darme tiempo para... eso fue en realidad no había ido a la raíz.</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Otro</p> <p>Exteriorización/Comunicación (c.p) (Profesor)</p>
<p>E: Mjmm</p> <p>(14) Entonces bueno seguí con la psicóloga y cuando me encontré con el profesor yo como que paré con la psicóloga, yo, el profesor me dijo “a ver, ¿qué fue lo que te denotó cuando te volvió a dar? Porque se supone que te habías aliviado dizque un mes”. Y yo le conté que es que yo había estado en vacaciones, me fui a tal lado a una finca y cuando volví otra vez a la casa estaba como que otra vez me volví a encontrar y con eso y él me dijo “la casa. Ah tiene que irse da la casa” O sea, lo que estábamos haciendo con la otra profesional, la psicóloga, que ya</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Búsqueda de certeza</p>

<p>estábamos llegando a ese punto de la casa, estábamos ahí, pero el de una como pum, tomó como un atajo así súper rápido y ya. Pues, obviamente no era toda la verdad, había que trabajar mucho otras cosas, pero esa era una. Entonces empezamos a trabajar y me dijo “yo te puedo ayudar, yo no te cobro, es una oportunidad para mí de devolverle al universo...” sin ser hippie, él ni siquiera es hippie “...como de devolverle la información a alguien que le dio lo mismo que a mí” porque a él también le llegó eso como gratis pues y lo sanó. Y yo vi eso como una virgen caída del cielo. Pues yo “no, de una”. Entonces empecé a ir a la casa de él y el primer día hablando, hablando, llegamos a descubrir por ejemplo que yo no fui deseado, pues yo ya sabía eso, empezó a hablar cosas así, como “es que vos, eh, tú mamá no te ha contado muchas cosas de tu embarazo” y empecé a preguntarle a mi mamá por ejemplo; claro es que mi mamá por ejemplo me ocultó toda la vida que quería abortar y cosas así. Entonces empezar como a descubrir cosas ahí que hacían que, claro, yo en ese momento yo lloré todo eso y me hacían perdonar más fácil como eso que pasaba. Y ahí empecé ahí a trabajar, y en medio de ese trabajo, como un mes exacto en que yo hice como casi todo lo que tenía que hacer. De hecho acabando el semestre que llevaba con él fue cuando me fui de la casa. Y diez después de irme de la casa, me alivié, eso fue así. Pero obviamente tenía que seguir trabajando, hasta hoy incluso sigo trabajando...</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Otro</p>
--	--------------------	-------------

<p>E: ¿Y hasta el momento no ha vuelto...?</p> <p>(15) Es que eso fue hace poquito, hace póngale diez días me volvió a dar, me ha vuelto a dar así y a veces fuerte, cuando ya me había dizque sanado casi un mes exacto. Y son procesos así, él me decía cuidado que sí, ya empezaste tu proceso, tus actos de sanación, actos simbólicos como de quemar cartas, botar cosas; un montón de cosas que para el inconsciente, pues eso, como que necesitaba el inconsciente todos esos actos simbólicos para que entendiera que ya había que soltar muchas cosas. Además de que encontré unas cosas desde lo transgeneracional con un tío por allá, haciendo como un proceso de constelación, pues pero yo ni siquiera sabía que se llamaba así, él me enseñó a hacer cosas así, como hacer un árbol genealógico, de dónde venía, un montón de cosas. Y cuando ya hice como todo ese trabajo, él me dijo “listo, hiciste esto te fuiste de la casa, hiciste el acto de tal, lo que abarca pues como toda esta sanación, quedan unos días como de cuarentena...” -como unos 52 días o algo así, yo no sé de dónde sacó eso, es que él a veces mezcla como con cosas ancestrales, no sé - “...en que van a pasar muchas cosas, entonces puede que te vuelva a dar en algún momento”. Él me lo advirtió y sí, me volvió a dar en esto días y uno a veces vuelve y cae, se aburre, se deprime, ayer por ejemplo. Y uno vuelve pero uno sabe que es como parte del proceso, como que se va moviendo y aún faltan unos días, faltan como 20 días, más o menos.</p>		
--	--	--

<p>E: Mjmm</p> <p>(16) Entonces empezar a encontrar como todas esas cosas, esas fechas, qué sucede exactamente cuando acaba este proceso. Por ejemplo, o sea, hay fechas así como que demasiado, hay muchas coincidencias con fechas, como que ve justamente cuando acabas el proceso es cuando pasó esto hace un año, cosas así. Entonces es como cosas programadas que me he dado cuenta y ese proceso me pareció como bastante interesante, hasta hoy pues sigo como trabajando en eso.</p>		
<p>E: Listo. Entonces esto del trastorno de la ansiedad que te habían dicho que posiblemente tenías, pero que vos no quisiste como seguir ese proceso...</p> <p>(17) Pues seguramente lo tengo, pero es como no, el camino que me estaban ofreciendo, como el de las pastillas pues y eso</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Medicamento</p> <p>Aceptación</p>
<p>E: Entonces además de la psicóloga con la que estuviste hace unos meses, ¿no has tenido otros procesos de psicoterapia con psicólogos o psiquiatras?</p> <p>(18) Ah, tuve otra psiquiatra. Exactamente eh, cuando empecé a ir con dermatología, eh, yo estaba muy abierto “no, mándenme lo que me tengan que mandar”. También tenía un estudiante que es dermatólogo de la IPS que me estuvo ayudando mucho y los dermatólogos como entre sí como que se conocen entonces como que fue muy, pues,</p>		

<p>tengo y que he tenido, está al punto de que no me sirve las pastillas ni siquiera que son las más altas en antihistamínicos, que son la fexofenadina que se llama, hay un nombre más popular que se llama Allegra, unas pastilla, pues que... Que ahí, de las dosis que seguía eran unas inyecciones que valían como dos millones cada mes, que sí, te...pero eso te baja las defensas. El mismo dermatólogo me dijo “No. Haga deporte” y como yo no podía hacer deporte de correr, un deporte que me diera calor..</p>		
<p>E: Por el sudor y eso...</p> <p>(20) Más que por el sudor, es más que todo por el calor interno porque de una me volvía nada, me di cuenta un día que la natación. La natación te regula la temperatura, estás todo el tiempo frío, entonces empecé a nadar. Y eso me ayudó mucho, cada vez que yo hacía ejercicio... O sea, son un montón de cosas que dan tiempo. Obviamente no es la raíz de todo, pero sí me ayudó al cambio de hábitos, pues, y el ejercicio en ese sentido me ayudó mucho, para remplazar como eso de la pastilla....</p>		
<p>E: Mjmm, para la ansiedad</p> <p>(21) Claro, em ayudó mucho esas otras ayudas pues como desde los cambios de hábitos, que esa pastilla. Ese fue el otro proceso pues de psiquiatría. Y ya esos son los que he tenido, no recuerdo ahora más.</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Otro</p> <p>Cambio de hábitos</p>
<p>E: Bueno. Y ¿cómo qué síntomas o cambios has tenido vos como a lo largo de este tiempo, que te han llevado a estos campos de la</p>		

<p>psicología y psiquiatría, como para que te digan que tenés trastorno de ansiedad?</p> <p>(22) Otra vez...</p>		
<p>E: Como ¿cuáles son los síntomas que has presentado que...?</p> <p>(23) Ah ya. Pues, es sobre todo en la noche cuando duermo. O sea, durante el día se disimula más, quizá porque uno esta en actividad, pero durante el día también sucede. Eh, en la noche es como no dormir, como estar así como “ahgg” así. Y en el día es un hueco acá (se toca el abdomen) como...pero yo creo pues que eso a todos nos está pasando, pues, porque en la ciudad, los procesos...no sé. Yo no me considero pues como un caso especial. Eso es como muy normal ya por muchas situaciones de estrés y eso. Pero eso es lo que siento. Me como mucho las uñas desde chiquito, desde la 5 años, algo también estoy trabajando con eso, a ver qué significa. Eh, pero sí, la ansiedad es como algo ahí.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Causalidad</p>
<p>E: ¿Y vos podrías decir como que estos síntomas más o menos desde qué edad comenzaron? Porque por ejemplo decís que lo de las uñas es desde muy pequeño</p> <p>(24) Sí, pero así como todo este cuento, yo creo que...no me voy a ir muy lejos. Puede ser que cuando estaba en 11 o cuando estaba en el colegio, pero no. Puede ser también después. Eh, yo entrando a estudiar cuando estaba en el ITM, dándome cuenta de tantas cosas. Uno en la universidad cambia, pues porque le</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Causalidad Pre-dx</p>

<p>entran nuevos conocimientos, es muy distinto al colegio. Y es chocar mucho, chocar con muchas situaciones. Yo creo que cuando empecé como a tener esos cambios tan severos, yo era alguien muy distinto a cuando estaba en 11 y pa atrás, incluso después de 11. Como dos años después yo seguía siendo como eso, como en esa transición. Eh, cuando cambie digamos a alguien que piensa como pienso ahora, muy distinto de cómo pensaba antes, desde ahí. Y en esa época yo empecé a viajar más, a mochiliar, a...pues así. Como uno dice, ay me voy a encontrar conmigo, cuando en realidad estaba huyendo, porque todo lo que yo he encontrado realmente conmigo, tiene que ser donde yo crecí. Eh, pero de todos modos era una iniciativa. Desde esa época que yo creo que fue desde ahí</p>		
<p>E: ¿eso fue más o menos qué, por ahí siete años?</p> <p>(25) Sí, más o menos. 2012...sí</p>		
<p>E: Bueno y ¿cuál es como tú posición frente a las pastillas o los medicamentos psiquiátricos?</p> <p>(26) Que si ayudan si uno tiene propósito con cada una. Como que “bueno. Voy a tomármela, me va a ayudar para esto”. Pero, cuando lo pienso como por una rutina de tomármela, siento que no funciona porque que todo también está dentro de lo que uno le el significado, en la mente pues, como, eh, como el propósito que uno le da a cualquier cosa que uno se tome también. Yo</p>		

<p>creo que sí ayuda, es un complemento, pero no es todo.</p>		
<p>E: Ok. ¿Para vos ha significado algo en un algún momento este diagnóstico de trastorno de ansiedad?</p> <p>(27) Ha significado una oportunidad como pare crecer también. Pues, antes no lo veía así, ya ahora lo veo así cada vez que me pasa una cosa de esas. O una enfermedad, o lo que sea, siempre es como una oportunidad, sí. Pues, por ejemplo lo que me pasó con la piel, yo trabajé, sí, transgeneracional y biodescodificación, eso es como qué significa cada enfermedad, como desde la biología. Entonces también me daba cuenta, es que “ah, claro, es que la piel es el órgano más grande, es el que me separa de la gente, tengo estas situaciones de separación” cosas así. Y claro, es muy acertado, pero cuando me empezó justo se había muerto mi abuela, justo me estaba terminando la universidad, justo me había separado de mi profesora de violín; puras separaciones además de que también es lo que te protege, no es solo lo que te separa sino también lo que te protege y también estaba viviendo una situación de sobreprotección. Entonces la piel probablemente, para el inconsciente es como “te voy a mandar mucha protección”, pero te manda es algo peor, como un cáncer “ah, necesitas que el hígado esté más grande” te manda un tumor. Pues, estaba trabajando desde ahí y me pareció como “uy, sí, re acertado” y lo entendí así. Tanto que claro, en la casa yo estaba viviendo era eso, pues todo estaba muy bien en mi casa, no</p>		

<p>es que hubiera...pero el problema era ese, ya era el momento como de que “uy, no, estr demasiado protegido”. Tenía en mi casa un montón de cosas, piedras y cosas que uno recoge por ahí, mandalas que yo hago, que yo les daba demasiado poder con eso, que significaba como que “esto me va a proteger” y lo tenía colgado todo y eso claro. Entonces tuve que hacer un acto con todo eso, quemar todo eso, entonces desde ahí empecé como a entender que una enfermedad es una oportunidad para darme cuenta de eso. Pues, lo veo así</p>		
<p>E: Mjm. Y en esta medida en la que también puedes ver el trastorno de ansiedad como una enfermedad ¿has notado algún cambio como en tu vida a partir de este diagnóstico?</p> <p>(28) Claro. Pues yo ahora considero que he crecido mucho, pues el mero hecho de irme creo que fue como también mero paso. Eh, si esa es pues como la línea de la pregunta, creo.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Crecimiento</p>
<p>E: Sí...</p> <p>(29) Sí, de hecho tuve que trabajar por ejemplo cuerpo, identificarme por ejemplo, desde ahora me valoro más con, pues como observarme más, eh, situaciones como con esa desvalorización que tenía, empezar también a separarme un poco, o sea, encontrarse ahí todavía con una identificación con ese niño que, pero que es que mi cuerpo se quedó como en ese niño, entonces empezar a también es que “vos ya sos un hombre” tener que pensar qué es un hombre, estructurar qué es un hombre. Entonces empecé a</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Cambio en la autopercepción</p>

<p>aprender y estoy aprendiendo, porque es muy difícil. A veces yo sigo con la actitud de ese niño, como que todavía ahí ese niño de la casa. Y me doy cuenta, yo “ay, no. Voy a hablar más, con más qué, voy a hablar más fuerte, hablar con más autoridad” no sé, como lo haría un hombre pues como más seguro. Si o qué, y ahí voy, pues, en eso estoy como encontrando todo eso.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aprendizaje</p>
<p>E: Y eso ha... pues, por lo que escucho ¿eso ha representado mucho como cambios personales, cierto, como también espirituales, intrapersonales?</p> <p>(30) Exacto, pues, sí. Como todos los procesos como de milagros, como uno llama, uno resulta es creyendo en dios. Yo lo llamo universo, pero a veces también le digo dios, he escuchado, eh, misas sin ser católico, mi abuela me dice “ve, escuchate este programa que...” y lo escucho con el propósito “ve, ojalá hable de tal cosa” y es muy loco porque me pasa eso, como que justamente habla de eso. O es que antes no era tan sensible, pues, ahora soy más sensible, porque puede ser que es que antes también pasaba que sí hablaba de cosas que a uno le suceden pero uno no era tan sensible. Ahora digamos que me doy cuenta de eso. Entonces desde lo espiritual creo que sí, pues no soy el ejemplo de alguien espiritual pues y que...pero sí he encontrado como una, eh, una vía como hacía eso de creer más que todo, no el algo, sino creer.</p>		

<p>E: Ok. ¿Y el diagnóstico cómo ha influido en la familia? Además de que ya no vives con ellos</p> <p>(31) Eh, mi padre lo tomó muy bien, porque yo hice un trabajo con él de reparación porque eh toda la vida yo tuve una muy buena relación fue con mi madre, como en este momento me enfoque más en él, ya mi madre eh, pues, claro, tenía pues que enfrentar eso con mi madre y ya mi mamá empezó a sentirse más. Pero lo aceptaba, estaban muy contentos todos en la casa, pero a mí mamá le dio más duro, y tanto que está con una psicóloga en este momento. Como por eso, pues. Pero muy bien, está muy contenta de hecho ya, incluso duerme mejor, pero al principio le dio muy duro, ya está incluso con la psicóloga es trabajando otras cosas, pues, porque al principio era trabajando es dejar pues como esto, dejarme ir.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Familiar</p>
<p>E: Ok. Por ejemplo ya hablando más en el área interpersonal, eh ¿qué personas saben de tu diagnóstico o de estos procesos que has estado llevando?</p> <p>(32) Varias. Varias personas. También tuve con amigos muy cercanos, pues, que yo les conté. Hay una que por ejemplo no lo entendía muy bien y no lo apoyó y ella por ejemplo me ha...</p> <p>(Interrupción) entonces...eso es una cosa que me advirtió también el profe como, siendo él muy drástico, como que “vas a tener que alejarte de mucha gente” y de mejores amigos, incluso. Eso es raro, pero yo lo he contado, lo he contado así sea que me hable o no con esa persona</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Interpersonal</p> <p>Incomprensión No-apoyo</p> <p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (amigos)</p>

<p>luego, pues lo he contado, como he recibido apoyo como también he recibido como indiferencia, pero era como normal pasar por eso.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Apoyo Indiferencia</p>
<p>E: Listo. Ya que hablas como de los amigos cercanos, ¿estas personas que saben, ellos se han enterado como de este nuevo proceso que has estado llevando con el profesor, con la psicóloga, o por ejemplo saben desde el diagnóstico del trastorno de ansiedad?</p> <p>(33) Mmm, ay, no sé si hasta por allá. De pronto sí les he contado, pero no me acuerdo cómo. Pero sí, yo generalmente cuento, pues, eh como al menos a los más cercanos</p>		
<p>E: Listo, ¿y como qué tipo de discusiones se generan frente al tema? Pues, si es que se generan</p> <p>(34) Como de apoyo, pero tampoco es como que se quiera seguir hablando de eso pues, y tampoco lo espero. Eh, se discute a veces por ejemplo también de experiencias comunes, como que la otra persona “eh, yo también había hecho algo así” o algo parecido “ah, yo tomé yagé”, pues, algo así. Y pues, que no tiene que no tiene que ser lo mismo, pero pasaron como por, eh, algo parecido sí. O simplemente les parece raro, y nunca han hecho algo así y no, también me ha pasada. En esos casos es en los que ha sido más difícil, porque me siento como mal, me siento como no apoyado porque empiezan a juzgar el proceso, empiezan a decir como “tan raro”</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Apoyo</p>

<p>“¿ey, vos por qué estás haciendo eso?” Pues, por decir yo les decía “pues, ahora me estoy tomando fotos desnudo, cosas así, ¿querés verlas?” Porque yo, pues no lo hice, pero una vez por molestar, se empezaron a reír y después era como algo ahí, como “¿ey, pero en serio si te ayuda?” y yo como “pero eso es en lo que estoy creyendo ¿por qué no me apoyás?”. En cambio otras personas ni preguntaban “ah, no, qué bien”. Pero en cambio otras sí juzgaban y yo ahí ya sabía, no esta persona...Pues, tampoco me cargaba contra ella, pero con el tiempo se notaba que esa persona se iba alejando y eso es difícil</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Distanciamiento</p>
<p>E: Como por el proceso que estás llevando. Y ¿vos cómo sentís que estableces relaciones interpersonales ahora que estas llevando este proceso?</p> <p>(35) Ah, el problema incluso cuando yo empecé con la psicóloga dinámica, la que es más joven, la de mitad. Eh, fui precisamente por eso, porque yo en un momento como “uy, no más. Tengo que buscar ayuda” Era muy difícil, pues, ha habido esos problemas más que todo con gente que, pues conocida. Como que voy con un conocido y llegamos donde un grupo de gente que medio conozco y que de hecho conocía muy bien hace mucho tiempo, porque eran por decir compañeros de música, pero ya están en otras vueltas. Y como que forman una guetto que yo empiezo como a</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Buscar ayuda</p> <p>Interpersonal</p>

<p>juzgar y como que “ay, qué pereza, otra vez esta gente” Entonces empezaba como a sentir muy mal con eso, que a veces por ejemplo me volaba de eso, dejaba al amigo o a la amiga ahí sin avisar y me iba, me iba incluso a llorar y me tiraba pues por ahí en, eh, a veces le avisaba “ey, esperame” y me iba por ahí cerquita a una calle como a tirarme a pensar en eso. Era muy difícil, era muy forzado. Y una vez una situación como que ya, eh...ya, estalló todo y ahí fue cuando busqué ayuda. Pero ya con todo ese trabajo, ya eso ha ido mermando, pues, ha ido, pues, es muy diferente de hecho. Pues, no me ha costado tanto. Eh, las relaciones han mejorado mucho en sentido.</p>		
<p>E: Listo. ¿En el ámbito académico notaste algún cambio posterior al diagnóstico y al trabajo que has llevado a cabo respecto a este?</p> <p>(36) Cuando fue la primera psicóloga, de una. Por claro, entré súper bien, yo había cancelado casi que un semestre. Pero entré al otro semestre con muchas materias, me iba muy bien...</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Académico</p>
<p>E: ¿Cuándo fue con la que tenía el enfoque con psicología deportiva?</p> <p>(37) Exacto. Pero era porque era algo más de metodología, más de cómo organizar el tiempo, pues no era nasa así como de interior así como de cuando eras chiquito eras así. Pero sí de cómo vamos a hacer esto, muy desde la motivación, también hacer deporta, todas esas cosas. Era muy diferente pero eso me ayudó mucho. Con este proceso también, con este otro eh, pues sí,</p>		

<p>también. Sino que eh, choca mucho es también con la enfermedad. Es una enfermedad, algo ahí más como que no está... porque yo siempre académicamente siempre me ha ido muy bien, pues, después de la primer psicóloga. Entonces cuando aparece esta enfermedad... es que también como que apareció a raíz de que ya estaba como demandando mucho al cuerpo, como que me estaba ya, como que podría con todo, me estaba yendo bien con todo que aceptaba todo. Pero entonces pues, sí, me ha ido bien como con eso. Ya obviamente después del proceso con la psicóloga yo creo que no se trata de pensar que me fue mejor académicamente porque sí me estaba yendo bien, sino que tenía que parar. Así me estuviera yendo bien. Parar porque estaba ya la enfermedad ahí.</p>		
<p>E: Y sufriendo un trastorno de ansiedad ¿te afectaba en algunos campos como, no sé, conciertos?</p> <p>(38) ¿en la música? No, no. En la música yo me aisló. Pues, de hecho tuve unos conciertos seguidos, cuando tenía esto (señala la piel). De hecho cuando te dije que hubo un mes...</p>		
<p>E: que se alivió...</p> <p>(39) fue por música. O sea, yo estaba antes del concierto con hielos encima. Yo cargo unas bolsas de hielo así, y antes del concierto yo era así. No por los nervios sino porque tenía calor, pero a mí en eso “no, que nervios”, no. Salgo al escenario, toco, hace calor, hace de todo lo que me pueda dar de la urticaria y no me da nada, por la música. Porque la</p>		

<p>música a mí me aísla pues o es catalizador como de todo eso. Justo cuando me volvía a enfermar, que fue peor, o sea un mes después, tenía dos conciertos pero ya conciertos, o sea, el otro era digamos más parchado, como de un bar... en cambio este era más clásico, o sea, demandaba más tener nervios porque es un jurado en silencio, jurado no, un público en silencio, música clásica. Y no también, o sea, lo mismo. Incluso llegué antes, llegué re jodido a un baño a ponerme los hielos, ya por fin me calmé, me puse la ropa así, esa ropa que es así como elegante, que esa también me da de todo. Pero salí al escenario y a mí se me olvidó todo, sudando todo, yo no puedo llegar a ese estado de sudor, pero en ese momento sí.</p> <p>Y últimamente lo que he trabajado es que ya el sol incluso me calma. O sea, el sol mismo lo detona, pero el sol mismo... porque como el sol para el inconsciente es como esa figura de padre, pues, como así algo masculino, la luna es como... entonces como ya había reparado algo con el padre, era como permitirme esa caricia del padre. Pues, es algo metafórico. Y lo vi así. De hecho la terapia mía ahora es como salir al sol, recibir esa vitamina D, no sé, o pensarlo como desde ahí, dejar que un ratico me empiece a picar, por ejemplo me aparecen cositas así (señala la piel), pero así en toda parte</p>		
<p>E: ¿Y pica mucho?</p> <p>(40) Sí, eso es horrible. Yo ni me puedo rascar porque es peor. Y deajo que aparezca un ratico pero por tratarse del sol, se me calma. Pero</p>		

por ejemplo en ambientes cerrados donde hay calor desde el encierro o por emociones, esa sí no se me quita. Tiene que ser con hielos. Pero no, pero ya, pues, o sea, como yo entiendo ya qué está pasando, cómo lidiar con eso, ya ahora ni siquiera... de hecho cargo los hielos pero nunca los saco. Es como “no los voy a sacar, eso se me quita” O sea, es que antes era el desespero como que creía que eso me iba a matar. Y de hecho eso puede matar a la gente si lo deja que avance, si lo deja no, si le avanza pues porque sí. A mí nunca me ha avanzado al punto de que me ahogue o algo. Pero por ejemplo hay gente que sí, por ejemplo al profe, al profe lo que le pasaba era que, que a él lo que lo calmaba eran las caricias, pero de hombres. Porque era una relación como con el padre, con lo que pasó, una cosa así re loca, porque lo acariciaba una..., y él no es homosexual. Y era muy teso, porque salía por ahí y le daba eso y tenía que andar con un amigo, alguien hombre y que lo acariciara. Entonces era muy incómodo por ejemplo siendo profesor de la universidad y a él lo han tratado así, como “ey, ¿pero este profesor no es como rayado, raro?” lo que sea. Pero él de hecho ya se relajó con eso, como “ah, no importa, si eso antes me ayuda”. A él eso lo sanaba, lo calmaba. Pero obviamente pues no es lo que lo curaba del todo. A mí me calmaba era el hielo, pues. Hay gente que le da por otras cosas, lo calma otras cosas. Hay gente que le da por el frío, es más loco todavía, desde el agua. Entonces es también como qué significa ese lío que tenés, en mí caso fue con el sol, el calor.

<p>En estos días me encontré fue una profesora que le daba con el agua y con el frío y después reinterpretando eso significaba algo que tenía que ver con...eh, algo con, una muerte del papá de ella que lo mataron con arma blanca o arma de fuego y tenía que ver con esa parte del metal...claro, unas cosas así... entonces resulté como que empeliculándome con eso. No lo veo como algo esotérico, pero sí es raro. Sí es como que... más bien es biológico, o psico...pues, si uno le da como valor a las cosas, o valor no, como género también, si algo... al sol lo ve como algo masculino, eso va a ser...</p>		
<p>E: Como simbolizando...</p> <p>(41) Eso, como, creo que sucede así y no, porque hay otras cosas más voladas. Hay cosas como desde lo, eh, desde lo espiritual que sí a uno le cuesta creer. Pero en eso sí lo veía como que “eh, tiene mucho sentido”.</p>		
<p>E: Ok, y ya como para ir cerrando un poco. Quisiera que me comentaras más como de la experiencia que has tenido del rechazo o del sentirte juzgado cuando has comentado todo este proceso.</p> <p>(42) Eso ha sido muy difícil. Porque de hecho los amigos más cercanos, uno siente el apoyo. Pues, no, digamos que de al menos de tres amigos así cercanos, que una ya por ejemplo en este momento yo ya digo “no”. Por ejemplo yo ya siento que perdí amistad con ella. De otro que sentí mucho apoyo, lo sentí más como el apoyo desde la palabra, pero no desde los hechos, porque es una</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Apoyo</p> <p>Interpersonal</p>

<p>persona que me debe un montón de plata, que no me vuelve a escribir, que se ha ido alejando. Pero cuando yo le cuento es como “ah, no, parece, qué bien”, pero se queda ahí. Y la otra persona que, que le he contado, es una persona que se parece mucho a mí, que digamos, que me entiende bastante, o sea como que sí siento. Pero sin embargo, sí hay algo como que así sea que me apoyen o no, siento que sí se alejan. Pues, pero no, trato de no juzgar eso pero es a veces como que uno sí se siente como, eh, se cae a veces por eso, porque “ahg, será que debo más bien dejarlos y así”, pues, trato de no trascender mucho en eso, pero a veces sí es inevitable</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Distanciamiento</p>
<p>E: ¿Y vos sentís como con estas acciones que denotan... o sea, mirándolo desde la importancia que te dan los demás a vos, cómo lo pensás?</p> <p>(43) No entendí, otra vez</p>		
<p>E: Como si sos importante para los demás o ¿con qué acciones demuestran ellos que vos les importás?</p> <p>(44) Mmm, ah, sí. Siento, no, yo si siento que, que sí les soy importante. Más bien lo que siento de ellos es como que, que crean o no en lo que haga, porque, más bien de hecho por eso es que lo cuestionan, porque de hecho se preocupan, como “ey, pero...” porque es difícil para ellos entenderlo, se preocupan y desde que se preocupen ya uno puede decir “ve, entonces sí le importo. O sea, sí soy importante para esa persona”. Entonces no, yo creo que eso no lo</p>	<p>COGNICIONES FENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Preocupación como muestra de interés</p>

<p>cuestiono, de que sea importante o no.</p>		
<p>E: Ok. Bueno, sino que como vos no manifestás como identificarte mucho con un diagnóstico del trastorno de ansiedad, sino que has ido trabajando desde otros aspecto, no sé si vos sentís si para las demás personas es perceptible tu condición</p> <p>(45) Mmm, ah sí. Ni siquiera lo tengo que suponer, pues, me lo dicen. Como “Dani, es que sos la persona más insegura que conozco” o “la persona con el más bajo autoestima que conozco”, cosas así. Pues, sí, eso está bien que lo digan. Pero por eso he ido trabajando en eso, sí. Y después una vez lo vez lo cuestioné con la persona que me dijo por ejemplo esto “ve, una vez me dijiste esto” – “ay, ¿en serio? Yo no me acuerdo, ay no, cómo así”. Y hablábamos de cosas inconscientes que esa persona hacía que me hacía sentir, o sea, me reafirmaban en esa persona insegura, entonces uno se la cree. Y ya, la otra persona como que, es muy bueno, como poder expresar eso, muy bien, como sentir que no es solo suposición; sí, al menos que se lo digan a uno, me gusta.</p>		
<p>E: ¿sentiste en algún momento rechazo por eso mismo?</p> <p>(46) Ah, claro. Pues, es lo normal que...</p>		
<p>E: Pero espera ¿el rechazo era en sí como por esas conductas y actitudes así inseguras y de bajo autoestima o era porque conocían acerca del diagnóstico?</p>		

<p>(47) Ah, no. No, no. No por el diagnóstico, sino como por no meterse ahí. Como “uy, no, esta persona está...mejor no me meto ahí”</p>		
<p>E: Ok, era como una aclaración. Y bueno ¿has notado algún cambio de las personas hacia vos como por la inseguridad, la baja autoestima y también como por el proceso que estás llevando?</p> <p>(48) Hay uno, pues, eso de que se alejen digamos que también puede ser que soy el que cambio con ellos. Pero hay una, por ejemplo, que el caso, que lo que sucede es que siento que esa persona eh, que es la que más sentía que me apoyaba, que siento que me apoya que nos parecemos mucho...eh, supongo desde de lo que hablamos, siento como si ella se asustara de todo esto que pasa, porque es muy loco. Porque a ella le pasan cosas como que “X, pero tan charro, esto que te está pasando me está pasando a mí o no a mí pero le está pasando a mi hermano, o resulta que precisamente me estás contando esto y una amiga me está contando esto”: Entonces siento yo como que esta persona tal vez sospeche o empiece a pensar que yo me estoy me estoy metiendo con algo...brujería o algo y siento que desde ahí tal vez tenga como un miedo... Sí, siento como eso, pero ¿uno cómo le dice eso? Pues, no. Entonces, porque como me lo expresa, me expresa de esa manera como eh...como “ X, tan raro”, ya eso pues para mí es un prejuicio, está juzgando “tan raro”; entonces yo como que “no es raro”. Pues yo</p>		

<p>ahora que lo veo no es tan raro, eso está pasando, pues. Lo que sí le parece raro es que justamente cuando yo le hablo de eso alguien le hable de procesos muy parecidos, pero bueno. De los otros dos amigos no he, no, no sé cómo qué.</p> <p>Sí, siento también de otro, del que me debe un montón de plata. Siento tal vez eso, como que... Pero siendo esta persona que se mete más con, con cosas incluso más... de hecho ya llegó al punto en que antes yo estoy antes sospechando de él, porque él se mete con yagé, con cosas de piedras, cosas raras y cree muchas cosas que yo a veces pienso “¿será que hay algo de brujería como en todo este proceso?” , y al mismo tiempo se está alejando, al mismo tiempo se me hace el bobo con la plata y yo “no, no, no. No quiero pensar que sea algo así”, pues, como tener que echarle la culpa a algo de afuera</p>		
<p>E: Ajá, ¿y a qué atribuís entonces todos estos cambios?</p> <p>(49) Que más bien sea algo mío, como que si yo estoy mal por algo, que no sea porque alguien me está haciendo algo. Pero tampoco se puede descartar, no sé. O sea, como que...pero sí prefiero no pensar en eso, no sé. Llegará el momento en que me dé cuenta si eso es así. Pero por ahora he descubierto muchas cosas que han sido más mías.</p>		
<p>E: Ok. Y ya para finalizar, el diagnóstico en sí ¿cómo has sentido que ha afectado tus relaciones interpersonales y también como las de pareja?</p>		

(50) Las de pareja sobretodo		
<p>E: Ajá</p> <p>(51) Porque las de...con amig...¿cierto, interpersonales es con amigos?</p>		
<p>E: Sí, con la gente...</p> <p>(52) Eso se puede disimular más, es bien. Pero en pareja por ejemplo, que relaciones que yo tengo pues no duren sino dos meses si mucho tres, eso ya es como para cuestionar. Eh, desde la psicología por ejemplo cuando comencé a trabajar con es psicóloga, la de psicología dinámica, la muchacha; que llegué a ella por algo social, debí también llegar por algo sexual por ejemplo porque ella es terapeuta sexual. Y yo nunca le hablé de eso. Termine las...y ahora me doy cuenta “¿pero yo por qué nunca me atreví como a contarle esto?”. Pues, como por pena. Lo que sí hago con el profe pero él mismo me decía “pero estabas con una terapeuta sexual ¿y no le decías esto que me estás diciendo a mí?” porque ya llega un punto en que no sabe qué hacer porque él sabe muchas cosas pero él no es psicólogo. Y ahí sí como que pequé en eso y pues, tampoco es cuestión de culparme por eso, pero es por el mismo problema con relación con las personas así tan directamente por ejemplo desde la sexualidad por ejemplo, que tampoco fui capaz como de contarle nada de eso a ella, siendo ella más especialista en eso, y me metí fue como a hablarle de otras cosas. Me hubiera podido ayudar mucho. Entonces sí, en lo de pareja, sí he</p>		

tenido como algo con eso, eh, sí se puede...eso es lo que incluso quiero trabajar luego de que salga como... eh, salga no, de que sienta como que estoy como en este aspecto. Por ahora estoy como concentrado en sanarme de esto que es lo más traumante		
E: Mjmm. Bueno, eso era todo (53) Algunos, sí, o sea no todos pero, pero sí varios. Muy larguita... E: No, apenas. Gracias		

Participante #8

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
Entrevistador: Bueno, esta entrevista está bajo el marco del trabajo de grado. La investigación se pregunta por la influencia que tiene el diagnóstico psicológico en las relaciones interpersonales y la posible estigmatización social. Eh, bueno, para empezar háblame de ti ¿dónde vives? ¿Cuántos años tiene? (1) Mm, vivo en Robledo, Robledo el diamante. Tengo 20 años. Me llamo X.		
E: Bueno, tienes 20 años. ¿Con quiénes vives? (2) Solo con mi mamá		
E: El estrato del barrio...		

(3) 2		
E: ¿Cuál es tu estado civil?		
(4) Soltera		
E: Soltera ¿y tiene hijos?		
(5) No.		
E: No, listo. ¿Cuál es tu escolaridad?		
(6) Mmm, bachiller técnico y digamos que pregrado iniciado		
E: ¿Qué estudias?		
(7) Microbiología		
E: Microbiología, ok. ¿En este momento estás activa?		
(8) No, estoy inactiva		
E: ¿Entonces en qué te estás ocupando en estos momentos?		
(9) Eh trabajo como auxiliar de laboratorio de investigación		
E: Listo. ¿Hace cuánto suspendiste la carrera?		
(10) Mmm, más o menos cinco meses		
E: Ok ¿y cuánto tiempo estuviste en la universidad?		
(11) Dos años y medio		
E: Dos años y medio. Bueno, porque igual como para la investigación se necesita que se viva en un contexto universitario, es importante que hayas alcanzado a pasar por la u...		

(12) mjm		
E: Pues, y de todas formas es como un período de inactividad, no quiere decir que no vas a volver a la universidad entonces... Ya hablando más como del diagnóstico ¿Con qué diagnóstico cuentas?		
(13) Eh, trastorno obsesivo compulsivo, aunque el primero fue trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de pánico. Y dentro de los desórdenes alimenticios anorexia restrictiva y bulimia sin vómito.	DX Y SUS IMPLICACIONES	Múltiple dx
E: Listo. ¿y ese diagnóstico, esos diagnósticos, hace cuánto los tienes?		
(14) Mm, el primero que fue trastorno de ansiedad generalizado fue más o menos a los 15-16 años, el resto de desórdenes fueron diagnosticados en 2016		
E: Mjm, hace tres años más o menos... Listo ¿tomas medicamentos?		
(15) Tomaba, ya no. Los suspendí	TRATAMIENTO	Medicamento
E: ¿Por iniciativa propia?		
(16) Sí. Tomaba sertralina, paroxetina y risperidona.		
E: ¿Y hace cuánto los suspendiste?		
(17) Yo creo que casi el año ya		
E: ¿Cuál fue la motivación para suspenderlos?		
(18) Porque sentía que la mayoría de los medicamentos me colocaban más nerviosa y la sertralina, la		Incomodidad

<p>sertralina no, la risperidona tenía muchas efectos secundarios en el cuerpo súper malucos, pues era como sudoración todo el tiempo, sueño, la boca seca, era súper incómodo.</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	
<p>E: ¿Y esa pastilla era para qué?</p> <p>(19) Es un antipsicótico. Era para el TOC</p>		
<p>E: Ok y cómo te fue después... Bueno, tú lo suspendiste por iniciativa ¿No fuiste al psiquiatra o algo así para que te asesoraran?</p> <p>(20) No. Pues, yo dejé de ir a los controles con psiquiatría y al tiempo me dejé de tomar el medicamento por las mismas molestias. Además porque me daban demasiado sueño y como tenía que madrugar tanto me la pasaba súper lela en el trabajo</p>		
<p>E: ¿Y cómo te fue cuando suspendiste los medicamentos, cómo te sentiste?</p> <p>(21) Al principio como yo soy tan rutinaria, era muy raro como dejar el momento del día como en el que uno se tomaba el medicamento y más nerviosa de lo normal. Pero con el tiempo fue como, pues, el cuerpo fue asumiendo la idea de que ya no había medicamentos y que le tocaba liderárselas por sí mismo.</p>		
<p>E: Y si hicieras una comparación entre cómo te sentías con los medicamentos y sin los medicamentos...</p> <p>(22) Yo creo que me sentía igual de nerviosa. Realmente. Pues, no sentía</p>		

<p>como mucha la influencia del medicamento. No sé si era sugestión o realmente no tenían como efecto en mí</p>		
<p>E: Listo ¿y has asistido a psicoterapia?</p> <p>(23) Estuve con psicólogo y psiquiatra como año y medio</p>	<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Psicoterapia individual</p>
<p>E: Mjm. ¿En qué tiempo, pues como en qué año?</p> <p>(24) 2016 hasta principios del 2018</p>		
<p>E: O sea, cuando te hicieron el primer diagnóstico que fue el de la ansiedad generalizada ¿tomabas medicamentos?</p> <p>(25) No</p>		
<p>E: ¿Y asistías a psicoterapia?</p> <p>(26) No. Era como la visita al psicólogo que le manda a la uno la eps, y ya.</p>		
<p>E: Listo. ¿El inició de los medicamentos cuándo empezó?</p> <p>(27) Finales de 2017. Yo los empecé a tomar a principios del 2017. Eso fue más o menos en octubre del 2016 que empecé con sertralina</p>		
<p>E: Eso, cuando a ti te diagnosticaron también el del trastorno alimenticio ¿fue que empezaste también, al tiempo, con los medicamentos, la psicoterapia y la psiquiatría?</p> <p>(28) Mj, sí.</p>		
<p>E: Listo ¿y por qué? Pues, ¿por qué empezaste justo después de ese</p>		

<p>diagnóstico y no con el de la ansiedad?</p> <p>(29) Pues, digamos que en mi familia siempre han sido muy dados a la mentalidad de “no, el estrés y eso se cura empezando por uno mismo, tranquilizáte, relajáte, pensá bien las cosas, y ya” En cambio cuando comenzó el trastorno alimenticio sí se involucraron otras cosas. Entonces era la academia, que yo ya dormía, que no comía, que yo ya todo el tiempo estaba pensando en cosas, que no era capaz de salir. Pues no era capaz de hacer un montón de cosas que afectaron absolutamente la cotidianidad. Entonces yo veía que la terapia como tal, por sí misma, no iba a hacer nada porque empezaba a comprender de cierto modo que más que mis posibilidades por iniciativa, era también un funcionamiento como neuronal, pues que había que darle un empujoncito a la cabeza para que hiciera lo suyo.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>TRATAMIENTO</p>	<p>Familiar</p> <p>Responsabilizar al sujeto</p> <p>Académico</p> <p>Medicamento Psicoterapia individual</p>
<p>E: Listo ¿y por qué suspendiste también la psicoterapia y los controles con psiquiatría?</p> <p>(30) Mmm, pues la verdad fue por un asunto de tiempo. Porque a mí las consultas me las estaban dando con la eps, en donde lo mandan a uno siempre, a Sameín. Y las citas eran súper complicadas de conseguir y en un horario súper peye y como yo apenas estaba comenzando a trabajar no podía estar pidiendo los permisos para ir. Y ya, se fue quedando en el olvido y no, no volví a pedir citas.</p>		

<p>E: Listo. ¿Para ti tiene algún significado estos diagnósticos?</p> <p>(31) Sí. Yo creo que es necesario asumir las condiciones que uno tiene para hacer su cotidianidad como más amena ¿cierto? Cuando uno comprende sus vivencias, así el otro no las entienda hace lo posible por sentirse mejor. Estar en un estado de negación es lo peor en lo que uno puede estar.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aceptación</p>
<p>E: Listo, y ya que estás hablando como del estado de negación, de aceptar eso para poder vivir en la cotidianidad, te pregunto ¿tú qué hacías antes del diagnóstico? O sea, ¿cómo era tu cotidianidad antes de que te dieran ese diagnóstico?</p> <p>(32) Uno asume esas cosas como muy naturales y se las achaca al estrés del estudio, de los problemas familiares, entonces siempre era el mismo mantra de “no, piénselo bien, tranquilícese” ya luego es que empieza a notar que hay situaciones que se salen de las manos y que ya hay un estrés que no tiene ni siquiera como procedencia, que uno está en ese estado de nerviosismo y preocupación constante sin siquiera saber por qué. Además en mi familia ha habido siempre antecedentes de depresión, entonces como ninguno se medicaba ni nada uno asumía como “ah sí, normal” y ya, me tocó.</p>		
<p>E: Listo ¿a ti cuándo te comenzaron esos síntomas todavía estabas en el colegio, cierto?</p> <p>(33) En 11, sí</p>		

<p>E: Y ¿cuáles fueron las diferencias que empezaste a notar como en tu comportamiento? que te llevo a decir como bueno, no es tan normal, hay que darle un nombre a esto</p> <p>(34) Mjm, en 2016 pues yo no estaba estudiando, básicamente no estaba como haciendo nada, entonces ahí me pregunté a mi misma como “qué es lo que me está causando esto si no estoy estresada, no tengo preocupaciones... por qué me siento mal a mayoría del tiempo, o por qué quiero salir corriendo, simplemente no quiero salir”. Pues, ahí entendí que había algo que no estaba bien.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Pre-dx</p>
<p>E: Listo ¿estos síntomas comenzaron más o menos en 11? P#8: Mjm</p> <p>E: ¿Antes de esto tú te sentías normal en tus espacios, en el colegio, en tu casa?</p> <p>(35) Sí, había la preocupación típica de las situaciones pues que uno vive, pero no estaban tan marcadas</p>		
<p>E: ¿Y emocionalmente cómo era? Cuando empezaron estos cambios</p> <p>(36) Era muy triste hacer una retrospectiva de cómo se sentía uno y de cómo estaba en ese momento como de no poder disfrutar nada, sino que todo genera preocupación.</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Tristeza</p>
<p>E ¿Y cómo te empezó a afectar esta preocupación? O bueno, no tanto la preocupación en sí de la ansiedad, sino como ese cambió en tu vida ¿cómo te empezó a afectar en tus ámbitos?</p>		

<p>(37) Se empezó a ver reflejado cuando retomé, pues, yo ese año siguiente al colegio, no estaba como tal matriculada en la universidad como estudiante regular, sino en cursos semipresenciales; y me daba cuenta que por estar pensando en cosas varias, divagando, no estaba prestando atención a absolutamente nada. Entonces todo lo que tenía que ver con el ámbito académico se fue al piso porque no me concentraba en absolutamente nada. O ya no quería comer o quería comer mucho, entonces el desbalance en el cuerpo, la apariencia física, el dejar de lado las relaciones sociales porque ya, ya uno está aburrido con todo.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Académico</p> <p>Interpersonal</p>
<p>E: Mjmm ¿y familiarmente?</p> <p>(38) Pues, mi hermanita es como súper hippie, entonces ella es como “ay, deje la bobada, eso se pasa, maneje las energías” bla, bla, bla...</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Responsabilizar al sujeto</p>
<p>E: Discúlpame ¿en esa época todavía vivías con tu hermana?</p> <p>(39) Ella nunca ha vivido con nosotros como tal pero nos visita. Y para mí mamá todo eso es como súper normal, como “neh, eso se le va a pasar. Eso es la edad”. Entonces era muy incómodo porque no, no entendían cuando uno no se sentía bien y era como “ay, pero deje la bobada, pero es que usted no quiere hacer nada por mejorar” No puedo.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Incomprensión</p> <p>Responsabilizar al sujeto</p>
<p>E: ¿y cuál fue la impresión o la respuesta que ellos dieron el diagnóstico?</p>		

<p>(40) Pues mi hermana sigue como sin creerse mucho el cuento. Y no sé realmente cuál sea la preocupación de mi mamá que la llevó a verse un poco más interesada, pero tampoco está relacionada con ese tipo de cosas, entonces no entiende pero intenta. Peor es nada.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Incredulidad</p>
<p>E: ¿Pero sí se notó un cambio en ella como respecto a tu comportamiento?</p> <p>(41) Sí, era más insistente con el medicamento, con que empezara a hacer otras actividades para que me distrajera, o cuando tenía, no sé, episodios así de pánico absoluto ya como que entendía la situación y no se metía ella también así a la loca “qué está pasando” porque ella se altera por todo. Entonces era peor todavía, porque uno se quería encapsular y afuera había otra cosa haciendo bulla y fin</p>		
<p>E: Bueno, ¿pero de alguna manera después del diagnóstico empezaron a tomar las cosas de una manera diferente?</p> <p>P#8: Diferente, sí</p> <p>E: Listo ¿en el ámbito personal y relacional cómo empezó a afectar ese diagnóstico?</p> <p>(42) Mm, desde lo personal como desde el cambio de ideas empecé a formar otra nueva persona y de ahí fue que se desarrolló el desorden alimenticio y una serie de obsesiones y compulsiones. Entonces era una dualidad absoluta</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Causalidad</p> <p>Cambio en la autopercepción</p>

<p>de una peleando todo el tiempo de con quién era y de con quien ahora creía que debía ser. No era, pues, yo nunca he sido como de muchos amigos entonces no me afectó por ese lado, pero sí tenía pareja y al principio era muy complicado porque él sufre de TOC, el de él sí es un TOC así súper azarosisísimo, entonces él sí había unas cosas que entendía, pero había otras que no sé si no entendía o se así o qué; pero con lo del desorden alimenticio había un problema constante porque todo el tiempo me recriminaba, por ejemplo, que ya estaba muy delgada y mi imagen mental era otra. Entonces eso todo el tiempo creaba conflicto</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDES</p> <p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Relaciones de pareja</p> <p>Incomprensión</p>
<p>E: ¿O sea que a ti el trastorno alimenticio y un poco el del TOC te comenzó a raíz del trastorno de ansiedad?</p> <p>(43) Sí, yo creo que... a raíz de las cosas que me genera la ansiedad, se empezaron a crear unas compulsiones, entonces era una rutina diaria que afectó también la parte académica porque... por decir algo, me bajaba caminando desde mi casa y acá entraba uno hora y yo entrenaba en el gimnasio y yo entraba a clase y todo el tiempo estaba pensando como “tengo que salir otra vez a hacer ejercicio” y pensando en qué iba a comer y qué no me podía comer en el día y luego buscar el horario en el que podía seguir haciendo más ejercicio y adquirí una costumbre pues que he intentado dejar, que es hacer una cuenta numérica mental. Entonces no me concentraba casi nada por estar contando. Y era un conteo sin</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ÁMBITO AFECTADO</p>	<p>Causalidad</p> <p>Cambio de hábitos</p> <p>Académico</p>

<p>sentido, o sea llegaba a un número y de la nada volvía a empezar a contar. Pero no había un número específico en el cual para ni nada. Solo era todo el como “1, 2, 3...” Yo creo que en parte lo relacionaba con calma, porque cada que algo me estaba afectando, para distraerme de ese algo empezaba a contar. Entonces se volvió como rutinario.</p>		
<p>E: Bueno y dado que tu dejaste las pastillas y la terapia y esto ¿tú cómo crees que se ha concebido un cambio en estas conductas? Porque o sea, ya no las tienes muchas ¿no? por ejemplo la compulsión con el gimnasio, los trastornos alimenticios...</p> <p>(44) Lo del trastorno alimenticio realmente fue porque yo entré a un proceso de recovery pues con nutricionista y un montón de cosas y me tuvieron vigilada un montón de tiempo, entonces el cuerpo se va adaptando a otras costumbres, lo que es propio del TOC. Pero es innegable que siempre hay días en los que vuelve, entonces hay días en los que uno no come, días en los que está buscando cómo moverse más para quemar las calorías de lo poquito que se comió. Yo te dije ahora que yo la verdad no sentía como la diferencia con el medicamento, lo único que se fue fueron los síntomas secundarios en el cuerpo</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Buscar ayuda</p>
<p>E: Ok. Listo ¿y cuando se realizó el diagnóstico cuál fue la primera persona como en enterarse, a quién se lo comentaste primero?</p>		

<p>(45) La primera persona fue mi ex porque era como, pues, ya no somos novios, era como el único enterado de cómo se sentía y el único capaz de entender qué era tener un trastorno. Obviamente pues mi mamá iba conmigo a la cita, pero no entraba. Entonces ella sabía pero no sabía. Era como “sí, ella está yendo al psiquiatra pero no sé de qué hablan” y ya.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Comprensión Incomprensión</p> <p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (Pareja)</p>
<p>E: Listo. ¿y posterior a este diagnóstico en cuáles aspectos has notado un mayor cambio?</p> <p>(46) El trastorno alimenticio ha sido como lo que más he podido, no digamos minimizar sino sostenerlo de una manera lo más saludable posible. Pero el estrés y la preguntadera todo el tiempo y la necesidad como de sentirse en movimiento no se ha ido.</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Autocontrol</p>
<p>E: ¿tú notaste algún cambio en tu vida como si fuera un punto de inflexión entre antes del diagnóstico y después del diagnóstico?</p> <p>(47) No, yo siento que a lo único que favoreció el diagnóstico fue salir del estado de negación, como de entender que hay algo y que hay que trabajar en ello</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Aceptación</p>
<p>E: Listo ¿A nivel familiar cambiaron las dinámicas después del diagnóstico? Porque me decías que tu hermana sigue sin creer mucho en eso y tu mamá un poco como que sí se interesa más, pero ¿además de esto?</p> <p>(48) Pues con mi mamá digamos que la comunicación intentó</p>		<p>Familiar</p>

<p>mejorar porque ella entendió que todo lo que los demás podían hacer o decir me afectaba en el sentido en que era algo en lo que yo iba a estar pensando constantemente y que podía desencadenar otras serie de cosas. Entonces el trato cambio, hubo más pues una comunicación como más fluida, empezamos a pensar más en el otro y así.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (familia)</p>
<p>E: Y familiarmente bueno, solo vives con tu mamá, pero por ejemplo hay otras parientes que...</p> <p>(49) ¿Cercanos que conozca? No, yo no soy pues como muy familiar, sé que hay tías pero no, por allá...</p>		
<p>E: Y en general con tu hermana ¿esto no significó como ningún tipo de cambio? P#8: No.</p> <p>E: Listo ¿a nivel social? Tu ahorita decías que de todas formas no tienes como muchos amigos, pero los que tienes por ejemplo y consideras cercanos...</p> <p>(50) Sí, cuando todo comenzó digamos con el trastorno alimenticio que es como el punto de referencia para todo, tenía un amigo de acá de la universidad que siempre estaba como pendiente de todo. Pero era súper alcahueta, entonces había conductas que él sabía que tenía que evitar pero que siempre estaban presentes y siempre fue el que estuvo como más enterado además de mi ex</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Interpersonal</p> <p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (Amigos)</p> <p>Comprensión Aceptación</p>

<p>E: ¿Y por ejemplo hablaban directamente del diagnóstico? O sea como “no, me está pasando esto”...</p> <p>(51) Sí, con él siempre hubo como asertividad en este tipo de cosas</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (Amigos)</p>
<p>E: ¿Y qué discutían por ejemplo cuando hablaban?</p> <p>(52) Pues es que el discurso de la mayoría de gente siempre es el mismo. Así intenten asumir como una actitud de “estoy aquí, te entiendo”, la mayoría de la gente no está relacionada con los trastornos o creen que estamos locos y vamos a matar a medio mundo o algo así. Entonces él era como “ah sí, te estoy escuchando. Sí, te apoyo”, pero no había algo más que eso</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Apoyo Ignorancia frente al tema</p> <p>La mayoría de la gente no está relacionada con los trastornos</p>
<p>E: Ok. ¿tú cómo sientes que estableces relaciones interpersonales?</p> <p>(53) No es muy fácil precisamente porque uno se cuestiona toda el tiempo. O sea de por sí es muy difícil lidiar con las responsabilidades y yo creo que eso es de todo el mundo, pero cuando hay un trastorno uno se pregunta más cosas. Entonces acercarse al alguien nuevo cuando uno no está conforme con su propia imagen o con sus capacidades es muy complicado y a mí en general estar en espacios como con mucha gente me trastorna un montón, pues, yo no puedo con la bulla, con el espasmo, con la gente cerquita, a mí</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>Interpersonal</p>

<p>casi no me gusta que me toquen, entonces más bien como de lejitos</p>		
<p>E: Y en ese sentido ¿tú cómo describirías tu desempeño en el área social?</p> <p>(54) Regular. O sea, si tengo 4 o 5 amigos, son 4 o 5 amigos con los que estoy muy apegada y me va muy bien porque ya hay confianza, porque ya entienden cómo funciono, que sí estoy mal no es por ellos sino por mí, que necesito mi espacio. Pero construir una nueva relación con alguien ajeno a la vida de uno es difícil y es algo que no me gusta mucho hacer</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Comprensión</p>
<p>E: Listo ¿tú posterior al diagnóstico notaste algún cambio en tus relaciones o en la forma de establecer las relaciones?</p> <p>(55) Posterior a qué ¿al diagnóstico?</p>		
<p>E: Mjmm</p> <p>(56) No creo que haya sido porque me haya sentido con un psiquiatra o con un psicólogo y me haya dicho “sí, tiene esto y esto” y que me haya sugestionado la idea. Sino que las cosas en vez de tener como un punto de pausa o un punto de mejoría hubo un tiempo en el que estuvieron empeorando. Entonces por eso, pues, por esa misma situación se hacía mucho más difícil relacionarse con los demás</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	
<p>E: Pero espera, por lo que dijiste, no sé si entendí bien posterior al diagnóstico en vez sentir como que mejoraron las cosas,</p>		

<p>¿inmediatamente sentiste que empeoraron?</p> <p>(57) Fueron empeorando hasta que comencé el recovery pues que ya dicen “vamos a trabajar en estar bien”. Pero en ese otro período fue en picada</p>		
<p>E: Y tú porqué crees que posterior a ese diagnóstico se fue en picada y no simplemente pudo mejorar o continuar?</p> <p>(58) No sabría cómo explicarte. Pues, solamente puedo hacer memoria de las cosas que pasaron en ese tiempo y memorias no agradables, pero no, no encontraría como una explicación concisa, como decir “ no, es que me puse muy triste porque él me dijo eso y ya”</p>		
<p>E: Listo. Ahorita que lo mencionabas, eh, de que académicamente te afectó muchísimo, cuando esto empezó a suceder como que te viste muy afectada ¿se lo comentaste por ejemplo a los profesores o a tus compañeros?</p> <p>(59) No. Pues, uno gira siempre, va en círculos con este tema y es que la gente generalmente no entiende. Entonces para mí era muy difícil llegar y decirle a un profesor “profe no estoy entendiendo ni mierda de tu clase porque tengo la necesidad de salirme del salón” pues el profe va a quedar como “niña, ¿de qué me está hablando? Usted lo que no quiere es estudiar” entonces uno</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ÁMBITO IMPACTADO</p>	<p>La mayoría de la gente no está relacionada con los trastornos</p> <p>Académico</p>

<p>sobrelleva las cosas como puede y ya.</p>	<p>ESTIGMA</p> <p>REESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Prejuicio</p> <p>Incomprensión</p>
<p>E: ¿Pero nunca sentiste la necesidad o a pesar de sentirla...?</p> <p>(60) ...No lo hacía porque la mayoría no entendería.</p>		
<p>E: No iba a entender. Listo, y ya como para ir finalizando, en cuanto a lo que tanto mencionas de que igual la gente no lo entendería ¿cierto? Lo que la gente concibe cuando uno dice “no, tengo un trastorno o tengo una enfermedad mental”. ¿Tú has sentido que hay personas que en algún momento te hayan rechazado por la condición?</p> <p>(61) Eh, todo vuelve again and again and again, al trastorno alimenticio y creo que eso fue lo más difícil de lidiar socialmente porque en un aspecto físico se notó demasiado el cambio. O sea, yo bajé en cuatro meses como 25kg, entonces todo el mundo está encima como “¿qué te está pasando?” o “estás como la de las películas, te vas a morir”, “mirá como estás de flaca, qué ideas tan bobas, sacate eso de la cabeza, así está bien”. Como si fuera algo tan simple como “ah sí, me voy a quitar la idea de la cabeza y ya”. Eso era lo más normal de escuchar. Todo el mundo quería opinar sobre algo que no entendía</p> <p>E: ¿y en esa medida sentiste rechazo de algunos? P#8: Sí.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Responsabilizar al sujeto</p> <p>La mayoría de la gente no está relacionada con los trastornos</p>

<p>E: Bueno, por ejemplo con esa era muy aparente que estabas pasando por algo ¿cierto? Por ejemplo con el de la ansiedad ¿tú sientes que es perceptible a los ojos de los demás?</p> <p>(62) Mm, yo creo que la ansiedad se marca más que nada es en las compulsiones, entonces hay gente que ha notado que yo tengo que hacer ciertas cosas para no estar en un estado de desesperación constante, pero eso es algo que solamente logra alguien que ya está muy familiarizado conmigo.</p>		
<p>E: ¿Y has notado algún cambio de las personas hacía ti? Pues, por ejemplo personas que ya sepan de los diagnósticos</p> <p>(63) Asimilan que uno tiene que hacer x cosas y ya. Un ejemplo así super re x es que a mí me gusta ordenar las cosas de un modo determinado, entonces yo llego a la casa de mi novio y llego directamente es a organizar todo de ese modo para poder tener paz mental. Y él al principio era como “X, pero vos qué ome, calmate” o “cómo para qué te vas a poner a organizar eso”. Pero ya, ya él entendió que era como normal en mí entonces se sienta a mirarme y no dice nada.</p>		
<p>E: Entonces de alguna forma sería como un cambio... o sea, ¿ la asimilación de las personas hacía ti sería como un cambio positivo? P#8: Mjmm</p> <p>E: ¿Has notado también cambios negativos?</p>		

<p>(64) Negativos. En el trabajo alguna vez estábamos hablando. Hay un chico en particular que se nota que está trastornado por algún motivo y él trabaja acá y se iba a suicidar, y era así “no obedezco en nada” pues, es una cosa de locos. Y alguna vez en el comedor yo hice un comentario como de que ese tipo de situaciones eran normales, pues que había gente que tenía sus rollos y ya. Entonces alguien opinó que yo qué iba a saber, y yo le dije “es que yo entiendo porque yo también soy paciente psiquiátrica”. Entonces – dijeron- “¿ay, entonces usted toma medicamentos para la loquera”? Entonces yo le dije “sí, yo tomaba medicamentos, yo entiendo cómo funciona”. Y después de eso los comentarios como que yo hago al respecto y ella responde, son como “¿vos qué vas a saber si estás loca?”.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>Laboral</p> <p>Prejuicio Desacreditación</p>
<p>E: Ok. Como descalificadores solo por eso</p> <p>P#8: Ajá</p> <p>E: En el ambiente laboral, además de esa experiencia, por ejemplo tus jefes o compañeros más cercanos ¿saben también de...?</p> <p>(65) No</p> <p>E: ¿No? ¿Solamente en esa oportunidad?</p> <p>P#8: Si, solo en esa situación</p>		
<p>E: ¿Tú sientes de alguna forma o crees que los demás se interesan por ti? O sea, que le importas a los demás</p>		

<p>(66) Yo no creo que uno sea de la importancia de mucha gente, pues, a todos en particular nos pasa eso porque cada quien está demasiado metido en su burbuja. Pues, supongo que hay personas cercanas que se preocupan por mí porque hago parte de sus vidas, pero así como de pensar que todo el mundo está pendiente de lo que yo estoy haciendo y de “ay, pobrecita”, no creo que uno sea tan relevante.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Preocupación como muestra de interés</p>
<p>E: Y por ejemplo ¿qué actos tu sientes que demuestran que le importas a los demás?</p> <p>(67) Que se preocupen por mi salud, evidentemente. Que me pregunten si ya comí, es algo que es como “ay, gracias”. Mi novio me lleva comida al trabajo cuando le dicen que no llevé</p>		
<p>E: Ajá</p> <p>(68) Pues, sí. Ese tipo de preguntas de cómo estás, de entender el espacio del otro como “no quieres salir hoy, si no te sentís bien no tenés que darme un motivo. Relajate”. Ese tipo de cosas lo hacen sentir a uno como tranquilo con lo que tiene que vivir. Porque más allá de quedarse aterrorizado por su propia situación uno muchas veces tiene que pensar en cómo mis acciones afectan al otro. Entonces en las relaciones eso se va volviendo tedioso, cuando la gente entiende que uno tiene su espacio es un gesto muy bonito.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Comprensión</p>
<p>E: Que denota importancia. Y al contrario, actos que crees que no te dan importancia</p>		

<p>(69) El desinterés absoluto. O no entender las situaciones o el estar juzgando todo el tiempo la forma en la que sientes que tienes que hacer las cosas. O la gente que me critica las compulsiones sabiendo que, pues, son cosas que entre comillas tengo que hacer. Ese tipo de actitudes son sobrantes</p>		
<p>E: Por ejemplo ¿tú qué tipo de gente has sentido que juzgan o critican tus compulsiones? ¿Cómo en qué espacios has sentido eso?</p> <p>(70) Con mi mamá, hay ciertas que hago que a ella no le gustan pero que yo siento que debo hacer, y siempre lanza como el comentario de “deje pues la bobada, ay ya, obsesionada”, organizar la loza “deja esa guavonada así que eso lo vamos a lavar de todos modos” y yo como “pero lo tengo que organizar”. Eso esencialmente. O en el trabajo yo tengo mi día planeado, entonces yo ya sé qué voy a hacer cuando llego, luego de eso, en qué momento voy a descansar; y muchas veces cuando alguien... digamos yo ya terminé de inactivar material y a los diez minutos llega alguien, yo ya no lo puedo inactivar porque ya pasó el tiempo de inactivación y la gente es como “vos qué ome, hacé tu trabajo y ya”</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>Incomprensión</p> <p>Juicios</p>
<p>E: Bueno, por ejemplo con la gente del trabajo es difícil como ponerse en la tarea de explicar, ¿pero con tu mamá lo has intentado?</p> <p>(71) Sí, ella sabe. Pues, yo ya entiendo también su posición, Yo</p>		

<p>E: E: Y por ejemplo, pues además de asociarlo con esto ¿ustedes a qué asocian un estigma? ¿En qué reconocen que hay un estigma?</p> <p>(3) P#7: En un estereotipo o en alguien que va en contra de un estereotipo, que no cumple con un estereotipo.</p>		
<p>E: E: ¿Que no cumple con el estereotipo?</p> <p>(4) P#7: Me suena más como a eso</p>		
<p>E: Mjmm</p> <p>(5) P#7: Puede ser que sea solamente el estereotipo</p>		
<p>E: ¿Les resulta algo más acerca de esta palabra? ¿No? Listo. ¿Ustedes qué percepción creen que a nivel social se tiene de la enfermedad o de los trastornos mentales?</p> <p>(6) P#4: Errónea.</p>		
<p>E: ¿Es una percepción errónea? ¿Por qué?</p> <p>(7) P#4: Porque creen que es de una manera pero realmente no es así. Más que todo, eh, las personas que no padecen de ninguna de esas cosas, son las que tienen la percepción errónea porque realmente no viven como como vive uno.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>La gente no está relacionada con el tema</p>
<p>E: Ok ¿Y cuán creen que es esa percepción errónea? O sea, ¿cómo describirían esa percepción que</p>		

<p>E: Sí, en ocasiones hay correlación, pero no siempre... ¿Tú piensas algo acerca como de esto?</p> <p>P#7: Otra vez</p> <p>E: En sí es como, ¿cuál es la percepción que ves que tiene la sociedad de las enfermedades mentales o de los trastornos?</p> <p>(11) P#7: De ignorancia.</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Ignorancia frente al tema</p>
<p>E: Bueno y por ejemplo, no sé si a nivel social ustedes se han enfrentado como directamente a esas percepciones de la sociedad...</p> <p>P#4: Sí</p> <p>E: ¿Y cuál es la respuesta que tienen? Generalmente</p> <p>P#4 ¿Pero la respuesta que tiene uno frente a lo que digan u opinan las personas o la respuesta de las personas?</p> <p>E: Ambas. O sea, sí. Qué respuesta reciben ustedes y también cómo responden ustedes ante esas percepciones</p> <p>(12) P#7: Más bien como unos hechos. Como alejamiento. No es una respuesta, pero sí es un hecho. Es como, pues, uno siente eso, entonces pues uno supone que por hecho de haberle dado la información de que uno sufre de algo, por decir, entonces uno siente que vea, con el tiempo es como que la gente se está alejando y es como por tal vez eso. Entonces no</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Distanciamiento</p>

<p>es una respuesta directa, pero más bien es, sí, como que un hecho.</p>		
<p>E: Como que se evidencia en los hechos más que en la respuesta directa que pueda tener o no. Listo. ¿Tú ibas a decir algo respecto a esto? Como de las respuestas, así sea la tuya o la de ellos</p> <p>(13) P#4: Pues la respuesta mía siempre ha sido con “no me importa”. La verdad no me...</p> <p>P#7: Sí, pasa mucho eso. Como que la sociedad pierde, por muchas cosas, pierde la empatía. No entiende al otro, no, pues, está con un montón de cosas ahí, demás que hasta también enfermos, estresados, también con un montón de cosas. No escuchan tal vez, entonces no le importa. Pues, no sé si es lo que... algo como parecido</p> <p>P#4: Pues, yo te entendí que es como la empatía...</p> <p>P#7: Se pierde, se está perdiendo</p> <p>P#4: ¿De uno hacia al otro?</p> <p>P#7: No, del otro hacia uno. Pues, cuando hablás con alguien y sentías que le importa es como que esa persona está perdiendo la empatía, no tiene eso. Porque, pues, puede incluso decirle a uno “ahh, sí, ve” pero uno sabe que no le está parando bolas está pensando en cualquier cosa.</p> <p>P#4: Pues, yo no decía eso. Pero sí me parece válido</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUECEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Actitud de indiferencia ante la indiferencia</p> <p>Indiferencia (pérdida de empatía)</p>
<p>E: Yo lo entendí más que todo como que vos (P#7) lo analizaste del otro hacia uno y él (P#4) está nombrando</p>		

<p>más como de esa respuesta, por ejemplo que él nos decía al principio que siente de la percepción errónea que tienen los demás, que es desde el desconocimiento; él ante esas respuestas es también como “pues, no me importa” ¿cierto? “como lo que usted vaya o no a decir o lo que piense usted sobre mí” Entonces ahí se ve como ambas partes. La respuesta de uno hacia al otro y también del otro hacia uno. No sé si ustedes tienen algo...</p> <p>(14) P#5: Yo considero que más lo que él siente es eso. El percibe pero de pronto no ve la realidad. Pues, como en lo normal la sociedad tiende a lo que no conoce, hacerlo por ejemplo jocoso, se burla, pero no pase de ahí. Pero, yo analizaría más eso porque uno puede ver a veces expresiones de las personas pero no siempre sea lo correcto. Aunque a veces, pues, uno es reiterado uno pues no se equivocara, pero no lo consideraría tanto como, pues, como que fuera algo personal.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>La gente no está relacionada con el tema</p> <p>Burla</p>
<p>E: Ajá. Y por ejemplo cuando dices lo de una respuesta jocosa, así también por el desconocimiento es porque, tal vez, ¿te ha pasado, o sea, como que una respuesta que recibes es como una burla de la situación?</p> <p>(15) P#5: Mmm, pues, sí. Normalmente pues, yo tampoco me puedo sacar de ahí, uno también se habrá burlado de una persona, más cuando éramos pequeñitos, cuando era pequeño. Que a mí se me hayan burlado o yo me hubiera burlado de alguien, pero yo creo que de ahí no pasa. Yo creo que cuando uno va creciendo uno va como madurando, por así decirlo.</p>		

<p>P#7: Es como, estás teniendo esto... pero no es que sos así</p> <p>P#5: El parte de medicina, eso no se puede llamar clasificar o como discriminar o separar...</p>		
<p>E: E: Ajá. Pero tú tocas un punto muy importante y es, listo, eso es labor de la medicina, decirte como “según tus síntomas este es el cuadro que presentas y eso genera ya ese diagnóstico” ¿cierto? Pero tu decías que la sociedad, pues, que la etiqueta la pone es la sociedad</p> <p>(21) P#5: La sociedad no sabe, la sociedad...pues, si uno lo siente así</p> <p>P#1: Pues yo creo que sí hay cierta etiqueta, pues la etiqueta social, en la que uno sabe que si una persona se entera de x diagnóstico va a tender a pensar que esa persona va a actuar de determinada manera. Ya uno sabe si uno actúa o no de esa manera. O sea, uno sabe que uno no es así completamente, que uno tiene pues, como, uno pertenece al cuadro pero que no se manifiesta en todos los comportamientos específicos. Entonces yo que las personas sí a veces tienden como a pensar que si tienes esto vas a ser siempre así, pues sí, y vas a tener esos comportamientos.</p> <p>P#7: Pero independiente o no de lo que digan frente a eso, si es uno es que se permite esa etiqueta, se la da uno. Pues es como...</p> <p>P#5: Es como decir una persona que sea de color, depende pues, dice “no, me aislo y solo voy a estar con personas de color” él mismo se puso como esa restricción. No es como que</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>ESTIGMA</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>La gente no está relaciona con el tema</p> <p>Etiqueta</p> <p>Autoestigma</p>

<p>la medicina le diga que tienes una enfermedad, sos diabético, entonces uno no se etiqueta como diabético. Es como, no sé cómo explicarlo bien. Pero realmente la medicina, lo que hace parte de todo eso, uno no puede sentirse como atacado</p>		
<p>E: Pero entonces, según lo que tú dices, ¿tú asocias el diagnóstico netamente con lo clínico, con la medicina?</p> <p>(22) P#5: Es que el diagnóstico es totalmente clínico. Porque si a usted le dan un diagnóstico es porque le hicieron unas pruebas.</p>		
<p>E: Sí...</p> <p>(23) P#5: Las pruebas le dan el hecho y el hecho es, constituye lo que usted tiene, usted no lo puede evitar. Ya después le dicen si es tratable o no, cómo se puede manejar. Eso no es como “me están diciendo eso, es porque me quieren..” no.</p>		
<p>E: Ajá. Analizando como el diagnóstico en la esfera social ¿creen que representa algo?</p> <p>(24) P#5: Ahí sí es diferente. Es que la parte social es, refleja lo que piensa cada persona y lo que en la sociedad se considera. Entonces si por ejemplo comer helado en la sociedad se considera mal. Ya pues no puede comer helado ¿cierto? Pero hablando sobre, por ejemplo...pues, por ejemplo lo del sida. El sida medicamento, yo tengo un amigo que es doctor, y él trabaja en la parte de pacientes de sida y de pacientes que tienen problemas</p>		

<p>de riñones. Y él dice “si a mí me tocara vivir alguna de las dos enfermedades, yo preferiría tener sida” Porque en estos momentos es más controlable. Hay medicamentos que hacen que la persona no contamine o contagie a otras personas. Viven más tranquilo y más libremente que una persona con una enfermedad en los riñones. Tienen que hacerle diálisis, no pueden comer unas comidas... Entonces en la sociedad una persona que, en la sociedad ya, una persona que piense “ah, una persona tiene sida: no la toco, no me le acerco, no le doy la mano”. Entonces es diferente ese pensamiento. Por eso el mismo desconocimiento de todo. Es que la ignorancia hace que las cosas pasen como pasan.</p>	<p>ESTIGMA</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Prejuicios, mitos</p> <p>La gente no está relacionado con el tema (desconocimiento)</p>
<p>E: Mjmm. ¿Ustedes tienen algo que comentar acerca de lo que decía el compañero?</p> <p>(25) P#7: Pues, yo no me iba a ir hasta allá, pero está muy bien eso. Yo también me he cuestionado mucho eso, pero yo me iba a ir más como que uno dentro de lo clínico, también hay momentos como que uno tiene esa relación con esa persona que es el médico, donde hay espacios, digamos, humanos o sociales, donde se comparten, eh, otra característica de diálogo donde se siente, de pronto, el ataque, o no sé. Algo que no es porque, no es que ni siquiera se de cuenta, no sé, sino que pues, puede pasar. A mí una vez me paso y es que así muy anticlínico, yo no sé, o muy antiprofesional, decir algo “ah no, es que vos vas a sufrir de esto toda la vida” Cuando no, al tiempo yo me alivié de eso. Entonces lo dijo casi como por molestarme. Entonces eso,</p>		

<p>pues, hay momentos donde uno sí siente que está mal, pues, no lo está diciendo de una manera clínica, como “mirá, tenés esto” Entonces uno sí siente que en eso clínico, puede haber a veces cosas sociales.</p> <p>P#5: Porque igual son personas</p> <p>P#7: Sí, son personas...</p>		
<p>E: Listo. Esta es la otra pregunta y va más enmarcada, o sea, se pregunta por ¿cómo ha sido su experiencia con el sistema de salud mental? ¿cierto? Con lo que ofrecen por ejemplo las eps, lo que ofrecen ellos en cuanto al cuidado o al tratamiento de la salud mental. Pero no tanto mirado desde la crítica al sistema, sino cómo los ha hecho sentir, cuál ha sido su experiencia frente a esta situación</p> <p>(26) P#5: Yo creo que eso depende también de la eps. Por ejemplo, yo tengo Nueva eps, mi mamá es enfermera, o fue pues porque ya está jubilada, ella sabe cómo se manejan las cosas. Mi abuela sufría de muchas enfermedades, entonces como por la experiencia ya sabían pues cómo hacer las vueltas, pedir las, cómo pedir por ejemplo la medicina no pos, que ya tiene otras complicaciones pues. Y prácticamente las exigencias tienen que ser por tutela, pero por la tutela lo entregan. Pues, yo creo que no es tanto porque la eps sea buena o mala sino por cómo se manejan las cosas</p>		
<p>E: Mjmm, pero de todas formas ¿tú qué sientes como al saber que para poder tener una atención en salud mental...?</p>		

<p>(27) P#5: Pero no es tanto por la atención, es más por la exigencia que usted hace. Por ejemplo, yo tengo un caso privilegiado que puedo ir donde doctores privados pues, que me atendían cuando era pequeño y he sabido pues como las marcas de las drogas, todo eso. Y usted exige a la eps que sea de un laboratorio determinado, porque la eps a usted le dice “vea, tenemos esto”, usted entutela y le dan o que usted quiere.</p> <p>E: Okay</p> <p>P#5: Pero lo que le digo pues, porque en mi caso se sabe cómo se maneja. Una persona que no sepa, le toca lo que le toca. El doctor le dice “vea, son sus problemas, usted verá qué hace” y la gente se queda callada. Y se ve mucho, cuando hacen la fila las personas, no saben dónde pararse, qué tienen que hacer... eso creo que es ya más personal</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONE S</p>	<p>Sistema de salud</p>
<p>E: Mjm</p> <p>P#4: Pues yo en lo personal he tenido la fortuna de, pues, lo que es el tratamiento pues, ha sido más bien pues como privado. No tanto con la eps sino más bien como un privado. Entonces me ha ido bien, me ha ido bien. Claro que la eps, eh, digamos que me ha ayudado en el sentido que los medicamentos que me tengo que tomas, eh, pues, me los ha facilitado. Solo pues como viéndolo ahí, me ha parecido bien.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONE S</p>	<p>Sistema de salud</p> <p>Sistema de salud</p>
<p>E: Listo</p> <p>P#1: Yo creo que el sistema es bastante lento y en cuestiones de salud</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONE S</p>	

mental se puede retrasar aún más porque digamos que usted tiene un problema no sé, ehm sí, en los riñones, o lo que sea, y bueno si no lo tratan se va a morir. Pero entonces se puede ver más retrasado algo de salud mental porque no sé va a morir. Bueno, se puede matar de pronto digamos si es algo grave. Pero ellos no ven eso. Entonces es un proceso muy lento. Yo sí he estado pues por la eps siempre y es un proceso demasiado irregular, pues, mantiene cambiando de contratos, o sea. Y todo eso es como, un nudo, pues, como un retraso que le ponen al tratamiento como tal y como, y ese tratamiento que al fin y al cabo yo lo veo como una comprensión de uno mismo, pues habría un retraso en ella. Yo creo que con un mejor tratamiento habría podido entender desde hace mucho muchas de las cosas y sobrellevarlas de mejor manera. Pero debido a eso pues no fue así

E: Ok

P#7: Yo por mi parte, pues, la vez que fui en cuanto a medicamentos fue más por la somatización de lo que tenía pues mentalmente. Era pues la piel, yo fui a hablar más que todo por eso, pero obviamente pues durante todas esas citas con dermatólogo se tenía en cuenta la posibilidad de psiquiatría por eps, pero yo ya estaba trabajando particularmente con alguien en psicología. Pero una vez acepté pues la psiquiatría y bien. Pues me atendieron muy bien, pues, fue como rápido de hecho y todo, solo que no me fue bien con los medicamentos. No en cuanto a reclamarlos, sino que al tomarlos no me sentí bien, entonces los dejé muy rápido. Pero creo que la respuesta fue pues como buena.

<p>Entonces no seguir tomándolos fue una cuestión mía y yo seguí pues trabajando más particularmente con las terapias psicológicas. Y ya la pate física de la piel la seguía trabajando con la eps, pues, me daban todo, droga que es muy cara y eso sí no me faltó.</p>		
<p>E: Listo. Ya para ir finalizando, la pregunta es ¿ustedes qué tanto buscan como acerca de lo que les dicen que tienen? Como que les dan el diagnóstico, qué tanto conocimiento por parte de cada uno hay. Conocer como por vos mismo, Llegan y te dicen: vos tenés, no sé, cualquier enfermedad ¿cierto? Y vos llegás y buscás vos mismo acerca de lo que esto</p> <p>(28) P#5: Es que uno es igual que cualquiera otra persona. Si uno desconoce uno mismo puede hacer como la, cómo es que se dice, como, no, no sé. Como cuando usted juzga el libro por la portada. Usted no sabe lo qué es pero no le interesa buscar, usted va a seguir en lo mismo. Yo creo que cada uno pues, si tiene un problema, uno investiga. Digamos qué hacer si se me daño la licuadora, o el televisor no está cogiendo video. Uno busca cómo arreglar el problema o porqué es el problema para tratar de, pues, comprender si lo puede arreglar o si puede hacer otra cosa. Yo creo que eso es ya de cada quien. Pues, por mi caso, no solo como el interés del estudio, porque también es algo que es en mi vida, alguna que no sé, que no entiendo me gusta buscarla, me gusta saber mucho de todo. Como conocimiento general. Y no solamente cosas que pasaban con mi abuela, con</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Búsqueda por sí mismo</p>

<p>mis perros, sino con todo. Saber como un poquito por lo menos. Mi mamá siendo enfermera cuando tenía la oportunidad de ver las drogas que manejaba, preguntar para qué servía. Había unas en polvo, unas líquidas, había ampollitas, unas que venían en pasta, unas que venían en capsulas, pues, todas esas diferencias...</p>		
<p>E: O sea, ¿por ejemplo tú búsqueda frente a tu diagnóstico ha sido más que todo por curiosidad, con la misma curiosidad que buscarías cualquier otra cosa?</p> <p>(29) P#5: Claro</p> <p>P#4: Por mi parte ha sido más bien, no tanto del diagnóstico, sino de los medicamentos que me han mandado. Porque no me he tomado siempre el mismo. Entonces digamos, cuando digamos ha llegado un nuevo medicamento o sí, el medicamento. Pero nada más</p> <p>P#7: Yo en todos los aspectos pues busco</p> <p>P#1: A mí también me gusta mucho leer al respecto, como, pues, incluso la historia de cómo se descubrió, de todos los tratamientos y todo. Por curiosidad también y porque quizá pueda encontrar algo que me ayude</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONE S</p>	<p>Búsqueda por sí mismo (tratamiento)</p>
<p>E: Ajá. ¿Y por ejemplo ustedes, no sé, cuando les dieron este diagnóstico ustedes sintieron que la persona que se los dio trató o cumplió el fin como de informarles bien de qué se trataba?</p>		

<p>Como que hubo una buena comunicación de esto</p> <p>(30) P#7: Mm no. Pues, en lo que yo esperaba, después de yo haber investigado, pues sí me topé en una ocasión como que no. Pues, hubiera querido como que me explicara, ya después de darme cuenta yo mismo, obviamente tenía que rectificar porque no soy pues médico, entonces hablé con un amigo dermatólogo y me dijo “tenés razón” Y me tenía que haber explicado, pues como que, eh , lo que me mandaron de psiquiatría, eh, influía por ejemplo en la sexualidad y en, sobretodo en eso. Y no me estaba ayudando para lo que yo tenía y decía muy bien, cuando busqué ya bien, decía que era una de las cosas que afectaba por ejemplo. Entonces como que hay un tabú con los médicos con hablar de eso, o no sé. O lo supuse pero igual lo hablé después con el dermatólogo y me dijo, sí, eso pasa. Entonces como que eso, pues, quedé como muy inconforme por ese detalle ahí. Y me ha tocado con otros medicamentos también algo parecido. Entonces, no. Sí siento pues que falta como mejor información</p> <p>P#5: Yo siento que ahí hay algo que influye también es la edad. Porque si por ejemplo uno es menor de edad hablan es con los padres. Y casi no les importa que usted sepa sino que ellos hacerse responsable de lo que pueda pasar. Y que ya cuando usted crece, se vuelve eh mayor, adulto; que se supone que ya usted debería responsabilizarse de usted, por la costumbre, por el hilo como van las cosas. No es que se vayan a poner a repetir lo que habían dicho. Yo creo que eso afecta mucho también</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Psicoeducación (personal médico)</p> <p>edad</p>
--	---	---

<p>E: ¿Alguien más va a decir algo acerca de la pregunta?</p> <p>(31) P#1: Yo creo que en el momento en el que se, pues, a mí me diagnosticaron y empecé a saber al respecto, por mí cuenta, aún era muy pequeña y pues no entendía muy bien las cosas y aparte hubo pues muchos diagnósticos erróneos, por el mismo, pues por todo este proceso que era muy irregular y muy pausado. Entonces pues, no había como casi prácticamente ni tiempo para informar bien al respecto. Entonces yo era más que todo como la que buscaba porque realmente quería saber.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Múltiples diagnósticos</p> <p>Edad</p> <p>Psicoeducación</p>
<p>E: Ok. Bueno y ya esta es la última pregunta y la idea es como que ustedes me comenten si tienen personas o amigos cercanos, personas con las que sientan como esa confianza de hablar, que presente diagnósticos iguales o similares a los suyos ¿cierto? Y en caso de tenerlas ¿qué implica eso para ustedes? Como qué se siente tener esa persona, en caso de que las tengan</p> <p>(32) P#5: Yo creo que yo tengo una facilidad muy grande porque muchas veces las personas que estudian ingeniería tienden a experimentar la ansiedad por todo el estudio, por toda la presión que sienten. Entonces no es como que sea algo como pasado, sino que ya ahí de lo que sienten como en un corto tiempo, a ya experimentarlo pues así... Pero ya así que uno se siente, como hablar, como así, yo creo que uno no es como para eso. O sea, yo a mis amistades no las utilizo para eso. Yo creo que pues, desde mi punto de vista esa parte es como solo médica. Pues no es como</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (Personal médico)</p>

<p>que uno se vaya a desahogar con nadie. Pues como decir “ay, mira estoy...” Uno ya de todo lo que ha convivido pues, y lo que ha vivido, usted trabaja. Esa es la mejor manera para mí para que esto no se expanda mucho</p>		
<p>E: Ok</p>		
<p>P#4: Pues yo tengo un amigo que es muy amigo mío. Em, pero pues que yo sepa él no tiene ningún diagnóstico. De todas maneras él y yo como que sí concordamos en ciertas ideas frente a esos temas. Entonces no sé, él y yo somos como que nos hablamos de esas cosas</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (amigo)</p>
<p>E: ¿Y a vos cómo te hace sentir tener esa persona con la que podés hablar tranquilamente y en confianza de esas cosas?</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Apoyo</p>
<p>P#4: Bien, bien. Pues la verdad eso ayuda.</p>		
<p>P#1: Pues, yo tengo una amiga que no comparte el mismo diagnóstico, pues, no tiene diagnóstico. Pero es una persona que no tiene problema tampoco, ni ha cambiado nunca como su percepción de mí, y siento que le puedo como hacer preguntas sobre lo que sucede, opiniones sobre las cosas, o como a veces mi percepción de las cosas tiende a ser muy exhaustiva lo cual puede distorsionar o al menos que la percepción sea muy distinta a la de otras personas; entonces me gusta como tener la opinión general de ella porque es como la visión de lo que la sociedad normalmente vería y después lo que yo veo. Entonces es como un paso a la realidad. Como “ah, esto quizá lo sobre-pensé demasiado o esto”...y</p>	<p>EMOCIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Bienestar (En referencia al apoyo de una persona amiga)</p>
	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (amigo)</p>

<p>siento que no hay como un estigma de parte de ella, como que sí, se lo toma con naturalidad</p> <p>P#5: Pues, yo creo que de eso se trata la amistad. Pues, yo no sé, yo también hago eso. Yo le pregunto a mis amigos, por ejemplo “ve, estoy hablando con una muchacha, vos qué pensás”. Pero, claro, uno siempre va a tener, uno siempre necesita pues amistades, como gente cercana que le dé la opinión. Porque es que uno tampoco pues se las sabe todas</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Comprensión, apoyo</p>
<p>E: ¿Algo que comentar?</p> <p>(33) P#7: Eh, no sé. Yo llegué un momento donde de estar contando tanto esto, pues que yo lo contaba mucho con, particularmente con dos tres personas, a medida pues que pasaba el tiempo, o días pues de trabajar en lo que estaba, me fui relajando más con eso y ya no hablar más como de eso con esas persona. Pues me di cuenta que ya como que le estaba, o sea, estaba demandando mucho es eso. O sea como que ya se volvía algo como pesado tener que cargar a alguien con algo. Sabiendo que esa persona también tiene sus cosas. Pero digamos que sí he contado con el apoyo de todos modos. Pero sí empecé como a pensar que sí como que no hace falta tener que cargar al otro, pues.</p> <p>E: ¿Sentías de alguna forma que al contarlo estabas poniendo una carga?</p> <p>P#7: Sí, en ocasiones. Sí, sí. Como que ya después como “ya, ya podemos hablar de otra cosa”. Entonces sí, me</p>	<p>CONDUCTAS FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Exteriorización/Comunicación (C.P) (amigo)</p> <p>Cargar a las personas con problemas al contar lo que le pasa</p> <p>Apoyo</p>

<p>fui dando cuenta de eso y como entiendo y de una manera bien. De hecho eso me ayudó a entender como que... o a trabajar más en el proceso, como que eso era también de trabajar un poco como de estar más tranquilo con eso, al mismo tiempo que lo hablaba, sí, yo soltaba, pero ya lo había soltado con otro. Para qué contarle con alguien más, como que ya se volvía que estaba era repitiendo y se volvía más grave el problema. Entonces, sí. Me fui dando cuenta como de eso. Pero igual el apoyo pues y la escucha sí estaba</p>		
<p>E: Listo ¿Alguno tiene algo que decir como en general? No. Listo, gracias</p>		

Grupo focal #2

PREGUNTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIA
<p>Entrevistadora: Listo, bueno la primera pregunta es ¿ustedes qué piensan acerca de la palabra estigma? ¿Con qué lo asocian o que representación tienen de esta palabra?</p> <p>(1) P#3: Como si fuera una marca peye</p> <p>E: ¿Como si fuera una marca peye?</p> <p>P#3: Bueno, y también hay una película que se llama estigma, que a la nena le salen como unas marcas...pues, es como estar marcado, en general</p> <p>P#6: Sí, como una característica propia, no sé, de alguien, pero no siempre como con una connotación buena.</p> <p>E: No siempre con una connotación buena</p>	<p>ESTIGMA</p>	<p>Marca</p>

<p>(3) P#3: Pues no sé, yo creo que no tengo como ninguna experiencia que alguien me haya dicho o se haya acercado a hablarme sobre eso, pues. No, yo creo que más bien se sabe pero no sé, pues como que no se socializa, no se habla en el común, pues uno no se reúne con los parceros a hablar sobre salud mental, mientras que sí puede como “ve, pues, todos tenemos gastritis” o alguna cosa, o “todos tenemos gripa” y se habla. Pero de esas otras cosas, aunque, pues de lo mental se sabe, pero nadie lo discute o lo conversa en su cotidianidad.</p> <p>P#6: Pues yo creería también como eso. En el medio social es como que cada cual tiene que lidiar con eso que es particular o privado de cada sujeto. Entonces cada uno está como con eso pero tampoco es como que... así como decía ella que en ámbito social así como que vamos a sentarnos a hablar acerca de los problemas mentales, no.</p>	<p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p>	<p>Asunto personal (particular o privado)</p>
<p>E: Ok ¿Ustedes asocial al diagnóstico con una etiqueta?</p> <p>(4) P#3: A ver, yo creo que al principio sí. Pues, sí eso, pero no sé si esto se podrá decir, pero sí era como uno de los aspectos principales que tratábamos en la terapia. Pues, mi terapia personal si era algo como “pues, ya sabemos que lo tienes, pero esto no te determina, no es como “eso es lo que X es””. Es como padecer una gripa, uno no dice como tú eres la gripa. O sea, la tienes pero eso no es lo que te determina. En un principio sí, pues cuando recibí el diagnóstico, sí era como “bueno, de ahora en adelante esa va a ser mi, pues, mi identidad sobre todo para el sistema de salud”, que a uno le van a hacer como cualquier intervención y le ponen una manillita que dice “trastorno tal”. Ya no es mi número de cédula sino que mi etiqueta es mi trastorno, pero ya en terapia lo empecé a</p>	<p>ESTIGMA</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Etiqueta</p> <p>Identificación</p>

<p>tratar y a saber que es algo que uno tiene, pero no es lo que uno es.</p> <p>E: Ok</p> <p>P#6: Pues yo creo que a veces es más que todo, a mí me pasaba familiarmente, que como que mis hermanos o mi mamá trataban de definir o entender algún comportamiento mío con eso. Entonces era como que ya todo era referido como “ah no, es porque él tiene eso”. Pero eso sí yo lo consideraba como una etiqueta, porque igual uno puede estar pasando con muchas cosas y uno no es precisamente eso. Como que le digan a uno “ah, no, como está loco”. Entonces eso es como a veces, en mi familia por ejemplo pasaba eso. Y a veces todavía pasa con mis hermanitos que son más chiquitos y eso es como que no entienden eso, a veces a manera de ofensa, eso es como, sí, una etiqueta.</p>	<p>ÁMBITO IMPACTADO</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>ESTIGMA</p>	<p>Familiar</p> <p>Causalidad</p> <p>Etiqueta</p>
<p>E: Listo ¿Cuál ha sido como su experiencia con el sistema de salud mental, el que ofrece las eps y eso, cómo los ha hecho sentir respecto a tener esa condición y tener que para tratarla asistir a este sistema? O ¿cuál ha sido la alternativa?</p> <p>(5) P#3: Bueno, yo creo que, a mí personalmente el sistema de salud nunca me ha... bueno, mi primer diagnóstico sí fue digamos con la eps. Pues, la primera instancia sí fue la consulta de medicina general y hacerme pues como los estudios porque siempre es como “bueno, vamos a ver si es algo de tu cuerpo, si algo está funcionando mal”. Pero más allá de eso, como pues psicoterapia yo nunca recibí por parte de la eps porque siempre era un psicólogo diferente entonces a mí me parecía que era empezar un proceso cada mes o cada dos meses, y no. Entonces en ese aspecto no me ha servido para nada. Y en lo demás es que siempre sentía que me encasillaban, era como “bueno, a esta nena hay que hacerle esto” y</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Sistema de salud</p>

<p>ya no era mi número de cédula sino que siempre me pasaban como una manillita azul donde decía como el trastorno que tenía y me sentía como rara. Pero no siento que me haya servido para nada más que el diagnóstico inicial, de resto no, como acompañamiento no.</p> <p>P#6: Pues, eh, la experiencia con el sistema de salud...</p>		
<p>E: Cómo te ha hecho sentir... pues, porque cada experiencia es distinta, por ejemplo en el caso de ella menciona que solo fue necesario en cuanto al diagnóstico inicial, pero después no recibió ningún tipo de acompañamiento, puesto, las citas eran muy distanciadas, siempre era con una persona diferente, entonces...</p> <p>(6) P#6: Pues, no, mi experiencia fue en un principio digamos que cuando yo empecé a dar los primeros signos de alarma, pues siempre trataban de llevarme al psicólogo, al psiquiatra. Pues, al psicólogo primero, Luego me enviaron a un psiquiatra y yo ya ahí ya tenía como un estigma con esa palabra psiquiatría, entonces yo tenía como 17 años y yo dejé de ir a la citas, yo creo que yo no le dije a mis papás, porque yo siempre iba solo a esas terapias, entonces yo les decía “voy a ir a la terapia” y ya no iba más. Y ya después de eso, eso fue primero en el san vicente, cuando tenía como 16 o 17 años, y luego cuando tuve una crisis que me tuvieron que hospitalizar y eso, fue cuando me dieron el diagnóstico. Primero era como que no sabía tampoco qué y ya después como “nada, usted tiene esto y tiene que tomarse esas pastillas, tiene que hacer eso, bueno sí. Tiene que pedir unas citas cada tanto” Y yo como “bueno, voy a hacer esto” y ya yo empecé a tomarme las pastillas y a seguir el tratamiento pero las citas por ejemplo en el sistema de salud, y la eps que yo tenía en ese momento, eso era muy difícil. Yo solo fui como una vez que</p>	<p>ESTIGMA</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Prejuicios</p> <p>Sistema salud mental</p>

<p>primero tenía que ir donde el psicólogo y las órdenes de psiquiatría siempre quedaban como... tenía que estarlas renovando porque nunca había citas, entonces pues no, yo renuncié a ese tratamiento y yo seguí pues, como yo por mi cuenta y ya ni siquiera es algo como que yo vaya al médico y diga “ah no, es por el diagnóstico, por la esquizofrenia”, no nada. Yo voy por otras cosas, nunca voy por eso.</p> <p>E: Ok ¿Y en esa medida a vos, esa experiencia así de que las citas sean tan distanciadas, o que haya que manejar esas órdenes y renovarlas, ha generado como algún sentimiento o pensamiento en vos respecto a eso? O sea ¿te ha hecho sentir de alguna forma?</p> <p>P#6: No, pues, me ha hecho sentir como que tengo que afrontarlo yo mismo, como que tengo que utilizar otros métodos y otras cosas.</p>		
<p>E: Ok ¿Qué tanto buscan ustedes mismo de ese diagnóstico que en un primer momento les dijeron que tenían? ¿Qué tanta como autonomía en cuanto a saber qué se tiene?</p> <p>(7) P#3: ¿Pues, como buscar el google?</p> <p>E: Sí...</p> <p>P#3: Bueno, yo creo que no, porque por ejemplo en mi caso yo sí creo que los síntomas pues en mi caso que sí eran como ese desgano o que a veces tenía muchas ganas de comer pues yo lo asociaba con otro tipo de cosas porque por ejemplo yo siempre, desde muy pequeña yo sufro de gastritis entonces pensaba que eso era normal y todo tendía a normalizarlo, como “esto debe ser normal, esto debe ser normal”. Entonces nunca, en realidad, hasta el día de hoy yo nunca he hecho una búsqueda así en google porque me da mucho susto, es como que me</p>		

<p>siento más paniqueada porque se me viene como una ola de información a la que de pronto no me puedo enfrentar. Yo creo que mi única fuente de información han sido los profesionales a los que he consultado. Y ahí, pues, me quedo ciegamente, como que no busco nada más porque siento que de pronto no voy a ser capaz de enfrentarme a toda esa información adicional o a saber si eso es cierto o no, o si lo estás sobredimensionando o no.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Búsqueda por sí mismo</p> <p>Psicoeducación</p>
<p>E: Listo ¿Y vos?</p> <p>(8) P#6: Pues, no sé. Como, yo la verdad trato como de identificarme con eso, aunque yo ya sé ese diagnóstico yo a veces pienso como no, tanto diagnósticos que de pronto pueden estar equivocados y yo no tengo nada, pues, como que trato de convencerme a mí mismo y de hacer cosas. Pero hay veces que yo siento como algo, como “uy, parece, algo en mí no está bien”, como mera vuelta. Pero siempre es como, en cierta medida sí, porque yo digo como bueno, con ese diagnóstico puedo explicar muchas cosas que yo antes no entendía y que antes me llevaban como a otro estado mucho más alterado. Y ya ahora yo digo como yo las puedo concentrar en otra cosa o saber que eso que me está pasando es por eso. Entonces en cierta medida pues sí trato como de explicarme y eso es como algo que lo condiciona también a uno a entender, a entenderse. No, yo digo, si uno actúa así también puede ser por eso, pero puedo mejorarlo, ya lo rastreo, entonces ya como “bueno, esto es por esto”. Pero no, entonces es como sí, tratar de...pues, no sé. La pregunta, yo sí creo como que eso sí me condiciona a veces.</p>	<p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p> <p>COGNICIONES FRENTE A LO QUE LE SUCEDE</p> <p>DX Y SUS IMPLICACIONES</p>	<p>Identificación</p> <p>Algo está mal con él</p> <p>Causalidad</p>
<p>E: Ok. Y ya la última pregunta es ¿si ustedes tienen amigos o personas cercanas con diagnósticos similares o iguales, con los que ustedes cuentan? y en caso de tenerlos ¿si</p>		

<p>esto ha implicado en la relación con su experiencia?</p> <p>(9) P#3: Bueno, digamos que yo sí tengo, un familiar pero es un diagnóstico diferente. Y también tengo un amigo que tiene, pues, como el mismo diagnóstico que yo pero el de él ya es como severo o crónico, no sé cuál será el nombre adecuado. Eh, pues a ver, yo siento que con el parcerero que tenemos lo mismo, padecemos lo mismo; lo que ha hecho es más que uno se sienta acompañado, porque uno a veces se siente muy solo y siente como “¿soy la única persona del mundo a la que le pasa esto?”. Y cuando encuentra que hay otras personas que padecen lo mismo y son personas funcionales, aunque a veces les cueste más que a otras o lo que sea, pues uno sí se siente como más acompañado y es como sentir esa empatía, de que alguien se puede poner en tu lugar en serio. Porque hay otras personas que lo intentan pero no... es que cuando uno no siente eso como en su propia piel, no es tan fácil ponerse en ese lugar, porque uno no puede dimensionar las cosas que una persona como yo o como él sienten, sentimos. Entonces yo creo que a ver, la relación sí ha sido más como de esa empatía y de uno sentirse acompañado y de saber pues que él puede recurrir a mí sin sentir que lo voy a juzgar o que no lo voy a entender el todo.</p> <p>E: Sí...</p> <p>P#6: Pues, yo tengo una amiga que tiene como problemas en la relación o algo así que tiene. Y estaba yendo a terapia y me estaba contando cómo se sentía, pues, como que estaba muy deprimida y ya. Pero eso no lo relaciono como con lo que a mí me pasaba. Pero, ella... como que ella sabe que a mí me pasó eso y ella trata de contarme cómo se siente y eso, pero yo a veces siento que no, pues como que no soy bueno para ayudarla,</p>	<p>RESPUESTA DEL ENTORNO</p>	<p>Apoyo/Acompañamiento</p>
--	------------------------------	-----------------------------

<p>yo le digo que vaya a terapia y ya. Pero también por la relación que ella tiene. Yo también trato de estudiar los comportamientos de ella y porqué le pasa eso, y es también por esa relación y ella sabe. Entonces sí, como que no me meto ahí en otras cosas. Pero sí, le digo que vaya a terapia</p>		
<p>E: Ok. Bueno, está bien. Listo, esa era todo. Muchísimas gracias.</p>		