

Tania Fabregat Fibla
Ana Magdaleno Morcillo

**ESTUDIO CUALITATIVO DE CASOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL
NIVEL DE SALUD MENTAL POSITIVA Y LA VIVENCIA DE ENFERMEDADES
FÍSICAS Y MENTALES**

Dirigido por la Dra. Laia Raigal Aran

Grado en Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2019

Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. Introducción.....	7
2. Marco teórico	9
2.1. Principios de la psicología positiva.....	9
2.2. Salud Mental Positiva	10
2.2.1. Modelo de Salud Mental Positiva de Marie Jahoda	10
2.2.2. Nuevo modelo de Salud Mental Positiva de Maria Teresa Lluch	11
2.2.3. Promoción de la salud mental positiva	12
2.3. Afrontamiento de la enfermedad.....	13
2.3.1. El duelo según Kübler-Ross	13
2.3.2. Afrontamiento y Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska-Diclemente).....	15
2.3.3. La resiliencia	16
3. Objetivos	19
4. Hipótesis	21
5. Metodología	23
5.1. Diseño del estudio	23
5.2. Muestra-casos del estudio	23
5.2.1. Técnicas de recogida: la investigación cualitativa.....	24
5.2.2. La entrevista.....	25
5.3. Consideraciones éticas	26
6. Resultados	27
7. Discusión.....	41
8. Conclusión	45
9. Cronograma	47
10. Bibliografía	49
11. Anexos	51

Anexo 1. Estructura de la entrevista	51
Anexo 2. Modelo de Consentimiento Informado	53
Anexo 3. Entrevistas.....	54
Anexo 3.1. Entrevista caso 1.....	54
Anexo 3.2. Entrevista caso 2.....	61
Anexo 3.3. Entrevista caso 3.....	67
Anexo 3.4. Entrevista caso 4.....	75
Anexo 4. Modelo de cuestionario definitivo de M. ^a Teresa Lluch	81
Anexo 5. Cuestionario SM+ contestado por los entrevistados	83
Anexo 5.1. Cuestionario SM+ entrevistado 1.....	83
Anexo 5.2. Cuestionario SM+ entrevistado 2.....	85
Anexo 5.3. Cuestionario SM+ entrevistado 3.....	87
Anexo 5.4. Cuestionario SM+ entrevistado 4.....	89
Anexo 6. Tabla de resultados: Factores de SM+ encontrados en las entrevistas.....	91
Anexo 6.1. Tabla de resultados entrevistado 1.....	91
Anexo 6.2. Tabla de resultados entrevistado 2.....	92
Anexo 6.3. Tabla de resultados entrevistada 3.....	93
Anexo 6.4. Tabla de resultados entrevistada 4.....	94

Resumen

Introducción: La salud mental positiva (SM+) representa un elemento muy importante en la capacidad de afrontamiento de las personas. La evaluación de esta en personas con patologías físicas y/o mentales puede ser interesante y ayudar a entender mejor como influencia en el afrontamiento de las enfermedades.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es tratar de enfatizar el papel de la SM+ en el proceso de enfermedad y descubrir si existe alguna diferencia en cuanto al afrontamiento de la misma según el tipo de enfermedad y su estado en el momento del estudio.

Metodología: Se ha seleccionado un método cualitativo de estudio de casos mediante entrevistas, y se han escogido a cuatro personas por criterio de comodidad. Dos de ellas padecen o han padecido una enfermedad somática, y las dos restantes, una enfermedad mental. Además, se ha facilitado un cuestionario evaluativo del nivel de SM+ en base a la tesis doctoral de Maria Teresa Lluch.

Resultados: El nivel de SM+ del primer entrevistado es superior al del resto de casos. Se ha observado que los entrevistados que se encontraban en fase de aceptación del modelo de Kübler-Ross presentaban un mayor nivel del SM+. En tres de los cuatro casos estudiados, se muestra coherencia entre los resultados obtenidos a través de las entrevistas y la puntuación obtenida a través del cuestionario evaluativo de SM+ extraído de la tesis doctoral de Maria Teresa Lluch.

Conclusiones: El nivel de SM+ en los entrevistados tiende a disminuir cuando la patología que estos sufren se encuentra en fase activa o se muestra acompañada de una sintomatología depresiva. Por este motivo, se concluye que en futuros estudios se debería abordar la relación existente entre la sintomatología depresiva y las dificultades que esta presenta para desarrollar una SM+.

Palabras clave: Salud Mental Positiva, afrontamiento, duelo, cambio, enfermedad

Abstract

Introduction: Positive mental health represents a very important element in the coping capacity of people. The evaluation of this topic in people with physical or mental pathologies can be interesting and help to understand better as an influence in the coping of diseases.

Objectives: The objective of our work is to try to emphasize the role of positive mental health in the disease process and to discover if there is any difference in coping according to the type of disease and its state at the time of the study.

Methodology: A qualitative method of case study has been selected through interviews, and four people have been chosen based on comfort criteria. Two of them suffer or have suffered a somatic disease, and the other two, a mental illness. In addition, an assessment questionnaire of the level of positive mental health was provided based on the doctoral thesis of Maria Teresa Lluch.

Results: The positive mental health level of the first respondent is higher than the rest of the cases. It has been observed that the interviewees who were in the acceptance phase of the Kübler-Ross model presented a higher positive mental health level. In three of the four cases studied, coherence was shown between the results obtained through the interviews and the score obtained through the positive mental health evaluation questionnaire extracted from the doctoral thesis of Maria Teresa Lluch.

Conclusions: The level of positive mental health in the interviewees tends to decrease when the pathology that these suffer is in active phase or is accompanied by a depressive symptomatology. For this reason, it is concluded that future studies should address the relationship between depressive symptomatology and the difficulties it presents to develop a positive mental health.

Keywords: Positive mental health, coping, duel, change, disease

1. Introducción

Es habitual, cuando se trata sobre el término 'salud', asociarlo a la mera ausencia de enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (2014), la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

De la misma manera, en cuanto a la experiencia vital de padecer una enfermedad, tendemos a focalizarnos en la patología en sí y no en el paciente y cómo este lo está viviendo y afrontando a nivel personal. En estos últimos años, esta visión en cuanto al paciente ha ido evolucionando, y es mayor la importancia que se le otorga a la SM+, teniendo así una percepción más holística de la propia persona.

Son muchos los estudios que defienden que un buen nivel de SM+ y de bienestar personal pueden afectar positivamente al transcurso de las enfermedades. Por ejemplo, Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez (2009) explican: "Tanto si es evaluado desde una perspectiva hedónica como eudaimónica, el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades, permitiendo posiblemente un incremento en la esperanza de vida".

A nivel personal, es un tema que a ambas nos llamaba mucho la atención desde el principio, puesto que consideramos la salud mental en general un campo muy interesante y sobre el que suele faltar información. Además, siempre nos ha interesado también la rama de la psicología dentro de la enfermería, creyendo así su vital importancia en el trato con el paciente.

Por ese mismo motivo, decidimos elegir la SM+ y el afrontamiento de enfermedades como el tema central de nuestro proyecto. El objetivo principal de este trabajo es investigar la relación entre ambos conceptos, averiguando así su influencia en el desarrollo de una enfermedad tanto física como mental.

2. Marco teórico

2.1. Principios de la psicología positiva

La psicología positiva tiene como finalidad mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas, evitando así el debut de posibles enfermedades físicas y/o mentales y ayudándonos a desarrollar herramientas a nivel emocional para poder afrontar de manera adecuada las adversidades.

Una de las funciones de la psicología positiva es tratar de descentralizar la propia patología en el tratamiento de la enfermedad, y desarrollar otros aspectos también cómo puede ser la promoción de la SM+.

Un ejemplo de esto es: los trastornos depresivos, parecen estar deficientemente explicados por la presencia de emociones negativas en los sujetos que los padecen. La depresión no sólo es presencia de emociones negativas, sino ausencia de emociones positivas. Así pues, cualquier psicoterapia o intervención educativa debería incluir la estimulación de emociones positivas como por ejemplo la alegría, ilusión, humor, amor o esperanza (Caruana, 2010).

Según la teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas de Fredrickson (2001), se observan tres efectos producidos por las emociones positivas. Estos son la ampliación, la construcción y la transformación. En su teoría, el autor argumenta que la presencia de emociones positivas aumenta nuestros recursos a nivel emocional y puede llegar a provocar cambios en la actividad cognitiva, y posteriormente, también en la física (como podría ser el manejo de una enfermedad). Así mismo también explica que la vivencia de este tipo de experiencias es una especie de imán para otras del mismo índole, atrayendo así buenas vivencias y creándose de esta manera un 'espiral positivo'.

Por lo tanto, entendemos la psicología positiva cómo el estudio de los rasgos personales positivos de cada persona y su conjunto de experiencias. Para ello, se debe recalcar que no se trata de cambiar el énfasis del estudio de la ausencia de enfermedad o experiencias negativas a la presencia de salud o de experiencias positivas, sino que se intenta abordar a cada individuo de una manera integradora, objetiva y holística.

2.2. Salud Mental Positiva

2.2.1. Modelo de Salud Mental Positiva de Marie Jahoda

La SM+ engloba la salud física, mental y social según la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014). Es un concepto, que desde que surgió despertó la curiosidad de varios autores puesto que era un término desconocido hasta la fecha.

Jahoda (1958) fue la primera autora en investigar más profundamente la SM+ y crear un modelo sobre esta. Desde 1958, este modelo ha servido como referencia para todos aquellos que compartían una visión global de la salud mental, considerándola algo más que la ausencia de enfermedad.

Marie Jahoda estudió este campo desde una perspectiva psicológica, remarcando la importancia de tener una buena salud física, pero sin ser esto un requisito indispensable para tener una correcta salud mental. Este modelo ha sido una herramienta para poder evaluar también de manera orientativa un “diagnóstico” sobre el nivel de SM+.

El trabajo de Jahoda pretende señalar la importancia de la promoción de la salud mental teniendo en cuenta más aspectos que no únicamente la prevención de la enfermedad. El modelo consta de seis criterios generales como se muestra a continuación en la tabla 1.

Factores generales	Subfactores
F1: Actitudes hacia sí mismo	F1.1: Accesibilidad del yo F1.2: Concordancia Yo real: Yo ideal F1.3: Autoestima F1.4: Sentido de identidad
F2: Crecimiento y autoactualización	F2.1: Motivación por la vida F2.2: Implicación en la vida
F3: Integración	F3.1: Resistencia al estrés
F4: Autonomía	F4.1: Conducta independiente
F5: Percepción de la realidad	F5.1: Percepción objetiva F5.2: Empatía o sensibilidad social
F6: Dominio del entorno	F6.1: Satisfacción sexual F6.2: Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre F6.3: Adecuación en las relaciones interpersonales F6.4: Habilidad para satisfacer las demandas del entorno F6.5: Adaptación y ajuste F6.6: Resolución de problemas

Tabla 1. Factores y subfactores del modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda (1958)

2.2.2. Nuevo modelo de Salud Mental Positiva de María Teresa Lluch

María Teresa Lluch, en 1999, decidió reformar el modelo de SM+ creado por Jahoda en el año 1958. Lluch, defendía que algo tan importante como era este modelo para el concepto general de salud no podía limitarse al estudio teórico y permanecer en una teoría que no había sido actualizada desde hacía más de veinte años.

Por ese mismo motivo, en su tesis doctoral 'Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva', propone una actualización de esos factores y una aplicación práctica de los mismos mediante un cuestionario de medición del nivel de SM+ que consta de 39 preguntas y que es el que en nuestra parte práctica del trabajo hemos facilitado a los entrevistados (Anexo 5). Este cuestionario a pesar de tener una valoración numérica, va a estar evaluado de manera objetiva ya que cada ítem se relaciona con uno de los seis factores de SM+ explicados a continuación:

2.2.2.1. Factores de salud mental positiva

A continuación, se exponen los factores de SM+ que expone Lluch (2015):

- **Factor nº1:** Satisfacción personal: En este factor se incluyen el autoconcepto, la satisfacción con la vida personal y con las expectativas de futuro.
- **Factor nº2:** Actitud prosocial: Se basa en una actitud abierta y activa hacia la sociedad, la aceptación de las diferentes formas de pensamiento, una conducta altruista y de ayuda mutua hacia los demás.
- **Factor nº3:** Autocontrol: Hace referencia al equilibrio y control emocional, a la capacidad y tolerancia de adaptación al estrés en situaciones conflictivas y/o ansiedad.
- **Factor nº4:** Autonomía: Contempla la autorregulación de la propia conducta, la capacidad de propio criterio, la seguridad personal e independencia.
- **Factor nº5:** Resolución de problemas y actualización: Incluye una actitud de aprendizaje y crecimiento continuo, la habilidad para poder solventar los problemas y gestionarlos, poder de toma de decisiones y capacidad de crítica y análisis.
- **Factor nº6:** Habilidades de relación interpersonal: Se basa en la capacidad de establecer vínculos y relaciones interpersonales, y en la habilidad de empatía y escucha activa.

2.2.3. Promoción de la salud mental positiva

Como se menciona anteriormente, el concepto de salud se entiende como una “ausencia de enfermedad, vivir sin dolor ni sufrimiento” pero en el transcurso de los años, la OMS definió salud como un “estado de bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, 2014). A partir de aquí, surgió un concepto importante que representa la promoción de la salud mental: la SM+.

M. ^a Teresa Lluch explica que los seis factores de su modelo de SM+ (nombrados anteriormente en el punto 2.2.2.1.) son indispensables para crear intervenciones de promoción en su promoción. Remarca la importancia de instaurar dicha promoción como responsabilidad en los cuidados de enfermería (2015).

Además, plantea diez recomendaciones a seguir para ayudar a promocionar una buena SM+ propia y a las personas de nuestro alrededor. Son las siguientes (Lluch, 2015):

1. Valorar positivamente las cosas buenas que tenemos en nuestra vida.
2. Poner cariño a las actividades de la vida cotidiana.
3. No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás.
4. No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida.
5. Tomar consciencia de los buenos momentos que pasan en nuestra vida cuando están pasando.
6. No tener miedo de llorar y sentir.
7. Buscar espacios y actividades para relajarnos mentalmente.
8. Intentar ir resolviendo los problemas que nos vayan surgiendo.
9. Cuidar nuestras relaciones interpersonales.
10. No olvidarse de pintar la vida con humor para que esta tenga más color.

Se pueden emplear de forma individual o conjuntamente. Cuantas más recomendaciones llevemos a cabo en nuestro día a día, más reforzaremos nuestra SM+.

2.3. Afrontamiento de la enfermedad

2.3.1. El duelo según Kübler-Ross

El duelo se puede definir como la experiencia de una persona después de sufrir una pérdida o como la adaptación a esta pérdida (Worden, 2004).

Elisabeth Kübler-Ross fue una psicóloga y escritora, pionera en la investigación con enfermos terminales y la relación que tenían con el duelo anticipado. Por este motivo, escribió su famoso libro “*Sobre la muerte y los moribundos*” donde muestra por primera vez las cinco fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 1993).

En su libro explica que, a pesar de las cinco fases, no todas las personas tienen porque pasar por todas estas, algunas se mantienen estancadas en una etapa específica. “El proceso de dolor siempre lleva consigo algo de ira” (Kübler-Ross, 1993) y el duelo no puede ser aplicado únicamente para una enfermedad, si no para una pérdida de algo significativo, ya sea un ser querido, un trabajo, etc. Y remarca la importancia del papel de profesionales de la salud para poder ayudar a sobrellevar mejor este proceso.

A continuación, se muestran las cinco etapas del duelo reflejados en su libro:

Primera fase: negación y aislamiento

En esta fase, al comunicarle a la persona la pérdida de salud, ésta pasa por un estado de shock del que se va recuperando paulatinamente. Cuando esta sensación empieza a desaparecer, la respuesta común que suelen dar es: “No, no puedo ser yo”. Es un proceso difícil hacerse consciente que hay que afrontar dicha enfermedad o incluso la muerte.

Comenta que la negación, por lo menos la negación parcial, es usual en la mayoría de las personas, y no solo en la primera fase de la enfermedad, sino también en las fases posteriores. La negación se utiliza como un mecanismo de defensa que será reemplazado por una aceptación parcial.

La permanencia de la primera etapa dependerá de varios factores: de cómo se comunique, del tiempo que disponga para reconocer lo comunicado y de los mecanismos de afrontamiento que haya adquirido a lo largo de su vida en situaciones críticas.

Segunda fase: ira

Cuando ya no se encuentran en la primera etapa, empiezan a mostrar sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. A partir de ahí, la mayoría se hacen la misma pregunta: “¿Por qué yo?” “¿Qué he hecho mal?” y se encuentran en la segunda fase del duelo: la ira.

Kübler-Ross explica que los pacientes intentan encontrar un motivo por el cual sentir culpa, vergüenza, hecho que les haga disminuir el dolor que sienten. Además, esta fase es más complicada de desafiar para la familia y personal sanitario ya que la ira se proyecta en contra de las personas que les rodea, y se encuentran más susceptibles a cualquier evento.

Recalca la importancia de escuchar a las personas que están pasando por esta fase y aceptar su enfado, ya que al manifestarlo pueden sentirse mejor y aceptar mejor el proceso de enfermedad.

Tercera fase: negociación

En esta fase, se intenta revertir el proceso de la enfermedad con el cambio de acciones anteriores con la intencionalidad de ser beneficiados. Un ejemplo podría ser: “No voy a enfadarme más si me dejas vivir”, donde se pretende hacer, normalmente, un pacto con entidades divinas o sobrenaturales con tal de provocar que la enfermedad no avance o que la muerte no se produzca a cambio de transformar el estilo de vida. Este proceso no suele perdurar largo tiempo ya que no encaja con la realidad.

Cuarta fase: depresión

Después de pasar por la fase de negación y de ira, surge la cuarta fase: la depresión. Esta depresión no es tratada como el trastorno mental, pero sí con varios síntomas que éste incluye. La persona empieza a experimentar una gran sensación de pérdida dada por la enfermedad, donde se encuentra en un proceso de crisis existencial.

En esta etapa, las personas se empiezan a aislar de la gente que le rodea y para poder llegar a superarla, deben aprender a vivir y aceptar la pérdida que conlleva la enfermedad.

Quinta fase: aceptación

La última fase: aceptación. No es fácil llegar a esta fase porque requiere un duro proceso que hemos podido ver anteriormente. No significa que para llegar al proceso de aceptación haya que pasar por negación, ira, negociación y depresión, pero sí mínimo por una de estas. La aceptación no es una fase feliz, es un estado de calma que se asocia al conocimiento de que la muerte y otras pérdidas, ya sean producidas por enfermedad o no, son acontecimientos que ocurren, en ocasiones, sin ninguna razón en la vida humana.

Esta fase se asocia con la irremediable pérdida y con lo que conlleva el proceso del duelo.

2.3.2. Afrontamiento y Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska-Diclemente)

El afrontamiento de una experiencia negativa o una situación adversa, además de un proceso de duelo, también requiere una asimilación de cambio. Es decir, en nuestro caso en particular, cualquier persona a la que acaben de diagnosticar una enfermedad, si quiere adaptarse y aprender a vivir con ella, precisará también de un proceso de cambio.

Según Mario et al. (2009), el cambio es un proceso individual y personal que requiere de la motivación de la propia persona para ser realizado. No podemos efectuar un cambio por otra persona si esta no lo desea, pues no permanecerá.

James Prochaska y Carlo Diclemente crearon el modelo Transteórico del Cambio (García-Allen, 2019). El modelo, explica las distintas fases por las que una persona pasa durante el proceso de cambio en su vida, teniendo en cuenta el nivel de motivación e intención de cambio. Este modelo se ha aplicado en muchos ámbitos (drogadicciones, cambios en los estilos de vida, afrontamiento de sucesos trágicos...). Una de las ventajas de este es que incluye la posibilidad de recaída, es decir, es posible que una persona retroceda en alguna de las fases, pero eso no significa que no pueda lograr el cambio. Esto ayuda a las personas a que sean conscientes de su propia capacidad y se empoderen para lograr sus objetivos y poder asimilar los cambios positivos en su vida, además la aceptación del fracaso como método para mejorar la autoconfianza (sentir que también puedes fallar).

Etapas del Modelo Transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente

1) Precontemplación: Etapa en la que la persona no es consciente de tener un problema y tampoco existe la intención de cambiar. Es posible que la persona se encuentre en esta fase por desconocimiento sobre las consecuencias de su comportamiento o bien la falta de conciencia sobre el mismo. A menudo se pueden observar mecanismos de defensa como la negación o la racionalización.

2) Contemplación: La persona empieza a concienciarse sobre su propia situación y a plantearse si debería hacer algo para establecer el inicio de un cambio en un futuro cercano. En esta fase suelen incluirse la medición de los pros y los contras del cambio a realizar. Todavía no se ha tomado ninguna decisión al respecto.

3) Preparación: En esta etapa, la persona ya ha tomado una decisión de cambio y trata de empezar a ejercer los primeros pasos hacia el cambio. El cambio está previsto en el futuro mediato (próximos 30 días).

4) Acción: Aquí ya se ha iniciado definitivamente el cambio. Se ejecutan cambios objetivos y medibles. Esta fase suele comprender entre 1 y 6 meses. Esta etapa se podría reconocer como la más complicada por el potencial riesgo de recaída que presenta.

5) Mantenimiento: El cambio ya está instaurado en la nueva rutina. Se caracteriza por el intento de estabilización del cambio ya formado. Se trabaja de manera activa la prevención de recaída. Esta etapa debe permanecer como mínimo 6 meses después de la instauración del cambio.

2.3.3. La resiliencia

Según la RAE, definiríamos el término resiliencia como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. Este concepto ha despertado mucho interés en los últimos años en torno al concepto de SM+.

La resiliencia es, por lo tanto, una herramienta clave a la hora de poder afrontar situaciones negativas a lo largo de nuestra vida, como podría ser el diagnóstico y curso de una enfermedad. Ha sido demostrada la estrecha relación y el vínculo que existe entre las emociones positivas y la capacidad resiliente de las personas.

Esto demuestra que la vivencia de experiencias positivas provoca o fomenta el desarrollo de estrategias de autorregulación de las experiencias negativas, estresantes o adversas, proporcionando así un estilo de afrontamiento adaptativo (Tugade, Fredrickson y Feldman, 2004). Fredrickson (2001) también defiende que la vivencia de experiencias positivas puede provocar cambios en nuestra actividad cognitiva y esfera conductual, cosa que puede ayudar al desarrollo de recursos personales (físicos, psicológicos y sociales) para afrontar situaciones difíciles o problemáticas.

“...y se la entiende como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”

(Grotberg, 1998)

Según Melillo (2003), existen los denominados pilares de la resiliencia, que son los factores de los que podemos disponer y que nos ayudan a afrontar las adversidades con éxito. Estos son:

- Autoestima consistente
- Introspección
- Independencia
- Capacidad de relacionarse
- Iniciativa
- Humor

- Creatividad
- Moralidad
- Capacidad de pensamiento crítico

Si nos fijamos, estos pilares de la resiliencia propuestos por Melillo tienden a parecerse a algunos de los factores de SM+ expuestos por Lluch (1999) en su tesis doctoral.

3. Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de nuestro trabajo es conocer cuál es la relación entre SM+ de los entrevistados y la vivencia de sus respectivas enfermedades, según su estado en el momento del estudio y si estas son físicas o mentales.

Objetivos específicos

- Explorar el relato de los entrevistados con los factores del modelo de SM+ de Maria Teresa Lluch
- Examinar en qué fase de duelo según el modelo de Kübler-Ross se encuentran los entrevistados
- Identificar en qué proceso del modelo de afrontamiento Transteórico del Cambio se encuentra cada uno de los entrevistados
- Determinar cuáles son los factores del modelo de SM+ de Maria Teresa Lluch más presentes en los entrevistados durante el proceso de enfermedad
- Averiguar si existe una coherencia entre el nivel de SM+ obtenido a través del cuestionario definitivo propuesto por Maria Teresa Lluch en su tesis doctoral y el análisis de las entrevistas

4. Hipótesis

La SM+ de una persona que sufre o ha sufrido una enfermedad está condicionada por el tipo de enfermedad (mental o física), por su vivencia ante dicha enfermedad (fase de duelo según Kübler-Ross), así como su posición (afrentamiento Transteórico del Cambio) ante la enfermedad.

5. Metodología

5.1. Diseño del estudio

El proyecto se ha llevado a cabo con metodología cualitativa. Para realizar este proyecto, se decidió utilizar el estudio de casos, ya que, en función de los objetivos establecidos, fue el que mejor permitió conocer cuáles son las perspectivas de los entrevistados sobre la propia enfermedad y la manera de afrontamiento que han utilizado o utilizan. Así, se trató de abordar cada caso holísticamente y realizar una función interpretativa y posteriormente evaluativa.

Los estudios de casos tienen como característica básica que tratan un tema en profundidad, donde éste puede ser una persona, un grupo, una organización o una institución (Muñiz, 2004). Como técnica principal, se eligió la entrevista semiestructurada abierta, con la que se pudieron conocer las vivencias de estas personas sobre la enfermedad de una manera más próxima y así alcanzar los objetivos fijados al principio.

5.2. Muestra-casos del estudio

La población utilizada para el estudio de casos fue de cuatro personas que padecen o han padecido una enfermedad física o mental. Previamente se les solicitó su colaboración de manera voluntaria y se les hizo firmar un consentimiento informado (Anexo 2). Los casos fueron seleccionados por conveniencia/proximidad siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión que se exponen a continuación:

Criterios de inclusión

- Adultos entre 40-60 años
- Diagnóstico actual o pasado de una enfermedad física o mental, considerándose esta como la enfermedad más importante padecida
- Proximidad geográfica y accesibilidad
- Criterio de comodidad: casos que nos haya podido resultar más accesibles, ya sea por cercanía, complejidad o abordaje social

Criterios de exclusión

- Adultos de menos de 40 años o de más de 60 años de edad
- Adultos diagnosticados de enfermedades mentales no cognitivamente capacitados para contestar a las preguntas formuladas en la entrevista

- Haber padecido enfermedades físicas y mentales consideradas por la persona de igual importancia

Resumen de los casos escogidos

Se logró reunir a dos personas con una enfermedad física y dos personas con una enfermedad mental, para poder obtener más información y veracidad para la elaboración de nuestro proyecto.

A continuación, se presenta un breve resumen de los casos, codificándose estos por casos enfermedades mentales (M) y casos enfermedades físicas (F). Se presentan por orden en que se realizaron dichas entrevistas:

F1: El primer entrevistado es un hombre de 58 años. Hace 10 años, le diagnosticaron neoplasia de vejiga y de próstata. Después de las intervenciones quirúrgicas y varias sesiones de quimioterapia y radioterapia, actualmente, se encuentra en fase de remisión.

F2: El segundo entrevistado es un hombre de 47 años. Hace 7 años le diagnosticaron discopatía severa con afectación de la L2 a S1. Sufrir una enfermedad degenerativa crónica ha supuesto un gran cambio en su vida.

M1: La tercera entrevistada es una mujer de 59 años. Hace varios años fue diagnosticada de depresión. La paciente ha estado en terapia psicológica y farmacológica. Actualmente se encuentra en fase de remisión.

M2: Y, por último, la cuarta entrevistada es una mujer de 46 años. Hace años le diagnosticaron depresión. Ha tenido varios intentos de suicidio. En la actualidad, presenta sintomatología psicótica y continúa con dicha patología.

5.2.1. Técnicas de recogida: la investigación cualitativa

Como ya se ha mencionado anteriormente, el método de estudio elegido fue la investigación cualitativa. El análisis cualitativo intenta reflexionar sobre la información recopilada en el estudio, y en este caso, esta información fue obtenida a través de la entrevista semiestructurada. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa se distingue por el subjetivismo, el investigador y lo investigado. Ésta última es más subjetiva, más explicativa que confirmadora, más descriptiva que explicativa y más interpretativa que positivista (Ramírez, 2014).

Es por ese mismo motivo que el objetivo de este trabajo no se ha basado en descubrir datos técnicos o epidemiológicos concretos o desconocidos hasta la fecha, si no en poder interpretar la SM+ de la población estudiada (diagnosticada de una enfermedad) y ver si esta

varía y de qué manera según el tipo de enfermedad que padezca y el momento de las fases de cambio y de duelo en las que se encuentren. Esto, no es algo a lo que podamos dar una respuesta concreta, como si de una suma se tratase.

La característica principal del análisis cualitativo es esa voz propia e inevitablemente crítica, que pasa por el filtro del investigador. Es, por lo tanto, el resultado de la suma los datos extraídos y la manera de interpretarlos del que los trabaja. Con este modo de trabajo, se dio también la oportunidad a los participantes de expresar su particular vivencia de la enfermedad (siendo esta voz escuchada, interpretada y analizada), y se atendió así otra necesidad a veces olvidada en la asistencia sanitaria, dejando más al margen los temas puramente médicos.

El estudio de casos se basó en tres fases:

1. Selección de los integrantes de estudio (muestra de 4 personas que cumplieran los criterios de inclusión).
2. Desarrollo de la entrevista. Fase social y valoración del contexto que rodea a cada integrante en particular (especificado en cada uno de los entrevistados).
3. Análisis e interpretación. Los componentes (comportamientos, anécdotas, expresiones verbales/no verbales) sobre los cuales se realizó el análisis de los datos extraídos (en este caso el registro de las entrevistas registradas por grabaciones de voz y posteriormente transcritas) y posterior estudio de los resultados mediante la comparación con otras fuentes teóricas.

5.2.2. La entrevista

Las técnicas que se realizaron para la recogida de datos fueron la entrevista semiestructurada a las cuatro personas que padecen/han padecido una enfermedad y la observación de la comunicación no verbal durante la realización de ésta.

Se emplearon preguntas abiertas que abordaban los objetivos establecidos y que dieran opción a la persona entrevistada a ofrecer un punto de vista propio y subjetivo sobre su propia experiencia. Además, al no ser una entrevista estructurada, después de obtener las respuestas iniciales podían surgir más preguntas (Anexo 1).

De tal modo, para la realización de dicha entrevista, se puso en contacto de manera individual con los entrevistados, en el sitio de elección para que ellos mismos se encontraran en un ambiente tranquilo y confortable.

Por último, al finalizar la entrevista, y con el objetivo de corroborar y demostrar una coherencia con los resultados obtenidos, se proporcionó un cuestionario para evaluar su propia SM+ creado por Maria Teresa Lluch en su Tesis Doctoral (1999) (Anexo 5).

La aplicación de este cuestionario se realizó con el objetivo de comprobar la interpretación de los datos de la entrevista de un modo más objetivo, sin pasar por el filtro del investigador. No obstante, al tratarse de una herramienta cuantitativa, se consideraron los resultados del cuestionario como una variable de congruencia o incongruencia en función de los resultados obtenidos en las entrevistas. Así pues, teniendo en cuenta que los ítems se relacionan con cada factor, se determinó la presencia (siempre, casi siempre) o la ausencia (nunca o casi nunca) de cada factor. Estos datos fueron comparados con los de la entrevista.

5.3. Consideraciones éticas

Para la realización de las entrevistas, las personas entrevistadas fueron informadas de los objetivos y propósitos del proyecto. Se entregó el consentimiento informado a todos los participantes antes de realizar la entrevista.

En todo momento respetamos el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2019), así como el cifrado de datos personales como el nombre u otros datos que pudieran llegar a ser reconocidos.

Además, se explicó que no sólo se haría uso de dichas entrevistas, sino también de la comunicación no verbal durante estas. También se les comunicó la capacidad de realizar cualquier cambio deseado en las entrevistas haciéndoles partícipes así de las mismas.

6. Resultados

Los resultados de este estudio se presentan a partir de un análisis caso por caso como se indica en la metodología. En este análisis, se resume la experiencia de cada entrevistado, y posteriormente se identificarán los factores de SM+ extraídos de la tesis doctoral de Lluch (1999).

En el transcurso del análisis de las entrevistas, observamos como los diferentes elementos de los factores se presentan de forma divergente, es decir, que un mismo factor presenta elementos positivos y negativos en un mismo individuo. Por este motivo, en la redacción de los resultados, se ha considerado necesario indicar la presencia o ausencia de estos en cada entrevista para discutir, posteriormente, la naturaleza de estos.

En el anexo 7 se presenta un cuadro realizado a partir de las frases de las entrevistas relacionadas con cada factor. A continuación, se presentan los resultados de cada entrevista:

Entrevista 1 - Cáncer de vejiga y próstata

La entrevista número uno explica el caso de A.M.M., un hombre de 58 años, casado y con tres hijos, que fue diagnosticado de cáncer de vejiga y próstata hace 9 años.

A raíz de su primera intervención, efectuada por un supuesto tumor benigno, A.M.M. explica que se dio cuenta de que algo no iba bien, puesto que duró más de lo esperado. Después de la operación, le comunicaron que tendría que someterse a una segunda intervención quirúrgica más invasiva ya que su diagnóstico pasó a ser cáncer de vejiga y próstata. Finalmente, y tras varias sesiones de quimioterapia y radioterapia, desde hace 7 años solo se somete a controles rutinarios.

Sobre su diagnóstico comenta: “al principio se te viene el mundo encima, los médicos me hicieron ver que no se hundía el mundo con la palabra cáncer, aunque eso lo relacionaba antes de esta experiencia con algo duro y finalizador”.

En cuanto a su experiencia vital de enfermedad, expresa que no hay que buscarle un sentido a la misma, puesto que a veces es muy difícil de encontrar, y que hay que afrontar lo que viene, y confiar en que todo salga bien. Sin embargo, dice que “el año 2010 fue bastante duro y me veía bajo en muchos aspectos, me sentía un poco inútil”. Hace referencia a que este proceso lo afrontó bastante rápido gracias al apoyo de su núcleo familiar.

➔ IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DEL MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA

Con respecto a la **satisfacción personal**:

En cuanto a la satisfacción personal, se observa un cambio durante las fases de enfermedad. Al inicio, cuando nos habla de los primeros momentos de diagnóstico y cambio, se perciben frases en las que se puede detectar este factor de manera más negativa: “Yo me veía bastante bajo en muchos aspectos, me sentía un poco inútil...”. El desconocimiento de algunos procesos, como el hecho de llevar un estoma, ha podido resultar una de las razones por las que haya disminuido su autoestima en las primeras fases de la enfermedad: “Al principio sí me llegué a considerar una carga, sobre todo con el tema del estoma.”

A lo largo de la entrevista, una vez se avanza en la línea temporal, se van percibiendo actitudes positivas en cuanto a la satisfacción personal. Se puede observar satisfacción con las perspectivas de futuro: “Hay que mirar hacia delante y confiar en que todo salga bien.” Esto se podría atribuir, según lo que el mismo entrevistado comenta, al apoyo que ha tenido de sus familiares. Pese a esta ambivalencia, podemos afirmar que actualmente sí que dispone del factor de satisfacción personal.

Con respecto a **integración**:

Se puede ver reflejado en el discurso del entrevistado una gran presencia del factor de integración al poder mantener su equilibrio emocional a pesar de haber tenido que vivir un momento duro a nivel personal cómo es el afrontamiento de la enfermedad. Además, se observa una evolución y cambio del pensamiento según en el momento de la enfermedad en el que se encuentre, gestionando la situación de una manera así efectiva y madura. Se podría intuir esta vivencia de enfermedad como algo que ha cambiado su manera de pensar y de valorar las cosas que le rodean: “Cambias la manera de pensar, es el hecho de pensar que hoy estás aquí y mañana no sabes dónde estarás.”

Aunque en menor número, también se observan algunas frases en cuanto a la ausencia del propio autocontrol o equilibrio emocional: “Al principio pues fue...un golpe muy duro, se te viene el mundo encima, oyes la palabra cáncer, tumor... y piensas que bueno, que no hay nada que hacer.” Hay que destacar que estos dos ejemplos se han encontrado cuando A.M.M, se encontraba en las primeras fases de su enfermedad.

Con respecto a **autonomía**:

El entrevistado muestra una actitud de autonomía que ha ido creciendo a lo largo del proceso de adaptación a los cambios causados por la enfermedad. Al comienzo, él desconocía el procedimiento de cura y funcionamiento del estoma, pero, poco a poco, y con la ayuda de la enfermera, empezó a realizarlo él mismo y es totalmente independiente. También, otro subfactor que se observa es el de confianza en sí mismo que ha ido aumentando con el paso del tiempo. Además, su trabajo de funcionario no se ha visto afectado por su ostomía ya que no requiere de grandes esfuerzos ni movimientos y no le ha supuesto ningún tipo de complicación.

En este caso, al principio de volver a su vida rutinaria, se observa como el subfactor de independencia es nulo ya que se considera una persona dependiente al principio de la enfermedad, por el hecho de no estar lo suficientemente informado y pensar que va a necesitar la ayuda de su mujer: “Sí me consideraba una persona dependiente, puesto a que me debía a ciertos aspectos a la atención de mi mujer.” De igual forma, la confianza en sí mismo se ve afectada por la misma razón y cree que es una carga para las personas de su alrededor. Esto, pero, nos confiesa que cambia a lo largo del tiempo, un vez él ya se adapta al cambio y aprende a realizar sus propias curas y cambios de manera autónoma.

Con respecto a **resolución de problemas y actualización**:

Realmente se aprecian muchas muestras de autorreflexión y aprendizaje sobre el proceso de afrontamiento de la propia enfermedad. Eso ha podido aportar al entrevistado una precoz superación a nivel emocional de la propia enfermedad. Este es el factor que más podríamos destacar. Se observa el proceso madurativo de aceptación de la patología diagnosticada y así también la transición de emociones que el entrevistado siente durante las distintas etapas: “Ves la vida de una forma diferente, aunque quizás haya quien no lo crea y piense que no das importancia a lo que has pasado y no aceptas el regalo de la segunda oportunidad de vivir, pero realmente sí se ve de otra manera y hay veces que aunque sea inevitable le damos importancia a nimiedades pero en el fondo sabes que hay cosas a las que sí les das mucho más valor.”

Con respecto a habilidades de **relación interpersonal**:

Se observa como el entrevistado muestra empatía hacia otras personas que pueden estar sufriendo su misma enfermedad, y que consejo podría darles desde su opinión y vivencia. Además de este, no se muestran otros ejemplos de presencia de esta habilidad en la entrevista.

En cambio, se percibe como se ve afectada concretamente la habilidad para establecer relaciones interpersonales. Sin especificar, nos comenta: “Algunos aspectos de las relaciones interpersonales sí que se han visto afectados.”

Entrevista 2 - Discopatía Severa

La entrevista número dos explica el caso de A. B. P., un hombre de 58 años, casado y con dos hijos, que fue diagnosticado de discopatía severa hace 26 años. Explica que, al principio, en el año 1993, le diagnosticaron un problema de isquiotibiales cortos que le producía grandes dolores y le ofrecieron un tratamiento en estudio para ir alargándolos por si podía llegar a ser efectivo. Resultó ser ineficaz y los dolores empezaron a aumentar hasta que, en el 2003, le comunicaron que padecía de una enfermedad degenerativa y crónica.

El entrevistado explica que fue un golpe duro al conocer su diagnóstico definitivo porque tuvo que renunciar a su trabajo, el cual requería de grandes esfuerzos en el que llevaba 30 años trabajando. Comenta que pensaba que con varias aplicaciones de calor y medicación diaria podría recuperar su rutina, pero, al contrario, ha ido desmejorando poco a poco y ha tenido que adaptarse a todos los cambios que han ido surgiendo.

En cuanto a su estado anímico, se siente muy desanimado, pero intenta evadirse realizando actividades como estudiar catalán y aprender a tocar la guitarra. Además, explica que recurre a un tratamiento psicológico enfocado a la relajación para que pueda estar más tranquilo y reducir ataques de ansiedad.

Finalmente, considera que lleva la enfermedad como una rutina, pero que mentalmente le resulta difícil. No acaba de aceptar que sea algo degenerativo y crónico y que no pueda tener cura. A pesar de esto, quiere seguir hacia adelante, procurar cuidarse y ir asimilándolo lo antes posible, para que se haga más llevadero para él y para las personas de su alrededor.

→ IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DEL MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA

Con respecto a **satisfacción personal**:

En este factor, se puede observar como el entrevistado carece de satisfacción personal, y visualiza su vida de manera negativa al tratarse de una enfermedad crónica y degenerativa: “La enfermedad ha afectado a mi autoestima”. Tiene dificultades en asimilarlo ya que ha provocado un cambio drástico en su vida, dejar el trabajo que le satisfacía: “Fue un golpe duro no poder ejercer la profesión que he hecho toda la vida, durante 30 años trabajando.” y tener una vida más sedentaria de la que desearía por el dolor que le produce la enfermedad. Además, expresa que su personalidad ha cambiado totalmente, porque antes solía ser más positivo, pero ya no es tan fácil.

Con respecto a **actitud prosocial**:

Podemos ver como el entrevistado muestra una actitud altruista de ayuda hacia los demás. Muestra habilidad para hacer sentir mejor a los demás, independientemente de los problemas que esté pasando, pero en cambio, aplicárselo personalmente no le resulta tan fácil.

Con respecto a **integración**:

Podemos ver como no se encuentra presencia de este factor. El entrevistado se encuentra en una situación complicada ya que acude a tratamiento psicológico para poder asimilar de una manera correcta la enfermedad, porque según él: "No he afrontado la enfermedad y todavía la estoy asimilando". Además, también presenta crisis de ansiedad. La enfermedad ha afectado a varios aspectos de su vida y está intentando superarla, pero le es complicado ya que muestra un desequilibrio emocional total.

Con respecto a **autonomía**:

Presenciamos como el entrevistado es consciente de su enfermedad e intenta retarse así mismo: "No me considero una carga, intento comprobar mis límites para ver hasta dónde puedo llegar." Se culpabiliza focalizando su enfermedad en las malas posturas y el esfuerzo que ha provocado su trabajo. Él intenta ser cada día un poco más independiente y afirma que va a ser algo duradero, y que mejor que llevarlo de la mejor forma posible.

A pesar de esto, aunque intente ser independiente, precisa de la ayuda de las personas que le rodean: "Tengo que pedir ayuda para muchas cosas, entonces no todo depende de mí." En este hecho se puede entrever como afecta eso a su salud emocional ya que se ve limitado a actividades que antes podía realizar cómodamente.

Con respecto a **resolución de problemas y actualización**:

Se pueden destacar las actitudes de crecimiento y desarrollo personal continuo, ya que intenta evadirse estudiando catalán y aprendiendo a tocar la guitarra en sus tiempos libres y adaptándose para que su nuevo trabajo por la noche se haga más ameno: "Trabajo de noche, y estudio para intentar que la noche no me dé vueltas a la cabeza. Asimismo, se esfuerza para superarse y está en constante formación.

Con respecto a **habilidades de relación interpersonal**:

No se observa ningún elemento en la entrevista que se pueda identificar como presencia de habilidad de relación interpersonal.

Como nos explica A.B.P., su habilidad para establecer relaciones interpersonales se ha visto alterada por el hecho de encontrarse en un estado anímico bajo, el que provoca que se

encuentre cabizbajo y afecte a las relaciones más próximas. Además, comenta que a veces se basa en contestar “bien” para no preocupar a las personas de su alrededor e intentar que se encuentren mejor, pero eso podría llegar a impactar de forma negativa a su vida, ya que a veces necesitamos que alguien nos preste atención y desahogarnos.

Entrevista 3 - Depresión

La entrevista número tres explica el caso de A.M.L, una mujer de 60 años, soltera y sin hijos, que fue diagnosticada de depresión hace 30 años. Explica que viajó a Luxemburgo y allí pasó una mala temporada a nivel personal. Residiendo allí empezó a sufrir fuertes dolores abdominales que acabaron siendo mal diagnosticados y causaron su vuelta a España.

Una vez aquí, después de ser operada de la vesícula, empezaron los primeros síntomas de la depresión, lo describe como un “bajón anímico total”. “Me encontraba fatal, solo me encontraba bien cuando me había tomado el Orfidal, era poner un pie en la calle y se me venía la calle encima, tenía agorafobia total, solo estaba bien en casa, en mi habitación llorando continuamente, porque lloraba por todo, por todo”. Eso le provocó también un aislamiento social: “No tenía ninguna gana de desahogarme con nadie. Yo quería que me ignoraran”. “A mí todo lo que me decían no me ayudaba ni me servía de nada. Me daba la sensación como que daba pena. No te ayuda que te digan nada. Te ayuda que no te digan nada. Gente con la que tenía la confianza suficiente, sabían que no tenían que decirme nada.” Desde ese momento, y hasta hace tres años, ha estado en tratamiento psiquiátrico y psicológico. Ahora mismo se encuentra en fase de remisión.

Comenta que aun así está muy alerta, pues no se sabe cuándo exactamente puede volver a recaer. Nunca se le ha pasado por la cabeza quitarse la vida, pues eso lo considera de muy valientes, y dice que se quiere mucho. Siempre ha visto como una meta curarse y sobre todo dejar de medicarse.

➔ IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DEL MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA

Con respecto a **satisfacción personal**:

Pese a estar pasando por la depresión, se observa como la entrevistada siempre ha tenido muy claro el valor de su vida y admite que ella no sería capaz nunca de hacerse daño físico a sí misma porque se quiere mucho. Un ejemplo de ello es cuando explica que al empezar a medicarse dejó de beber porque había oído el peligro de mezclar el alcohol con la medicación psiquiátrica.

También podemos observar como A.M.L. estaba insatisfecha con su vida personal. Para empezar, vivió una mala experiencia mientras trabajaba en el extranjero, lo que provocó su vuelta a España. Una vez aquí relata el gran bajón anímico que sufrió: “Era poner un pie en la calle y se me venía la calle encima. No tenía ganas de nada, solo de estar encerrada.” Eso le hizo ir al psiquiatra, y ahora desde la perspectiva de ya haber superado esa etapa refiere que se considera mucho más reservada y seria que antes, que ya no es tan ‘tirada hacia

adelante' como era años atrás. Por lo tanto, la enfermedad también ha hecho que cambie su autoconcepto.

Con respecto a la **integración**:

Podemos ver la presencia de autocontrol en los pensamientos de la entrevistada. Aunque en varios momentos comenta que no veía salida, también habla de la fe que ha tenido siempre en curarse. En cuanto a su control emocional, lo que hacía era tratar de evadirse con otras actividades.

Con respecto a **autonomía**:

Por lo que a la autonomía se refiere, se recogen frases que muestran contradicciones. Ella nunca quiso tener un apoyo ni sentir que dependía de alguien, quería estar sola, por lo que podríamos decir que sí era autónoma puesto que no dependía de los cuidados de nadie. Pese a eso, confiesa que realmente era una carga para sí misma. Además, también explica que la enfermedad sí ha afectado negativamente a su autoestima y a su nivel de confianza.

Con respecto a **resolución de problemas y actualización**:

A pesar de su patología mental, una depresión, en la entrevistada se observan varios ejemplos positivos del factor de resolución de problemas y actualización. Aunque estuviera pasando por un estado anímico muy bajo debido a su enfermedad, ha sido muy reflexiva y determinada en cuanto a su situación presente y futura: "Me preguntaba a mí misma qué motivos tenía yo para estar así. No tenía motivos familiares, sentimentales o económicos...en teoría no tenía ningún tipo de problema."

Además, también relata que ella siempre ha tenido fe y esperanza en su curación, y cree que si no hubiera sido sí probablemente nunca habría llegado a mejorar: "Siempre he creído que acabaría curándome. Eso es lo que me ha salvado. Además, lo que quería era dejar de medicarme."

Con respecto a **relaciones interpersonales**:

Una cosa a destacar sería la ausencia de relaciones interpersonales de la entrevistada, quizás debido a su tipo de patología. Desde el primer momento explica que ella no quería ningún tipo de relación social con nadie, ni siquiera con sus familiares: "No dije a nadie que tenía depresión. Se dieron cuenta ellos. No tuve un apoyo porque no lo quise ni lo comuniqué. No quería hablar con nadie."

No les comentó su diagnóstico ni buscaba en ellos apoyo de ningún tipo. De hecho, explica que todo lo que podían decirle no le ayudaba ni servía para nada. Eso hizo que durante esa etapa de enfermedad se aislara y no tuviera relaciones interpersonales. En la actualidad

nos dice que ha retomado todas sus relaciones con normalidad, tanto con la familia como con los amigos, aunque ahora se considere más reservada.

Entrevista 4 - Depresión

La entrevista número cuatro explica el caso de P. S. L., una mujer de 48 años, separada desde hace un año y con una hija de 21 años, que fue diagnosticada hace 20 años de depresión. Explica que, a raíz de la muerte de su padre, justo cuando ella estaba embarazada de su hija, empezó a sentirse apática, muy triste y con ganas de morirse. Ha intentado quitarse la vida reiteradas veces. Además, sufre varias enfermedades físicas que afectan a su vida diaria y le impiden realizar ejercicio físico, el cual identifica como uno de sus hobbies principales.

Durante toda la entrevista muestra un discurso bastante incoherente e inconexo. Primero explica que con tres años se cayó de un tercer piso de cabeza. Tras explicar el brote de su depresión, relata que en el trabajo los compañeros siempre han querido hacerle daño, y que ahora que saben de su enfermedad van con más cuidado con ella. También refiere que se enamoró allí de un hombre que según ella posteriormente solo la utilizó, y eso le causó mucho daño a nivel emocional.

Personalmente, la entrevistada se considera una persona inmadura, y admite que quiere sentirse independiente, porque nunca se lo ha sentido. “Vivo con mi madre, que no me ayuda nada emocionalmente. Siempre he sentido que ella era mi mente y yo su cuerpo.”

En cuanto a su enfermedad mental, explica que muchas veces no acude al psicólogo o no le explica al psiquiatra todo lo que le pasa, más concretamente sus intentos autolíticos, pues no quiere acabar ingresada en el IPM. Refiriéndose al suicidio, dice: “En esos momentos quiero morirme. No puedo pensar, no hay nada que me haga recapacitar, ni siquiera mi hija. La mente es muy complicada.”

Para finalizar, respecto a sus expectativas de futuro y a la enfermedad, admite que no ha aceptado todavía la enfermedad, y que, aunque intenta mirar las cosas de forma positiva, a veces le cuesta mucho. Es consciente que nunca va a poder curarse.

→ IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DEL MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA

Para empezar, partiremos del punto que la entrevistada todavía sufre esta patología de manera activa. Se muestra descompensada, pues su hija (presente en la entrevista) explica que un mes antes de la realización de esta había intentado suicidarse.

Aunque no está oficialmente diagnosticado, se observa también lo que podría ser una ideación delirante tipo paranoide, especialmente con sus compañeros de trabajo y su situación laboral, pues refiere que todos sus compañeros están en su contra y le quieren hacer daño. Su hija en privado nos niega la veracidad de los hechos.

Con respecto a **satisfacción personal**:

En este punto se observa una ambivalencia entre el deseo de la entrevistada de seguir adelante para no ingresar en el Institut Pere Mata y el no realizar adecuadamente su terapia al ocultarle sus intentos autolíticos al psiquiatra.

A partir de esto, se ve una ausencia de la satisfacción con la vida personal y las perspectivas de futuro de la entrevistada, mostrándose reflejado en el hecho de tener una autoestima baja y un deseo finalizador de su vida o sufrir dolor o malestar, reflejado en el bienestar que le puedan proporcionar actos como autolesionarse o el hecho de provocarse el vómito. Además, ella piensa que nunca va a llegar a recuperarse.

Con respecto a la **integración**:

Se repasa en la presencia de autocontrol e integración en el momento en el que se entiende en la propia entrevistada un momento de reflexión sobre su propia situación mental y un intento de afrontamiento y entendimiento de la situación.

Se puede percatar como hay un desajuste entre el equilibrio y el control emocional ya que, en los momentos de malestar, se nubla y no ve más allá: "En los momentos de bajón quiero morirme. No hay nada que me haga pensar. Me bloqueo." También se debe destacar cómo la entrevistada no tiene punto emocional intermedio, si no que la mayor parte del tiempo se encuentra oscilando entre situaciones de bienestar o malestar total.

Con respecto a **autonomía**:

Se puede observar en la entrevista, como P.S.L. muestra fuerza de voluntad para poder superar su proceso de enfermedad y llegar a ser independiente. Es un proceso complicado y largo que ha llegado a modificar su personalidad. Ella ahora se define como más reservada e introvertida.

Además, una de las cosas que más resalta a la vista en la entrevista de P.S.L. es su ausencia de autonomía. En varios momentos relata cómo se siente dependiente de alguien que esté a su lado, o cómo su madre siempre le ha dicho cómo tiene que actuar o comportarse. Además, también se muestra una carencia de capacidad para tener criterio propio, quizá debido a su falta de madurez, que ella misma admite.

Con respecto a **resolución de problemas y actualización**:

Aunque principalmente se observan aspectos negativos en este factor, se puede identificar la adaptación a la vida laboral como un proceso positivo que ha ayudado a la entrevistada a sentirse más independiente y a adaptarse a los cambios.

También se puede ver como presenta una alteración en la habilidad para tomar decisiones, ya que ella misma dice que sufre bloqueos en situaciones incómodas o difíciles de controlar. Además, carece de actitudes de crecimiento y desarrollo personal continuo al reconocer que no es madura por el hecho de no asimilar las cosas correctamente: “No asimilo las cosas, no soy lo suficientemente madura.”

7. Discusión

A continuación, se muestra un cuadro de discusiones realizado por tal de agilizar de un modo más visual la triangulación de los casos estudiados. En este, podemos relacionar y analizar de una manera clara y concisa los resultados obtenidos.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Patología	Cáncer de vejiga y próstata	Discopatía Severa	Depresión	Depresión
Estado actual enfermedad	Remisión	Crónico y controlado por fármacos	Remisión	Activo
Fase de cambio (Prochaska y Diclemente, 1982)	Mantenimiento	Preparación-Acción	Acción-Mantenimiento	Contemplación
Fase aceptación enfermedad crónica según fases de Kübler-Ross	Aceptación	Depresión	Aceptación	Depresión
F1: Satisfacción personal				
F2: Actitud prosocial				
F3: Integración				
F4: Autonomía				
F5: Resolución de problemas				
F6: Habilidades de relación interpersonal				
Puntuación escala SM+	Coherencia con los resultados	Coherencia con los resultados	Coherencia con los resultados	Incoherencia con los resultados

Tabla 2: Cuadro de discusiones. Verde=Presencia; Amarillo=Ambivalencia; Rojo=Ausencia; Blanco= Factor no identificado en la entrevista

Además de la presentación de cada patología en particular, los determinantes comparativos en cada caso son: el estado actual de cada enfermedad, la fase del cambio Transteórico de Prochaska y Diclemente (García-Allen, 2019) por la que se encuentra cada uno de los entrevistados, la fase de aceptación de la enfermedad crónica o también conocidas como fases del duelo de Kübler-Ross (1993) y la interpretación de los factores de SM+ extraídos de la tesis doctoral de Maria Teresa Lluch (1999), representándolos así con su presencia, ambivalencia o ausencia en los colores verde, amarillo y rojo, respectivamente. En color blanco, se muestran las casillas en las que no ha sido posible identificar el factor a lo largo de la entrevista.

A raíz del objetivo específico en el que nos planteábamos identificar en qué proceso del modelo Transteórico del Cambio se encontraban los entrevistados, hemos observado que dos de ellos, el caso 1 y el caso 3, se encuentran en fases más avanzadas que los casos 2 y 4.

En el primer caso, consideramos que A.M.M. es el único de los cuatro que se encuentra exclusivamente en fase de mantenimiento, puesto que la enfermedad ya ha sido superada y aceptada.

En el tercer caso, la entrevistada se encuentra en una fase de acción-mantenimiento. Su depresión ya ha remitido y no toma fármacos. Creemos que no podemos asignarle únicamente la fase de mantenimiento puesto que ella misma nos explica que es muy fácil que se dé una recaída y que sigue trabajando a diario para que eso no ocurra.

En el segundo caso, podríamos otorgarle al entrevistado una fase de preparación-acción. Esto, probablemente puede deberse a que su patología sea crónica y degenerativa. En la entrevista explica que no ha aceptado todavía su enfermedad y que aún no ha asimilado totalmente este cambio en su vida.

En el cuarto y último caso, creemos que lo más adecuado sería relacionar a la entrevistada con una fase de contemplación, puesto que muestra varias incongruencias a lo largo de la entrevista, pero sí admite que no se encuentra bien y no ha aceptado su enfermedad, aunque muestra interés por realizar un cambio.

A raíz del objetivo específico de examinar en qué fase del duelo según Kübler-Ross están los entrevistados, seguimos observando una diferencia notable entre los casos 1 y 3, y los casos 2 y 4. En el primer y tercer caso los entrevistados nos explican que la aceptación de sus diagnósticos fue relativamente rápida. Actualmente, ambos se encuentran en fase de aceptación de la enfermedad.

Sin embargo, podríamos asignar tanto el segundo como el último caso a la fase de depresión, ya que en las entrevistas muestran un nivel inferior de satisfacción personal,

habilidad de relación interpersonal y aceptación de la propia enfermedad. Además, ambos presentan sintomatología depresiva, aunque el segundo caso en particular no se trate de una enfermedad mental.

A raíz del objetivo específico en el que nos planteábamos determinar cuáles son los factores del modelo de SM+ más presentes en los entrevistados durante el proceso de enfermedad, se observa en la tabla de discusiones que el factor más común en todos los casos es el número 5 (Resolución de problemas y actualización), ya que, en todos los casos, exceptuando el caso 4, se observa una mayor predisposición a la capacidad de análisis y toma de decisiones. Por ejemplo, cuando en el caso 1 muestra varios ejemplos de autorreflexión sobre el significado de la vida, o en el caso 2, cuando nos explica que intenta evadirse de la enfermedad mediante el aprendizaje de nuevas disciplinas como pueden ser aprender un idioma o a tocar un instrumento.

Por el contrario, el factor menos representado en los resultados extraídos de las entrevistas sería el número 6 (Habilidades de relación interpersonal). Creemos que este hecho se debe a la sintomatología depresiva que presentan tres de los cuatro entrevistados. En el caso 2, el mismo entrevistado nos comenta que a veces no fomenta sus relaciones interpersonales por el hecho de no preocupar a sus familiares y/o amigos. En el caso 3, la entrevistada refería que durante la enfermedad no buscaba ni quería el apoyo de nadie. Por último, en el caso 4 observamos una mala relación interpersonal de la entrevistada con varios familiares y compañeros de trabajo.

A raíz del objetivo específico en el que nos planteábamos averiguar si existe coherencia entre el nivel de SM+ de los entrevistados y el análisis de las entrevistas, hemos contemplado que en los tres primeros casos sí que existe una coherencia en cuanto a todos los determinantes comparativos resumidos en la tabla de discusión. El cuestionario definitivo propuesto por Maria Teresa Lluch en su tesis doctoral contestado por los entrevistados se encuentra en el Anexo 5.

Hay que contemplar que en el último caso se muestra una incoherencia entre nuestra visión del caso y las respuestas que nos ofreció la entrevistada en el cuestionario. Queremos destacar que esta era la que más inestable se encontraba en el momento de la entrevista. En la misma, se pueden observar varias incongruencias conforme a la visión que tiene de su propia enfermedad.

Limitaciones y futuras líneas de estudio

La principal dificultad en la realización del estudio radicó en la ausencia de tiempo para la ejecución de este, dado a que las dos investigadoras nos encontrábamos durante el primer cuatrimestre del curso académico en una estada de movilidad internacional.

En cuanto a las limitaciones que se nos han ofrecido, creemos que la primera que se nos planteó fue el hecho de poder encontrar a cuatro personas dispuestas a ser entrevistadas y que padecieran o hubieran padecido alguna enfermedad física y/o mental.

En el caso de una de las entrevistadas, temimos no poder realizarla porque esta realizó un intento autolítico justo una semana antes de la cita acordada para la realización de la entrevista. Esto también fue una dificultad puesto que en el posterior análisis de la entrevista se observaron varias incoherencias debido a su inestabilidad mental en el momento de la entrevista.

En cuanto a las futuras líneas de estudio, contemplamos la posibilidad de poder realizar este nuevamente aumentando la muestra para obtener una mayor redundancia y claridad en los resultados.

También vemos necesario comentar, dado a la importancia que ha adquirido en nuestro estudio, y como futura línea de investigación, la enfatización del papel de la sintomatología depresiva en la SM+, como mayor influyente en el nivel de esta.

8. Conclusión

Tal y como se ha mencionado anteriormente, son numerosos los estudios que vinculan un buen nivel de SM+ con un mejor afrontamiento de las enfermedades, e incluso con la posibilidad de un aumento de la esperanza de vida (Fredrickson, 2001).

Como conclusión del estudio, podemos poner sobre la mesa varios puntos. Los dos casos que tuvieron más nivel de SM+ durante su proceso de enfermedad actualmente están en fase de aceptación dentro de las fases del duelo de Kübler-Ross. Creemos que esto puede tener algún tipo de relación, pues podríamos suponer que un buen nivel de SM+ ayuda no solo en la vivencia emocional de la enfermedad, si no como factor influyente en la aceptación de esta.

Otra de las conclusiones a las que podemos llegar en nuestro estudio, respondiendo a nuestro objetivo, es que no se han encontrado pruebas que confirmen la relación entre el nivel SM+ de los entrevistados y si la enfermedad que padecen es física o mental. Sin embargo, sí que podemos afirmar según lo observado que, en las enfermedades en estado activo, con predisposición a recaídas y/o degenerativas el nivel de afrontamiento es más bajo y, por lo tanto, también lo es su SM+.

Como era de esperar, se observa coherencia entre el estado de la patología de los casos estudiados y su fase identificada en el modelo Transteórico del Cambio y fases del duelo de Kübler-Ross. Los dos casos que estaban en remisión, también se encontraban en fase de mantenimiento del cambio y en aceptación de la enfermedad. Sin embargo, los dos casos restantes, que mantenían su patología activa, reconocían no haber aceptado todavía la enfermedad y se encontraban en fases previas tanto en el momento de cambio (Modelo Transteórico del Cambio), como en su etapa de duelo (fases Kübler-Ross).

Consideramos importante remarcar la diferencia observada entre el nivel de SM+ del caso 1 y los casos restantes. Se ha observado en esta comparación una clara discrepancia en los factores 1 y 6, siendo mucho más positivos en el primer caso que en los demás. La justificación de este hecho se basa en la presencia de sintomatología depresiva en los tres entrevistados con peores resultados obtenidos. Según Guic, Rebolledo, Galilea y Robles (2002) las patologías crónicas y/o degenerativas tienden a asociarse a sintomatología depresiva, hecho que concuerda con la fase del duelo en la que se encuentra el entrevistado número 2.

Por ese mismo motivo, se ha considerado necesario un replanteamiento de la hipótesis inicial a raíz de los resultados. Inicialmente, se planteó observar las diferencias en el nivel de SM+ de los entrevistados en función de si padecían una enfermedad física o mental. Sin

embargo, los resultados resaltan otro replanteamiento: la SM+ parece tener una relación con la presencia o no de sintomatología depresiva, su vivencia ante dicha enfermedad (fase del duelo según Kübler-Ross), así como su posición (afrentamiento Transteórico del Cambio) ante la enfermedad.

Por lo que se concluye que, a partir de los resultados obtenidos del estudio de los 4 casos, se observa una relación a tener mayor SM+ cuando no existe sintomatología depresiva (ya sea por diagnóstico de enfermedad o por estar en una fase de depresión de Kübler-Ross), y se encuentran en una fase de aceptación (según las fases del duelo de Kübler-Ros) y en fase de mantenimiento (según el modelo Transteórico del Cambio).

9. Cronograma

ACTIVIDADES	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Revisión bibliográfica																				
2. Objetivos																				
3. Metodología																				
4. Contacto con los entrevistados																				
5. Realización de las entrevistas																				
6. Transcripción de las entrevistas																				
7. Análisis de datos																				
8. Discusión de los resultados																				
9. Conclusión																				
10. Preparación de la exposición																				

10. Bibliografía

- Asociación Médica Mundial. (2019). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association. Retrieved April 26, 2019, from <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Caruana Vañó, A. (2010). *Aplicaciones educativas de la psicología positiva*.
- García-Allen, J. (2019). El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente. Retrieved April 26, 2019, from <https://psicologiyamente.com/psicologia/modelo-transteorico-cambio-prochaska-diclemente>
- Grotberg, E. (1998). *“La resiliencia en acción.”* Universidad Nacional de Lanús.
- Guic S, E., Rebolledo M, P., Galilea M, E., & Robles G, I. (2002). Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Revista Médica de Chile*, 130(12), 1411–1418. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872002001200012>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. <https://doi.org/10.1037/11258-000>
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos* (Ediciones Grijalbo). Retrieved from <http://bibliotecaparaalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH200a.dir/doc.pdf>
- Lee Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Lluch Canut, M. T. (2015). Promoción de la salud mental positiva. In *Revista de enfermería y salud mental*, ISSN 2385-7021, N.º. 1, 2015, págs. 23-26. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6145927>
- Lluch, M. T. (2015). *Decalogue of positive mental health*. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/11/Decalogo_Salud_Mental_Positiva_trilingue.pdf
- Lluch, T. M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf
- Mario, J., Mv, C. A., Giraldo, C. E., Fern, E. F., Eduardo, O., & Mvz, T. C. (2009). *Resumen Palabras clave Key words*. 18(2), 129–138.
- Melillo A. (2003). Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia.

Psicoanálisis Ayer y Hoy, 2, 7–9.

Muñiz, M. (2004). *Estudios de caso en la investigación cualitativa*. Retrieved from https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud mental: un estado de bienestar. *WHO*. Retrieved from https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

RAE. (n.d.). *Real Academia Española de la lengua*.

Ramírez, J. (2014). *La investigación cualitativa y el estudio de casos múltiples*. Retrieved from https://www.academia.edu/7103948/La_investigación_cualitativa_y_el_estudio_de_casos_múltiples

Tugade, M.M., Fredrickson, B. y Feldman Barret, L. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72.

Vázquez, Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud*, 5, 15–28.

Worden, J. E. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (Vol. 15). Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617834012.pdf>

11. Anexos

Anexo 1. Estructura de la entrevista

PRESENTACIÓN (Contextualización)

- Nombre, edad, vivienda, trabajo, aficiones, etc.

DIAGNÓSTICO

- ¿Cuál fue su diagnóstico?
- ¿Hace cuánto tiempo? ¿Desde cuándo padece x?
- ¿Cuál fue su primera reacción?
- ¿Cómo notó que algo no iba bien?
- ¿A quién se lo contó?

DESARROLLO

- ¿Algún profesional de la salud se ocupó de acompañarle a nivel emocional?
- ¿Qué preguntas se hace/se hacía para encontrar el sentido de la enfermedad?
- ¿Afectó/ha afectado la enfermedad a su autoestima? ¿Y a sus motivaciones?
- ¿Le ha hecho sentir la enfermedad una persona dependiente?
- ¿Qué percepción tiene/tenía sobre su propia salud?
- ¿Ha afectado su enfermedad a su vida laboral? ¿Y a sus relaciones personales (amigos, sexo, pareja, familia)?

AFRONTAMIENTO PERSONAL

- ¿Cuánto tiempo tardó en aceptar la enfermedad? ¿La considera aceptada ya?
- ¿Cómo considera que ha llevado la enfermedad?
- ¿Qué ha representado para usted la experiencia vital de padecer x?
- ¿Qué aspectos de su personalidad cree que han ayudado o no al manejo de la enfermedad?
- ¿Considera que un estado de ánimo positivo puede ayudar a conllevar mejor una enfermedad?
- ¿Se considera una persona con sentido del humor? ¿Cree que eso tiene alguna relación con su manera de soportar la enfermedad?
- ¿Se considera una persona resiliente?

APOYO

- ¿Cómo se lo comunicó a su familia? ¿Qué le empujó a hacerlo?

- ¿Quién fue/es su apoyo a lo largo de este proceso?
- ¿Se ha considerado alguna vez una carga?
- ¿Cómo reaccionó su familia al saber de su enfermedad?
- ¿Se ha sentido alguna vez juzgado o tratado como una víctima de su enfermedad?

TRATAMIENTO

- ¿Qué tratamiento tiene/tenía?
- ¿Cómo afrontó el tratamiento?
- ¿Alguna vez ha renunciado al tratamiento?
- ¿Ha creído siempre en la efectividad del tratamiento?

RESOLUCIÓN

- ¿Su forma de pensar ha cambiado desde entonces?
- ¿Qué le diría a una persona a la que acaban de diagnosticar su misma enfermedad?
- ¿Hay alguna cosa que quiera añadir?

Anexo 2. Modelo de Consentimiento Informado

Nosotras, Tania Fabregat Fibla, con DNI 48280467-V y Ana Magdaleno Morcillo, con DNI 48004921-B, responsables de la investigación, declaramos que:

Hemos informado al participante sobre su participación en la investigación, la cual consta de una entrevista semiestructurada en profundidad, con el objetivo de conocer sus estrategias de afrontamiento ante la enfermedad que padece. Este estudio no supone ningún riesgo para el/la participante.

Asimismo, nosotras garantizamos total confidencialidad en la entrevista para cualquier de los datos que puedan extraerse de esta. No se utilizarán los nombres originales en ningún momento, y se sustituirán por un seudónimo. También declaramos que la información que nos sea dispuesta por la entrevistada podrá ser utilizada posteriormente en nuestro trabajo de fin de grado, que podría ser publicado en la página web de la universidad o en una revista científica, de forma totalmente anónima.

Consentimiento informado paciente:

Yo,
nacido/a el del de con documento de identidad en pleno uso de mis facultades, declaro que:

Estoy conforme e informado/a sobre mi participación voluntaria en una entrevista para la realización de un estudio de casos donde queremos comparar y reflejar la salud mental positiva con el afrontamiento de enfermedades físicas y mentales.

Me ha sido leído y explicado el texto completo de este documento de consentimiento informado, así como todas las dudas que me han surgido. También he entendido mis derechos como participante en este proyecto y los motivos de su realización, y los procedimientos a seguir. Asimismo, recibiré una copia del consentimiento informado con las firmas correspondientes. En cualquier momento, soy consciente de que soy capaz de revocar este consentimiento, y que se respetaran todas las leyes de protección de datos personales. (Ley 15/1999).

Nombre del participante	Firma del participante	Fecha
Nombre de las estudiantes	Firma de las estudiantes	Fecha

Anexo 3. Entrevistas

Anexo 3.1. Entrevista caso 1

Cáncer de vejiga y próstata

Me llamo A. M. M., nací hace 58 años en un pueblo de Granada, aunque llevo más de 50 años viviendo en Tarragona. Trabajo de funcionario de la Generalitat de Catalunya, actualmente es el *Departament de Empresa i Coneixement*, aunque llevo 25 años haciendo las mismas gestiones, hemos estado en varios departamentos puesto que los políticos cuando les parece bien cambian la nomenclatura del departamento. Estoy casado y tengo 3 hijos, de los cuales, dos independizados.

I: ¿Y qué aficiones tienes?

E: Me gusta leer, me gusta hacer Sudokus, me gusta pasear...

I: ¿A Yako?

E: Al Yako...y solo.

I: Empecemos con el tema. ¿Cuál fue su diagnóstico?

E: Mi diagnóstico fue en principio una.... Lo que parecía una operación sencilla, a pesar de tener tumor en la vejiga, la operación primera que me hicieron fue a base de cistoscopia, la cual, pues era una experiencia que ya conocía puesto que mi padre había pasado por lo mismo muchísimas veces, era una operación rápida y sencilla.

I: ¿Y en qué consistía esa prueba?

E: Esa prueba es la extracción de los tumores, pero sin intervención del bisturí. Fue con anestesia local, lo cual iba a ser poco tiempo en un principio... era llevadero, puesto que estaba viendo al médico que me estaba operando, el cual también era conocido para mí, pero a medida que iba transcurriendo el tiempo, viendo las cámaras de televisión y viendo cómo iba transcurriendo todo, llegó un momento en que empezó a preocuparme, puesto que no....se prolongó más de la cuenta, a pesar de no tener el control del tiempo, puesto que no tienes reloj ni nada, pero realmente te das cuenta de que no....de que alguna cosa no va bien.

I: ¿En la intervención veía la televisión?

E: Sí, al principio sí, hasta que al final acabé desistiendo de mirarla.

I: Y, volviendo otra vez al tiempo del diagnóstico, ¿hace cuánto tiempo que se lo diagnosticaron?

E: Esto fue en el 2010, el año en el que cumplía 50 años.

I: ¿Y cuál fue su primera reacción al conocer su diagnóstico?

E: Al principio pues fue...un golpe muy duro, se te viene el mundo encima, oyes la palabra cáncer, tumor... y piensas que bueno, que no hay nada que hacer, y bueno...después de una conversación con el médico también me hizo ver la realidad, en el sentido que no había que darle vueltas a las razones por las cuales estabas allí, sino que simplemente.....Había que mirar hacia delante (llora), y, y bueno esperar que tampoco no pasaba nada, no se hundía el mundo a pesar de la palabra cáncer, aunque eso para mí pues bueno, lo relacionaba antes de esa experiencia con algo duro y finalizador.

I: ¿Cómo notó que algo no iba bien? ¿O no lo notó y fue el médico el que le dijo que algo no iba bien? Una revisión, etc....

E: No, realmente los tumores estos no te avisan, aunque a pesar de que en un principio me dijeran que era cáncer de vejiga, yo lo relacionaba con las múltiples infecciones de orina que tenía, las cuales yo solucionaba bebiendo mucha agua... pero realmente no hay que vincular esa causa-efecto. Simplemente el tumor tenía que aparecer y apareció. Ya está.

I: ¿Y se lo diagnosticaron en una revisión entonces?

E: La primera visión que tenían fue en una ecografía. La ecografía es una prueba que en la seguridad social tarda bastante tiempo, en principio cuando me hicieron en 7 meses que al final se convirtieron en 8. Una vez hecha la ecografía sí, automáticamente me debieron encontrar algo que no era normal, y ya más o menos la cosa se fue agilizando e hicieron los trámites que había que hacer, y la primera intervención, después cuando hubo que hacer la segunda, de cierta manera pues también tuvieron que esperar los plazos pertinentes a pesar de que para mí no, pero para mi entorno parecía que el tiempo o el momento de afrontarlo parecía que no llegaba nunca.

I: ¿Algún profesional de la salud se encargó de acompañarlo a nivel emocional?

E: No, profesionales de la salud no. Pero el equipo de cirujanos que me trataron era conocido, entonces pues bueno, más o menos entre comillas era un trato medio familiar, a pesar de bueno, estar en la situación que estaba.

I: ¿Qué preguntas se hacía para encontrar el sentido de la enfermedad?

E: Bueno en un inicio pues lo típico te preguntas: qué es lo que ha pasado para llegar hasta aquí. Pero esa pregunta no hay que hacerla hay que olvidarse porque no tiene ningún sentido puesto que a veces es muy complicado de encontrar. Simplemente hay que afrontar lo que hay, mirar hacia delante y confiar en que todo salga bien. Por suerte, hoy, 9 años después la cosa se lleva de otra manera muy diferente. Ahora ya he aprendido a vivir mi nueva

situación, lo llevo bien, paso los controles que me indican los oncólogos, que son los que hoy en día me llevan, puesto que los urólogos en un principio había un doble seguimiento paralelo, pero ya hace años que son los oncólogos de Reus los que hacen el seguimiento mediante un TAC anual. En un principio era cada seis meses con la visita reglamentaria con cada ellos, los oncólogos de radio y quimioterapia.

I: ¿Ha afectado la enfermedad a su autoestima? ¿Y a sus motivaciones?

E: No.

I: ¿Le ha hecho sentir la enfermedad una persona dependiente?

E: En los inicios sí que pensaba que debería ser una persona dependiente, puesto que parecía que me debía en ciertos aspectos a las atenciones de mi mujer. Pero en las posteriores visitas de control con la enfermera de los estomas, me enseñó que no era necesario que dependiera de ella, tenía que ser autosuficiente, realizarme los cambios yo solo, etc.

I: Claro, porque no lo hemos explicado, pero lleva ostomías, ¿verdad?

E: Sí, en un principio la ostomía cada vez que había que cambiarlo era una obligación o tarea que se la encargué a mi mujer.

I: ¿Por qué, usted no se veía capaz de hacerla...?

E: Porque el sistema que me enseñaron pensaba que exclusivamente tenía que depender de otra persona puesto que en los inicios me pensé que requería estar sentado en la cama, en las posteriores visitas dicha enfermera me enseñó que no era necesario y se podía hacer de pie y una persona sola. Hoy en día, por suerte, soy autosuficiente y me lo puedo hacer yo.

I: ¿Qué percepción tenía sobre su propia salud?

E: Bueno en el año 2010 fue bastante duro y yo me veía bastante bajo en muchos aspectos, me sentía un poco inútil...

I: Usted ha dicho que supo que la cosa no iba bien en la primera operación porque tardaban demasiado... ¿cómo fue la segunda operación?

E: La segunda operación fue diferente puesto que ya fue más complicada, duró unas 6h, con anestesia general, la recuperación fue mucho mejor, me hicieron transfusiones de sangre durante y después de la operación, cosa que en la primera intervención no hicieron, querían que me fuese curando por mí mismo y al cabo de la semana, el día antes de darme

el alta tuvieron que realizarme una transfusión, puesto que la recuperación no llevaba el ritmo que se tenía que esperar.

I: ¿Y después estuvo sometido a quimioterapia, radioterapia...?

E: Sí, hubo 4 sesiones de quimioterapia, las cuales incluían una sesión larga y una corta. Cuando salías de la sesión larga el día aquél parecía que te habían insuflado una energía descomunal, que eras capaz de comerte el mundo, y luego ya a los dos o tres días venía el bajón. Aunque personalmente yo tuve mucha suerte ya que hay muchas secuelas de la quimio que yo no las tuve que padecer. No fueron excesivos vómitos, no hubo caída de pelo....

I: ¿Ha afectado su enfermedad a su vida laboral?

E: No, a mi vida laboral no. Solo fue el proceso operatorio, post operatorio... el cual me obligó a estar casi todo el 2010 de baja. Pero después de reincorporarme de nuevo, las tareas que tenía que llevar a cabo yo no tenía ningún impedimento por parte de la enfermedad para realizarlas.

I: ¿Y, ha afectado a sus relaciones personales?

E: Algunos aspectos de las relaciones personales obviamente sí que influye, es un nuevo hábito que quizás por desconocimiento o dejadez es diferente. Las relaciones personales hoy en día ves la vida de una forma diferente, en el sentido de ver el día a día sin ver un futuro muy lejano...

I: ¿Cuánto tiempo tardó en aceptar la enfermedad?

E: Pues a pesar de todo la acepté bastante rápido. Las conversaciones con el médico, el apoyo de mi familia... pues me hizo ver que, aunque no quisiera estaba ahí y había que dejar que siguiera su curso.

I: ¿Cómo considera que ha llevado la enfermedad?

E: Considero que la adaptación por mi parte ha sido bastante rápida y buena.

I: ¿Qué ha representado para usted la experiencia vital de padecer cáncer?

E: Pues el hecho de ver la vida de otra forma, aunque quizás haya quien no lo crea y piense que no das importancia a lo que has pasado y no aceptas el regalo de la segunda oportunidad de vivir, pero realmente sí se ve de otra manera y hay veces que, aunque sea inevitable le damos importancia a nimiedades pero en el fondo sabes que hay cosas a las que sí les das mucho más valor.

I: ¿Qué aspectos de su personalidad cree que le han podido ayudar o no a la hora de afrontar la enfermedad?

E: Me imagino que fue el apoyo de mis hijos y mi mujer, por mí solo hubiera sido más difícil manejarlo y afrontarlo, ellos me hicieron ver que había vida y había que luchar y aceptarlo y no centrarse solo en lo malo de la enfermedad.

I: Y en sus valores personales, ¿qué cree que fue lo que le ayudó?

E: Pues, ¿optimismo? No lo sé, porque quizás no sea tampoco una de mis virtudes... supongo que la paciencia para que los pasitos, aunque fueran cortos fueran de forma positiva.

I: ¿Considera que un estado de ánimo positivo puede ayudar a llevar mejor una enfermedad?

E: Sí, supongo que sí. Pero una vez inmerso en ella es difícil tener esa positividad. Es más fácil aconsejar desde fuera que vivirlo uno mismo.

I: ¿Se considera una persona con sentido del humor?

E: No, no es una cosa que se haya visto afectada por la enfermedad, no he sido humorista nunca.

I: ¿Y cree que el sentido del humor también puede ser una herramienta para llevar mejor la enfermedad?

E: Si, aunque no haya sido la circunstancia vital que me haya ayudado a mí personalmente.

I: ¿Se considera una persona resiliente?

E: Sí, al final con el hecho de aceptar la enfermedad, y llevarla con todo lo que conlleva.

I: ¿Cómo se lo comunicó a su familia? ¿Qué le empujó a hacerlo?

E: Pues no recuerdo bien si el comunicador fui yo o fue mi mujer. Ella tuvo conocimiento a pesar de que tampoco se sabía la magnitud. Mientras yo estaba en el servicio de reanimación fue el urólogo el que le comunicó a mi mujer que la cosa no había salido como tenía que salir, aunque aún había que analizar el tumor si era benigno o maligno.

I: Pero la primera operación fue después de una ecografía al ver el tumor, y después se dieron cuenta que la magnitud era más grande y resultaba ser cáncer, ¿verdad?

E: Exacto, y a los tres meses fue la segunda operación.

I: ¿Quién fue su apoyo a lo largo de este proceso?

E: Pues sobre todo mis hijos y mi mujer que fueron los que estuvieron ahí, mis padres ya no eran unas personas que pudieran prestar un apoyo y ayuda suficiente, lo llevábamos en petit comité, 5 personas.

I: ¿Se ha considerado alguna vez una carga?

E: Al principio sí. A ver una carga quizá no sea el sentido, pero una pequeña molestia puesto que dependes en algunos aspectos de otras personas, y es algo nuevo a lo que uno no está acostumbrado, pues es duro...

I: ¿Cómo reaccionó su familia al saber de su enfermedad?

E: Pues intentando mirar al futuro con optimismo y positividad. Lo que me faltaba a mí lo tenían ellos.

I: ¿Cree que su familia se lo tomó realmente bien o solo era una cara hacia usted?

E: A ver el hecho de estas noticias no creo que a nadie le guste en un inicio, pero una vez conocido y ver que ese es el punto de partida y no la meta, pues hay que ir alcanzándolo.

I: ¿Se ha sentido alguna vez tratado como una víctima de su enfermedad?

E: No, jamás.

I: ¿Qué tratamiento tenía?

E: Después de la operación, la zona la limpiaron con bastante perfección, consideraron realizar un tratamiento de choque y protección con un tratamiento de quimioterapia y posteriormente radioterapia.

I: ¿Y en qué consistía?

E: La quimioterapia fueron 4 sesiones que constaron de dos partes, la sesión larga era estar 5 horas, después de una analítica, en una sala conectado a los diferentes medicamentos que te tenían que poner y la segunda parte era de una hora y se realizaba la semana siguiente. Y entre sesión y sesión si recuerdo bien creo que había un descanso de un par de semanas, me parece. Después de las sesiones de quimio, consideraron conveniente realizar radioterapia también, sesiones diarias de lunes a sábado, unas 20 sesiones. Estabas en una sala, te ponían en una máquina y te mandaban radiaciones a unos puntos determinados. No era molesto para mí y no noté los síntomas, aunque mi mujer siempre dice que lo pasé peor en la radioterapia que en la quimioterapia.

I: ¿Por qué?

E: No sé, esa era su visión, quizás la sala de espera, el ambiente, etc.

I: ¿Alguna vez ha renunciado al tratamiento?

E: No, siempre he intentado seguir el tratamiento y nunca he tenido muchos problemas con ello.

I: ¿Tomaba medicación oral, además?

E: Sí, pero para otras enfermedades. Solo algunas pastillas para evitar los vómitos o así.

I: ¿Ha creído siempre en la efectividad del tratamiento?

E: Una vez que te ves inmerso tienes que creer y por suerte para mí, ha sido efectivo.

I: ¿Su forma de pensar ha cambiado desde entonces?

E: Sí que cambias la manera de pensar, es el hecho de pensar que hoy estás aquí y mañana no lo sabes donde estarás, afrontas la vida de una forma diferente, intentas vivirla lo mejor que puedes y al día...

I: ¿Qué le diría a una persona a la que acaban de diagnosticar su propia enfermedad?

E: Pues que tiene que confiar en los profesionales que son los que conocen los caminos a seguir y dejarse llevar, y confiar en que va a ir a buen puerto.

I: ¿Hay alguna cosa que quiera añadir?

E: No.

Anexo 3.2. Entrevista caso 2

Discopatía severa L2-L3, L3-L4, L5-S1

Mi nombre es A. B. P., nací hace 54 años en Tarragona y sigo residiendo aquí. Siempre me he estado dedicando a la construcción, pero a raíz del problema que tuve de espalda he tenido que dejarlo y ser recepcionista en la Casa del Mar. Estoy casado, y tengo dos hijos, uno de 16 y otro de 22 años.

I: Y, ¿qué aficiones tiene?

E: Me gustan todos los deportes, y siempre hacer algo nuevo. Por ejemplo, actualmente, estoy estudiando catalán.

I: Empecemos con el tema. ¿Cuál fue su diagnóstico?

E: Bueno, pues..., me diagnosticaron que estaba perdiendo la altura de los discos vertebrales. En el año 1993 me lo detectaron. Entonces, primero me estuvieron infiltrando, pero no progresaba. Después, me abrieron los muslos y me alargaron los isquiotibiales para ver si ese procedimiento podría ser efectivo, pero ha ido evolucionando a más y a más y han sido siempre continuos dolores, me quedaba enganchado de la espalda. Todo esto viene a raíz de la profesión que tenía, de la carga de peso y de las malas posturas.

I: Pero cuando se lo diagnosticaron, ¿le explicaron que era algo degenerativo? ¿Le explicaron la evolución?

E: No, la evolución no. En el año 1993, al decirme que tenía los isquiotibiales cortos pensaron que, alargándomelos, haciendo como un acordeón, me ayudaría. Era un procedimiento que estaba en estudio, el cual lo probaron con varias personas, pero el dolor fue evolucionando y hace unos años, en 2012, me dijeron que era una enfermedad degenerativa y crónica.

I: ¿Cuál fue su primera reacción al conocer dicho diagnóstico?

E: Tú ya lo vas viendo porque notas que físicamente no avanzas, que son continuos dolores, y que cuándo tu detectas que algo no funciona, es porque pasa algo. Además, cuando te das cuenta de que no puedes ejercer la profesión que has hecho durante toda tu vida...

I: Claro, y eso fue un golpe duro para usted por qué le gustaba, ¿no?

E: Claro, llevaba 30 años trabajando.

I: A lo mejor, en su caso en especial, que no es un diagnóstico claro desde el primer momento y al principio le dicen una cosa y se hace a la idea, y luego otra, hace más difícil el proceso de aceptación, ¿no?

E: Sí, yo al principio pensaba que era una cosa lumbar que, con calor, con algo de medicación iba a ser más llevadero. Pero me iba dando cuenta que al paso de los años eso

va evolucionando y cuanto más edad, se nota más cualquier esfuerzo físico, y luego ya era quedarme enganchado al agacharme, todo iba a más.

E: Quizás puede ser algo repetitivo, pero ¿cómo notó que algo no iba bien?

I: Pues en el hecho de que, en lo que yo hacía diariamente en mi trabajo, aquello iba a menos. Todo el trabajo que yo normalmente realizaba me veía más limitado.

E: Claro, ya que su trabajo suponía hacer grandes esfuerzos.

I: Sí, de esfuerzos y de malas posturas, siempre estaba agachado.

E: Vale..., ¿algún profesional de la salud se ha ocupado de acompañarle a un nivel emocional?

I: Como... si, por ejemplo ¿he necesitado ayuda...?

E: No como un psicólogo, si no como algún médico, enfermera, auxiliar, alguien que le haya tratado en un centro de salud o en otra institución pública, y note que le ha acompañado emocionalmente, no en lo que se refiere solo a salud.

I: No, todo el mundo. En ese sentido he notado que todos han estado conmigo. La asistenta social, los mismos médicos, médico de cabecera, enfermera del CAP, siempre han estado mucho conmigo. Han estado pendientes de mí.

E: ¿Qué preguntas se hace para encontrar el sentido de la enfermedad?

I: Bueno, pues, las preguntas que me hago son: ¿Qué es lo que he hecho mal? o ¿Qué es lo que estaba haciendo mal?

E: A lo mejor, tratar de darle una explicación, ¿no?

I: Sí, buscar una explicación que cuando eres joven no te das cuenta de lo que estás haciendo mal, pero claro, cuando van pasando los años, he hecho burradas que no tendría que haber hecho.

E: A usted, no lo sé, le han dicho los médicos que su diagnóstico ha sido consecuencia de unas malas posturas, de...

I: No, no me lo han reconocido.

E: Claro, es una explicación que a lo mejor le puede dar usted.

I: Sí, sí, a lo mejor yo puedo darle esa explicación porque ha sido, yo creo porque mi trabajo ha sido siempre agachado, con la espalda en una mala postura, en vez de agacharse doblando las rodillas, al ser joven, si no cogerlo de golpe, y yo creo que es por eso.

E: ¿Ha afectado la enfermedad a su autoestima?

I: Sí.

E: ¿Y a sus motivaciones?

I: Sí, y ahora pues es lo que me hace intentar evadirme un poco y no pensar en la enfermedad haciendo eso, estudiar, he empezado a aprender a tocar la guitarra por tutoriales.

E: (risas) Yo también.

I: Sí, ¿no?

E: Tutoriales como GuitarraViva.

I: Sí, sí, GuitarraViva porque te enseña acordes fáciles y pequeños (risas).

E: Y, a su autoestima, ¿cómo cree que ha afectado?

I: Pues la desmotivación y bueno, era más alegre y a raíz de esto, tu coges como rabia hacia ti mismo, ¿no?

E: Sí, porque se ve menos autosuficiente.

I: Claro, me refiero al no ver que estás como antes, te cambia el carácter.

E: ¿Le ha hecho sentir la enfermedad una persona dependiente?

I: Sí, muchas cosas tengo que pedir ayuda, entonces no todo depende de mí. Si hay que ir a buscar algo de peso, ya se encargan de que yo no lo haga, están todos pendientes de ti de que tú no hagas el esfuerzo.

E: Y, ¿qué percepción tiene actualmente sobre su propia salud?

I: Bueno, la percepción que tengo es que esto va a ser para siempre, y tengo que saber asimilarlo lo antes posible y de la mejor manera.

E: Quizá la pérdida de autoestima, como hablábamos antes, que al principio afecta, pero llega un momento, con el paso del tiempo, que dices bueno esto es así, y no puedes exigirte las mismas cosas que hacías.

I: Ya, sí, ya te cansas. Te cansas de hablar del tema, y claro, ves que no puedes exigirte más. Llega un momento en el que todo el mundo te está preguntando siempre lo mismo y pasas de hablar del tema porque, parece que tú mismo piensas que estás dando pena. Tú mismo te comes la cabeza, entonces prefieres no hablar del tema. “Estoy bien”, “estoy mejor” (risa).

E: ¿Ha afectado su enfermedad a su vida laboral? Obviamente sí, lo hemos hablado anteriormente. Y, ¿a sus relaciones personales? Como amigos, sexo, pareja, familia, ...

I: Bueno, también influye porque mi estado anímico no es el mismo.

E: Pero, por ejemplo, perder una relación de algún conocido, amigo, compañero de trabajo.

I: No, no, algo radical no. Sí que ves que influye a las personas que tienes cerca, porque hay días que estás más irritable por el dolor, y claro, eso influye en la relación.

E: ¿Cuánto tiempo tardó en afrontar la enfermedad?

I: Pues mira llevo..., cuando más fuerte fue, fue en el 2012... y todavía estoy asimilándolo.

E: Es decir, aún no considera que está aceptada, ¿cierto?

I: No, no, no he acabado de aceptarla porque no acepto que no pueda yo subir escaleras, o...

E: Claro, y más cuando es consciente de que puede ir a más, nunca acabas del todo a asimilarlo.

I: Claro, y yo soy muy activo, y entonces verme limitado no acabas de aceptarlo. Es un lastre que cuesta llevar, intentas a ver de qué manera no estar mucho en casa. Yo trabajo de noche y eso también es malo, y por eso estudio, para tener deberes, estudiar por la noche porque hoy he tenido examen, o sea intentar que la noche no me dé vueltas a la cabeza.

E: ¿Cómo considera que lleva la enfermedad?

I: La llevo pues... como una rutina. Estás acostumbrado a que te tienes que estar medicando cada día, y que te tienes que cuidar... pero lo que más me cuesta es mentalmente.

E: ¿Qué representa para usted la experiencia vital de padecer discopatía severa?

I: Me ha representado, pues... Mira, lo primero cuando tienes este tipo de enfermedades, es asimilarlo. Intentar asimilarlo porque si no su vida, va a caer en un bucle que no va a levantarse si no se da cuenta. Saber lo que hay, saberlo llevar y bueno, que está ahí.

E: ¿Qué aspectos de su personalidad cree que han ayudado o no al manejo de la enfermedad?

I: Yo me vine un poco abajo, así que ayudarme ayudarme... me ha perjudicado. Mi personalidad ha cambiado ya que yo antes era más alegre y positivo, y esto te hace ser más negativo. El carácter te cambia.

Antes, por ejemplo, gracias al estado elevado que tenía de buen humor, pues está un poco compensado ahora al bajarme un poco. Pienso que quizás mi buen humor me ha permitido sobrellevar mejor la enfermedad. Porque sí que ha cambiado, pero está compensado.

E: ¿Se considera positivo o negativo?

I: A ver, es que va por etapas, cuando ya me vi que no iba avanzando, que iba todo hacia atrás, me vine abajo y fue todo negativo. Al ser negativo, claro, eso también afecta en lo que tienes y te centras solo en el dolor. Piensas: eso me duele, eso me duele, y entonces quieras o no, te está doliendo más de lo que crees, porque no paras de darle vueltas a eso.

E: ¿Considera qué un estado de ánimo positivo puede ayudar a conllevar mejor una enfermedad?

I: Sí, sí, el estado de ánimo positivo es fundamental para una enfermedad que sea degenerativa o crónica.

E: ¿Se considera una persona resiliente?

(silencio)

E: ¿Sabe qué es ser una persona resiliente? Una persona que aprende de lo bueno, quedarse con las cosas buenas, a pesar de las malas. Tener la capacidad de que te pase algo malo, y salir fortalecido de eso.

I: En eso me cuesta. Si es algo cercano, me cuesta, pero si es algo externo, me vuelco totalmente y le saco todo lo mejor de mí y soy más, en ayudar a aquella persona que sacar algo bueno para mí.

E: Y, ¿ha necesitado apoyo psicológico para esto?

I: Sí, llevo 4 años yendo al psicólogo y psiquiatra.

E: ¿Cómo se lo comunicó a su familia? ¿Qué le empujó a hacerlo?

I: Bueno, ellos ya lo veían. Era una cosa diaria, entonces ellos mismos te dicen que vayas al médico, que no lo dejes, y claro, son muchos años que llevo con esto.

E: ¿Quién fue su apoyo a lo largo de este proceso?

I: Siempre han sido mis padres y mi mujer.

E: ¿Se ha considerado alguna vez una carga?

I: No, porque no he sido nunca una persona de “ay, no me puedo mover de aquí”, “tengo que estar aquí”, siempre he estado moviéndome, intentando comprobar mis límites para ver hasta dónde podía llegar haciendo según qué cosas.

E: Pero también me refiero como, por ejemplo, pedir ayuda más de la que le gustaría pedir, o que estén un poco encima de usted.

I: Ah, claro, claro, pero son más las personas que te rodean. O sea, para ellos yo no soy una carga, pero ellos me ven como una persona más limitada y quieren cuidarte.

E: Vale, ¿cómo reaccionó su familia al saber de su enfermedad?

I: Preocupados porque no sabemos hasta dónde puede llegar. Vale, es degenerativo y les preocupa. Igualmente, intento evitar siempre decirles que me duele la espalda, lo llevas contigo, pero así ellos no se preocupan tanto.

E: ¿Se ha sentido alguna vez juzgado o tratado como una víctima de su enfermedad? O también, sentir que alguien piense que exagera, por ejemplo.

I: No, no porque siempre he sido muy trabajador y las personas que me rodean me conocen, y saben que he querido seguir trabajando a pesar de todo, hasta estando de baja, pedí voluntariamente el alta para no estar en casa.

E: Vale, ahora hablaremos sobre el tratamiento. ¿Qué tratamiento tiene?

I: Bueno, pues, tomo medicación oral, para el dolor, y antiinflamatorios para la discopatía y hago tratamiento psicológico, pero está más enfocado en la relajación, no antidepresivos, pero es un poco de relajación, para que no tenga ansiedad y esté más tranquilo.

E: ¿Cómo afrontó el tratamiento?

I: Bien porque llevo ya 4 o 5 años con él, y bien.

E: ¿Alguna vez ha renunciado al tratamiento?

I: Nunca he pensado en hacerlo, la verdad.

E: Y, ¿ha creído siempre en la efectividad del tratamiento?

I: No lo sé, sí que piensas “para qué me estoy tomando esto si luego estoy igual” y que me está pudiendo afectar a otro órgano del cuerpo, y claro, sí que piensas “no sé si tomarme o no tomarme” pero como me ayuda a controlar el dolor, confío.

E: Vale, ya estamos finalizando la entrevista. ¿Su forma de pensar ha cambiado desde entonces?

I: Sí, valoro, por ejemplo, ver a gente que está con problemas físicos peores que yo y entonces son como una referencia para mí, digo vale, yo tengo un problema, pero hay gente que está peor que yo y lo sacan adelante.

E: ¿Qué le diría a una persona a la que acaban de diagnosticar su misma enfermedad?

I: Pues sobre todo que lo sepa llevar, y mucha tranquilidad y relajación, que no se agobie porque eso le va a perjudicar. Que lo intente asimilar, y que se lo tome con calma.

E: ¿Hay alguna cosa que quiera añadir?

I: Bueno, pues no. Más que nada el tema de que las personas que sufran enfermedades crónicas o degenerativas, que lo primero cuanto antes asimilarlo, porque si no se le va a hacer muy pesado sobre llevarlo.

Anexo 3.3. Entrevista caso 3

Depresión

Me llamo A. M. L., nací en Tarragona el 18 de diciembre del 59, soy funcionaria del estado, transferida a la Generalitat, llevo 42 años trabajando. En mi casa vivo con mi padre, mi madre murió en el 2015. A mi padre lo cuido a medias con cuidadores que tiene. Estoy soltera. Mis aficiones leer, hacer sudokus, pasear...

I: ¿Cuál fue su diagnóstico?

E: Depresión.

Bueno, mis primeros diagnósticos fueron como nervios en el estómago, cuando estaba trabajando en Luxemburgo, estuve ingresada en un hospital 10 días por fuerte dolor abdominal.

Mi compañera de piso me hizo irme del apartamento porque si me pasaba algo, qué explicación les iba a dar a mis padres. Allí no me encontraban nada, encima me dijeron que no llamara a casa, que intentara aislarme porque eran nervios... Y claro, al estar sola, fuera de casa, no encontrarte bien... A raíz de todo esto pegue un bajón enorme en el que no tenía ganas nada más que de venirme a España. Después de dos años esos dolores continuos y distintos diagnósticos resultaron ser piedras en la vesícula. Me operaron de la vesícula, y una vez me operaron de la vesícula, me dio un bajón anímico total.

El médico de cabecera no me quería derivar a nadie, me tenía con unas pastillas que me dejaban sedada... hasta que me decidí irme pagando a un psiquiatra. Cuando fui al psiquiatra me dejó que me explicase lo poco que le dije, porque tampoco pude decirle mucho más, solo que no me encontraba bien y que cuando tomaba Orfidal me encontraba bien pero cuando no, no porque no estaba sedada, entonces él me dio un antidepresivo y un ansiolítico. Él no habló nada, me dejó que hablara y dijo que volviera a la semana siguiente.

Me empiezo a tomar la medicación y al segundo-tercer día me encuentro medio bien, el psiquiatra me dice que esta vez va a hablar él, y cuando me habla me dice que no había dicho nada la vez anterior porque dependía de cómo hubiera reaccionado con la medicación. Si no hubiera reaccionado bien me dijo que fui para ingresar, porque fui muy apurada, fui muy mal.

I: ¿Y tú qué le explicaste al psiquiatra?

E: Que me encontraba fatal, que solo me encontraba bien cuando me había tomado el Orfidal, que era poner un pie en la calle y se me venía la calle encima, tenía agorafobia total, yo solo estaba bien en casa, en mi habitación llorando continuamente, porque lloraba por todo, por todo.

Me decían hola, o me paraban por la calle y lloraba, no tenía ganas de arreglarme, no tenía ganas de nada, solo de estar encerrada.

I: ¿Y esto hace cuánto tiempo?

E: Pues en el año 1990, empecé.

I: ¿Y actualmente...?

E: Hace tres años que no tomo nada.

I: ¿Pero sigue yendo al psicólogo/psiquiatra?

E: Ya me dieron el alta.

I: ¿Cuál fue su primera reacción al saber que tenía depresión?

E: No reaccioné. No tomas consciencia de lo que tienes, por lo menos yo. Sí, me habían hablado de depresiones, pero yo en aquel momento no me encontraba bien, me daba igual.

I: ¿Cómo notó que algo no iba bien?

E: Pues eso, en que no tenía ganas absolutamente de nada, a mí todo me resbalaba. Yo me lo pasaba muy bien, vivía mi vida, vivía a mi aire y no tenía ganas de nada más que de estar encerrada y no moverme. Y eso, no podía salir a la calle, tenía que ir por las paredes porque tenía la sensación de que me mareaba.

I: ¿Y eso era porque le daban ataques como de ansiedad?

E: Sí, me mareaba, poner el pie en la calle y decirle a mi madre que me mareaba, que tenía que subir a casa, sobre todo sitios abiertos.

I: Entonces en supermercados, sitios así cerrados era imposible que los pisara, ¿no?

E: No pisaba nada, no me movía de casa.

I: ¿Estuvo de baja laboral?

E: Sí, no me movía para nada, lo pasaba fatal.

I: ¿Algún profesional de la salud se encargó de acompañarte emocionalmente?

E: Fuera de psiquiatras y psicólogos no. Al revés. Tenía que pasar revisiones médicas con los del ICAM (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques), y en el momento en el que me veían me daban el alta. Cuando estás mucho tiempo de baja, te hacen pasar por las evaluaciones. Tenías que llevar todos los papeles, informes, todo, y nada, te decían que al día siguiente tenías que estar en la oficina.

I: ¿Le dieron varias veces el alta sin creer usted que estaba bien?

E: Sí, pero luego volvía a coger la baja porque no podía salir de casa, no podía estar bien, no tenía más remedio.

I: ¿Cree que funcionó el tratamiento con su psicóloga?

E: Hombre, sí que funcionó a la larga porque me ha ido bien, pero yo un día que iba muy mal ella me veía perfecta, o un día que yo iba bien ella me veía mal.

I: ¿Qué preguntas se hacía para encontrar el sentido de la enfermedad?

E: Me preguntaba qué motivos tenía yo para estar así. No tenía motivos familiares, no tenía motivos sentimentales, ni económicos... en teoría no tenía ningún tipo de problema.

Puede que me hubiera afectado el irme a trabajar fuera, porque el ambiente de Luxemburgo no es el mismo que aquí, el carácter de la gente, etc. pero aparte de eso no tenía ningún problema, entonces no entendía por qué yo estaba así. Pero bueno, como el coco va por libre, pues yo qué sé un anuncio de sopa me hacía llorar...

I: ¿Ha afectado la enfermedad a su autoestima?

E: Sí.

I: ¿Y a tus motivaciones?

E: No, pero bueno mi autoestima nunca ha sido muy alta. Pero motivaciones no, para nada.

I: ¿Le ha hecho sentir la enfermedad una persona dependiente?

E: No, al revés. Mi madre mismo me echaba de su lado, me ponía a llorar y me decía 'Haz el favor, vete, ¿por qué lloras ahora?' Y como no apetecía en absoluto moverme, no dependía de nada, yo estaba super bien sola y encerrada, el problema era cuando salía.

I: ¿Qué percepción tenía sobre su propia salud? ¿Creía que le iba a mejorar?

E: Sí, y lo que he querido siempre además es dejar de medicarme. Era mi objetivo. Desde el año 90 hasta ahora me tomaba casi 5 pastillas diarias. Y, además, eso hay que dejarlo poco a poco. Hace unos años tuve un doctor de cabecera que un día de la noche a la mañana decidió quitarme los ansiolíticos, así, ya. Cuando se supone que tanto el antidepresivo como el ansiolítico te tienen que ir disminuyendo la dosis.... Y ahí pasé también otra racha bastante mala, porque el ansiolítico te crea dependencia y yo estaba acostumbrada a tomarme 3... Pero claro tantos años...y pasé unos meses muy malos.

I: ¿Y ha afectado esta enfermedad a su vida laboral?

E: Sí claro, al principio cuando cogí la baja, y tanto.

I: ¿Cuántos años estuvo de baja?

E: Estaba meses...luego me pedí 1 año que tampoco me encontraba bien, iba por temporadas... luego mi madre con el Alzheimer también fue un bajón... luego se murió un amigo que era como mi padre...no sé cuánto tiempo estuve de baja, pero estuve mucho. Yo no trabajaba una semana entera.

I: ¿Y eso ha sido un problema para volverse a insertar luego en el trabajo?

E: No, para nada. Me ha afectado a nivel de que donde yo he estado, estuve 39 años me he tenido que ir, por diversos problemas, el personal era distinto, no contaban conmigo para nada porque como me había pasado lo que me pasó y entonces me tuve que marchar. No puedes estar en una oficina siete horas y media al día sin hacer nada. Habrá quien le guste, pero yo no. Y me pedí un traslado, me pedí una comisión de servicios.

I: ¿Y cree que la enfermedad ha afectado a sus relaciones personales?

E: Sí claro, yo me aislé. Ellos ponían de su parte, pero yo no podía. Yo era ya quedaremos ya quedaremos, pero luego yo nunca estaba disponible.

I: ¿Actualmente los sigue conservando a todos?

E: Si, eran amigos.

I: ¿Cuánto tiempo tardó en aceptar la enfermedad?

E: Es que no fui consciente de que tenía depresión. Estaba tan hundida y tan metida en mi mundo que no era consciente. Ahora cuando me dicen depresión digo 'pocas bromas', cosa que antes no porque no tenía consciencia de lo que era, cuando alguien me decía 'tiene depresión' podía pensar 'joder qué jeta, mira que bien se lo monta'. Una depresión que además tienes que salir a la calle, yo tengo compañeros que han fingido depresión para darse de baja y hacerse la vida. Una vez tienes depresión piensas: esto no es una broma.

I: ¿Qué cosas le pasaban por la cabeza?

E: De todo.

I: ¿Cómo por ejemplo...?

E: No, suicidarme no se me pasó nunca por la cabeza, soy muy cobarde. Es lo primero que te preguntan los médicos. Creo que hay que ser muy valiente. Hay otros que consideran que hay que ser muy cobarde, yo creo que para hacer una cosa de esas... Yo me quiero mucho.

I: ¿Aun teniendo depresión, se seguía queriendo?

E: Sí claro. Yo no soy capaz de tomarme pastillas, alcohol...En el momento en el que empecé a medicarme...Yo antes sí que salía y bebía, pero desde que empecé a medicarme nada. También eso influye, dicen que si mezclas esas cosas se te cruzan los cables. Yo me veía incapaz de hacerme nada. Ni de tirarme por un balcón. Hay que tener mucho valor o un cruce de cables muy fuerte.

I: ¿Qué se le pasaba por la cabeza entonces?

E: Hacer cosas que me evadían, para no pensar, porque me sentía fatal. Eso no me podía durar toda la vida, tenía que salir, pero no sabía cuándo, y eso era lo que también me provocaba más ansiedad, no saber cuándo.

I: ¿Cómo considera que ha llevado la enfermedad?

E: Mal, muy mal, he estado muchos años muy mal. Eso no se lleva bien porque piensas que no vas a salir.

I: Pero usted sí que pensaba que iba a salir, ¿no?

E: Sí claro, eso es lo que me ha salvado. Si no estaría como hace unos años, con un moño vestida de negro y saliendo a la calle que no me conocía nadie cuando salía.

I: ¿Qué ha significado para usted la experiencia vital de padecer depresión?

E: Pues que hay que tirar para adelante, que no te puedes hundir por nada, lo que pasa que eso es muy fácil decirlo. Luego una tontería te puede hundir en la miseria, pero pasar por una cosa de esas piensas 'ostras, pues con lo mal que lo pasé no es cuestión de que alguien me amargue ahora la existencia por alguien o por una tontería...' Ahora porque está el coco así, igual mañana si el coco va de otra manera pues yo qué sé, me vuelvo a hundir.

I: ¿Los médicos le dijeron que podía volver a recaer?

E: Sí, siempre hay que estar pendiente de cualquier síntoma, hay que ir al médico. Te dicen que hay épocas, por ejemplo, la primavera...A mí es el mes de julio, no sé por qué. En el mes de julio, me dan unos bajones que me muero. Al principio del mes, bajón, ¡y si me descuido y no estoy prevenida...'puing!'

I: ¿Y qué intenta hacer para prevenirlo?

E: Intentar evadirme, y tenerlo presente, saber que estamos en julio y me suele pasar.

I: ¿Qué aspectos de su personalidad cree que han ayudado o no al afrontamiento de la enfermedad?

E: A mí, hay cosas que me resbalan todo, quizás también no es la enfermedad, quizás es la edad. Yo era una persona que jamás en la vida me afectaban las cosas y ahora hay

cosas que dices no....por aquí no. En ese sentido, ahora no soy tan tirada para adelante como era antes. Cualquier cosa me divertía...ahora no. Mi personalidad me ha ayudado a tomar conciencia de las cosas.

I: ¿Cree que ha sido optimista?

E: Eso va por etapas, a veces pensaba que sí y otras estaba hundida en la miseria. Hay veces que estás muy eufórica y de repente todo te cambia, y eso te afecta en el carácter. Yo me he vuelto mucho más reservada.

I: ¿Considera que un estado de ánimo positivo puede ayudar a conllevar mejor una enfermedad?

E: Sí, claro, lo que pasa que cuando tienes ese tipo de enfermedad lo positivo no lo ves así tan fácil. Tu estado de ánimo indudablemente te ayuda. Pero en ese tipos de casos entre tu estado de ánimo y la medicación...tu cabeza no va como tiene que ir.

I: ¿Se considera una persona con sentido del humor?

E: Bueno, ya no tanto, tenía antes más, ahora soy mucho más perspicaz.

I: ¿Cree que eso tiene alguna relación con su manera de soportar la enfermedad?

E: Si...cuando tienes eso sentido del humor tienes muy poco. Te dicen hola y parece que te estén dando el pésame.

I: ¿Se considera una persona resiliente?

E: Sí.

I: ¿Cómo se lo comunicó a su familia?

E: No dije nada. Porque lo vieron, pero no porque lo dijera yo.

I: ¿Tardaron mucho en darse cuenta?

E: Sí, unos años.

I: ¿No sentía ganas de desahogarse con alguna persona?

E: No, ninguna. No tenía ganas de nada.

I: Hay una pregunta que es quién fue su apoyo, pero en ese caso usted no lo tuvo, pero porque no lo quiso y porque no lo comunicó, ¿no? ¿Los que lo vieron cómo reaccionaron?

E: Exacto. Mi hermana lo vio evidentemente, hizo lo que pudo, pero siempre la tuve a un lado. Mi madre al final se concienció porque al principio se desesperaba y como yo no decía nada, ella no tenía ni idea y ella ayudó claro. Lo que pasa que luego cuando pasó todo

eso, hasta donde llegó (Alzheimer)...y luego los amigos de la oficina llamaban: “vamos a tomar café, vamos aquí, a comer...” pero yo nunca podía.

I: ¿Se ha considerado alguna vez una carga?

E: No, carga para mí misma. Tengo un día bueno y cuarenta malos.

I: ¿Cree que si siguieras teniendo depresión estaría dispuesta a que yo le entrevistara?

E: No.

I: ¿Se has sentido alguna vez juzgado o tratado como una víctima de su enfermedad?

E: No.

I: ¿Qué tratamiento tenía?

E: Antidepresivos y ansiolíticos. Psicólogo era cada 6 meses. Allí no te daban visita rápido, tardan. Fui cuando ya estaba con un tratamiento. Yo empecé sólo con psiquiatra.

I: ¿Cómo enfrentó el tratamiento?

E: Muy mal, porque no me gusta tomar pastillas. El psicológico bien, pero es lo que te digo, no coincidíamos nunca. Cuando me veía ella mal, yo bien y al revés.

I: ¿Alguna vez ha renunciado al tratamiento? ¿Ha creído siempre que fuera a ser efectivo?

E: No. No, porque algo que he tenido siempre muy claro desde que empecé es que son medicaciones que no te las puedes dejar por tu cuenta, yo he tenido dos o tres compañeras que lo han hecho y tienes que ir a urgencias, porque caes en picado y eso lo he tenido siempre muy claro. Lo que he tenido rachas que me estaban rebajando la medicación, ha venido el mes de julio y me he dormido un poco en los laureles, pues todo lo que he mejorado me lo han tenido que volver a empezar a dar porque me daba el bajón. Pero ya te digo, pastillas las odio. Me he llegado a tomar 5 al día. Me alegro mucho de haberlas dejado, no las echo nada de menos. Las últimas que me tomaba ya me daban hasta arcadas.

I: ¿Su forma de pensar ha cambiado desde entonces?

E: Sí, y tanto, en el sentido de que no me puedo dormir en los laureles, tengo que estar siempre alerta. No puedo decir estoy perfecta. Cualquier tontería... A mí sin tener absolutamente nada que me pasara eso..., si me pasara algo tengo que estar alerta, pendiente... También como más tranquila. Yo siempre he sido una persona que reacciono tarde mal. Puedo estar cabreada y te digo me caes fatal y tú no tienes ninguna culpa porque al que se lo quería decir es a la persona anterior... Mis reacciones... Pero eso sigue igual, estoy tratando de según qué cosas tomarlas con calma, verlas desde otro punto.

I: ¿Qué le diría a una persona a la que acaban de diagnosticar su misma enfermedad?

E: Nada. A mí todo lo que me decían no me ayudaban ni me servían de nada. Me daban la sensación como que daba pena. No te ayuda que te digan nada. Te ayuda que no te digan nada. Gente con la que tenía la confianza suficiente, sabían que no tenían que decirme nada.

I: ¿Nada de...?

E: Nada de nada. Nada que tuviera que ver con 'anímate, esto pasará...' Dime lo que quieras, pero eso no me ayuda nada. Tú sabes a la gente que tienes a tu lado no hace falta que te lo digan. A mí eso me hundía más en la miseria. Me tenía que ir porque además me ponía a llorar...No me ayudaba nada.

I: ¿Hay alguna cosa que quiera añadir?

E: Que no quiero volver a caer... (risas) Tratar de ser positiva, y no volver... que eso sea un episodio de tu vida, un capítulo muy largo...pero un capítulo.

Anexo 3.4. Entrevista caso 4

Depresión

Me llamo P. S. L., nací en Madrid en el 70, tengo 48 años, casi 49. Mis aficiones son la gimnasia, aunque no se note, el step, el spinning, el baile, la natación. A raíz de la artrosis, he dejado de hacer deporte. Trabajo como limpiadora en la DOW, llevo casi ya 21 años. Tengo una hija de 21 años que está estudiando. Estoy separada desde hace un año.

I: ¿Cuál fue su diagnóstico?

E: Depresión. Me dijeron que tenía que ver las cosas positivamente, y a mí me cuesta.

I: ¿Por qué fue al médico?

E: Me sentía muy triste, sentía que tenía ganas de morirme, no tenía ganas de nada...

I: ¿Hace cuántos años de ese diagnóstico?

E: Hace varios años ya, he tenido varios bajones, por lo menos hace 20 años.

I: ¿Y sabe a raíz de qué fue?

E: Todo empezó cuando mi padre se murió, en el 97 cuando nació mi hija. Al estar embarazada yo me creía que era cosa de hormonas, por eso no iba al médico. Una vez nació la niña yo quería irme con mi padre. De hecho, lo intenté más de una vez. Años después una persona se cruzó en mi camino, me gustó y me hizo daño emocionalmente, se me cruzó todo y quería morirme.

I: ¿Qué pasó después? ¿Cómo se dio cuenta que algo no iba bien?

E: Esa persona me gustaba, y pensaba que era mutuo, pero luego me enteré de que solo me estaba utilizando para ganar puntos en el trabajo, o eso creía. Cuando se fue yo estaba fatal, me puse super enferma, mentalmente. Traté de hacer otras cosas, ir al gimnasio, pero me iba y estaba llorando igual. Fue entonces cuando me di cuenta de que no iba bien.

I: Pero entonces ya llevaba varios años con depresión y medicación, ¿no?

E: Sí, pero no me servían de nada.

I: ¿Cuál fue su reacción cuando le dijeron que tenía depresión?

E: Pues que estaba como tonta, que me pasaba algo en la cabeza. Todo el mundo llevaba tiempo diciéndome que no sabía hacer nada, y yo llegué un momento que me lo creí, no le busqué más motivos a mi tristeza. Pero luego en el trabajo, mis compañeros me ayudaron bastante y empecé a desbloquearme, y ahora me encuentro medio bien. No diré que me encuentro del todo bien porque sigo pensando en el suicidio...

I: ¿Algún profesional de la salud le ha acompañado a nivel emocional?

E: No, solo el psicólogo.

I: ¿Qué preguntas se hace para darle sentido a la enfermedad?

E: Pues por qué me pasa esto a mí...Pero voy leyendo cosas y veo que esto le pasa a un montón de gente...entonces ya reflexiono en mí. Lo que pasa es que yo en lugar de ver la vida positivamente, la veo muy mal, y eso ha afectado negativamente.

I: ¿Cree que su autoestima ha afectado a su depresión?

E: Sí, porque considero que tengo mi autoestima por los suelos.

I: ¿Sus motivaciones se han visto afectadas por la enfermedad?

E: A raíz de mis enfermedades físicas no puedo hacer gimnasia, que era lo único que me motivaba a moverme... al no poder hacerlo, afecta negativamente a mi humor...

I: ¿La enfermedad le ha hecho sentir una persona dependiente?

E: Yo siempre he querido ser una persona independiente. Lo que ahora creo que necesito a alguien a mi lado.

I: ¿Qué percepción tiene sobre su salud mental?

E: Bueno...tengo bajones, subidas y bajadas. Mañana puedo estar muy eufórica, que a media tarde o a media noche estoy de bajón. Como esta mañana, me he levantado y estaba fatal, y a medida que ha pasado el día he ido mejorando. Aunque en eso también tiene que ver mi madre, ella me hace sentir bastante mal, tiene mucho carácter y temperamento, y yo tengo más.

I: ¿Qué siente en esos momentos de bajón?

E: En esos momentos quiero morirme.

I: ¿Hay algo que le frene a querer quitarse la vida?

E: En esos momentos no piensas en nada. Cuando me pasó lo de esto chico y mi madre y mi hija, que no podía estar con ella... como no podía hacerlo y estaba entre la espada y la pared, no podía pensar, y no pensaba en nada. La mente es muy complicada.

I: ¿La depresión ha afectado a su vida laboral?

E: Sí. Ahora todos van con pies de plomo, porque como ellos siempre han querido hacerme daño, ahora van con cuidado.

I: ¿Cree que la enfermedad ha afectado a sus relaciones personales?

E: Sí, yo ahora soy menos habladora y más desconfiada. A mi vida familiar no ha afectado.

I: ¿Cuánto tiempo tardó en aceptar que tenía depresión?

E: Todavía no lo considero aceptado.

I: ¿Cómo considera que lleva la depresión?

E: Muy despacio. No creo que me vaya a recuperar.

I: ¿Habla frecuentemente con el psicólogo?

E: Sí, pero a veces me cuesta explicarle y verbalizar lo que me pasa.

INTERVIENE LA HIJA, PRESENTE EN LA ENTREVISTA

H: Al psicólogo no le cuentas todo lo que te pasa, no le contaste que te intentaste suicidar.

E: Sí, pero de qué me sirve, ¿para que me ingresen en Pere Mata? Porque yo no quiero eso, yo quiero seguir adelante. Y me han hecho mucho daño muchas personas en el ámbito laboral. Personas que no querían hacerme daño, pero me lo han hecho. Y es ahí cuando yo no sé si lo que me pasa es emocional o mental.

I: ¿Qué ha representado para usted la experiencia vital de tener depresión?

E: Que no puedes vivir con facilidad. Yo el otro día pensé: ¿Qué hago con mi vida? Y luego me entran los bajones. Pero a veces pienso que si mi ex marido siguiera en casa estaría aún peor.

I: ¿Qué aspectos de su personalidad cree que han ayudado o no con su enfermedad?

E: Yo creo que he sido muy antisocial. No siempre, lo que pasa que a mí siempre me han mandado a callar y me han infravalorado. Cuando empecé a trabajar, me expandí. Allí pedía perdón por todo, y un hombre me dijo que no estaba bien, que no tenía que pedir perdón por todo... A raíz de que yo no estuve con el otro hombre, el que me gustaba... Los demás dijeron, esta tía no es tan tonta... Y empecé a ser una persona más cerrada, más pesimista.

I: ¿Considera que un estado de ánimo positivo puede ayudar a llevar mejor una enfermedad?

E: Sí, claro que sí.

I: ¿Se considera una persona con sentido del humor?

E: Sí, pero en los momentos de bajón el humor no está para nada.

I: ¿Y se considera una persona resiliente?

E: Sí, siempre intento quedarme con lo positivo, pero me cuesta. No afronto los problemas como debería de afrontarlos una persona adulta. Yo le hecho huevos a las cosas, lo que pasa que hay veces que emocionalmente me daña, y al estar emocionalmente mal no puedo afrontarlas.

I: ¿Cómo se tomó su familia que tuviera depresión?

E: Mi familia ya lo sabía, no fue ninguna sorpresa para ellos.

I: ¿Tuvo que decirlo o no hizo falta?

E: No hizo falta.

I: ¿Quién ha sido su apoyo en todo este proceso?

E: Pues mi gran apoyo ha sido mi hija, la primera. Y mi amiga. Si mi hija no hubiera existido yo ya me hubiera ido.

I: ¿Se ha considerado alguna vez una carga?

E: Sí, muchas veces, sobre todo una carga para mi hija.

I: ¿Cuándo piensa en el suicidio, no piensa en ella?

E: No puedo, no... No hay nada que me haga pensar. Me bloqueo. Un día yo estuve en un curso del trabajo y fuimos al comedor de la empresa a comer, allí vi al chico que a mí me gustaba, en cuanto lo vi, ya está... no vi nada, me quedé paralizada, no reaccionaba y no sabía por qué. Yo tengo miedo a bloquearme, y tomarme otra vez pastillas... es muy difícil. Ahora mismo pienso 'tía, tienes un control, tómate las pastillas y cuando te digan algo negativo pasa'. Pero luego es muy difícil.

I: ¿Siempre ha intentado suicidarse con pastillas?

E: Sí, y autolesionarme. Me hacía sentir bien. Y vomitar también.

I: ¿Y por qué cree que nunca lo ha conseguido?

E: Pues porque no era mi día *risas*. Me caí de pequeña de tres pisos de cabeza y no me maté, ya ves tú.

I: ¿Cuántas veces le da el bajón de intentarse suicidar?

E: Depende. Sobre todo, en invierno que está todo más oscuro, y más frío... Las estaciones del año tienen mucho que ver con el estado de ánimo de uno.

I: En sí, ¿cuántas veces cree que se ha intentado quitar la vida?

E: 4 o 5 veces....

Interviene la hija: Más...yo recuerdo la primera a los 12 años.

E: ¿Más? No sé...Pensaba en tirarme por la ventana y digo: '¿y si no me mato y me quedo tonta?' Pero eso también tiene mucho que ver con la persona. Por ejemplo, a mi madre no la quita de en medio ni Dios. Yo siempre he pensado que mi madre ha sido mi mente y yo he sido su cuerpo. Y eso no me gusta, no quiero. Porque yo soy una persona independiente y pienso por mí misma, quiero hacer las cosas como quiero hacerlas, no tiene que venir ella a decírmelas a mí. Hoy en día no lo hago, le pego cuatro chillidos.

I: ¿Su madre influye en cómo lleva la depresión?

E: Totalmente, no me ayuda para nada. Yo durante mucho tiempo no me he considerado una persona adulta. Me han hecho creer que dependo de la gente. Es ahora cuando realmente no lo creo. No asimilo las cosas, no soy lo suficientemente madura.

I: ¿Cómo reaccionó su familia al saber que tenía depresión?

E: Pues nada, se quedaron un poco así patidifusos. No dijeron nada, fui yo la que se alejaba porque me daba miedo estar con ellos, para que no me hundieran más. Es otra faceta de mí, me dan mucho miedo las cosas.

I: ¿Se ha sentido alguna vez tratada como una víctima de su enfermedad?

E: Sí, en general.

I: ¿Qué tratamiento tiene?

E: Ahora me estoy tomando tres pastillas. Está la Fluoxetina, que es el antidepresivo, y las otras dos son ansiolíticos.

I: ¿Cada cuánto va al psicólogo o psiquiatra?

E: Cada dos meses. Pero tampoco les cuento todo porque yo no quiero que me ingresen en el Pere Mata.

I: ¿Alguna vez ha renunciado al tratamiento?

E: Sí, una vez hace ya mucho. Se lo dije a la psicóloga porque le dije que no me servía de nada, y me recetó otro medicamento similar a ese.

I: ¿Y cree que le ha servido el tratamiento?

E: Sí, hay veces que sí. Pero hay veces que por la vida que uno lleva, no es suficiente.

I: ¿Alguna vez ha pensado que está curada?

E: No, siempre he pensado que no hay cura. Yo ahora mismo no puedo vivir sin las pastillas, cuando antes no las necesitaba. El remedio será eficaz pero no es bueno.

I: ¿Su forma de pensar ha cambiado desde entonces?

E: Mi forma de pensar ha cambiado desde que cierta persona me la ha hecho cambiar. Yo quiero mirar hacia adelante, seguir con mi trabajo y con mi vida. Yo quiero curarme.

I: ¿Cree que va a ser posible que se cure?

E: No, yo creo que es algo que voy a tener siempre. Al menos yo.

I: ¿Qué le diría a una persona que acaba de ser diagnosticada de depresión?

E: Que tenga paciencia. Que puede ser que se cure o que puede ser que no. Eso le diría, que tenga paciencia. Porque tener una depresión fuerte es duro, muy duro. Hay veces que te ves impotente en hacer las cosas. Yo me he sentido así.

I: Una última pregunta: ¿Cuándo está de bajón, prefiere que la gente esté por usted o que no le digan nada?

E: Que no me digan nada, que pasen de mí y me dejen tranquila.

I: Muy bien, pues aquí se acaba la entrevista, muchas gracias.

E: A ti, no hay de qué.

Anexo 4. Modelo de cuestionario definitivo de M.^a Teresa Lluch

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2 Los problemas me bloquean fácilmente				
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4 me gusto como soy				
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6 me siento a punto de explotar				
7 Para mi, la vida es aburrida y monótona				
8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12 veo mi futuro con pesimismo				
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15 soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o				
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17 intento mejorar como persona				
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19 me preocupa que la gente me critique				
20 creo que soy una persona sociable				

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23... pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 pienso en las necesidades de los demás				
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37 me gusta ayudar a los demás				
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

Anexo 5. Cuestionario SM+ contestado por los entrevistados

Anexo 5.1. Cuestionario SM+ entrevistado 1

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				X
2 Los problemas me bloquean fácilmente			X	
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				X
4 me gusto como soy			X	
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas			X	
6 me siento a punto de explotar			X	
7 Para mi, la vida es aburrida y monótona			X	
8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional		X		
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas		X		
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				X
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				X
12 veo mi futuro con pesimismo			X	
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones			X	
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean			X	
15 soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o			X	
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				X
17 intento mejorar como persona				X
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"			X	
19 me preocupa que la gente me critique				X
20 creo que soy una persona sociable				X

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos		X		
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida			X	
23.... pienso que soy una persona digna de confianza		X		
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				X
25 pienso en las necesidades de los demás			X	
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal			X	
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme	X			
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información		X		
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan			X	
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				X
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada			X	
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes			X	
33 me resulta difícil tener opiniones personales			X	
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o		X		
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no			X	
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones			X	
37 me gusta ayudar a los demás		X		
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o			X	
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				X

Anexo 5.2. Cuestionario SM+ entrevistado 2

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				X
2 Los problemas me bloquean fácilmente		X		
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				X
4 me gusto como soy			X	
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas			X	
6 me siento a punto de explotar				X
7 Para mi, la vida es aburrida y monótona			X	
8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				X
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				X
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi		X		
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	X			
12 veo mi futuro con pesimismo				X
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones		X		
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				X
15 soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o	X			
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden			X	
17 intento mejorar como persona				X
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	X			
19 me preocupa que la gente me critique				X
20 creo que soy una persona sociable	X			

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos		SIEMPRE	X	
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida			X	
23.... pienso que soy una persona digna de confianza	X			
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				X
25 pienso en las necesidades de los demás	X			
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal			X	
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme			X	
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información	X			
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan	X			
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				X
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				X
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	X			
33 me resulta difícil tener opiniones personales				X
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o	X			
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				X
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones	X			
37 me gusta ayudar a los demás	X			
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o			X	
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				X

Anexo 5.3. Cuestionario SM+ entrevistado 3

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUUNCA O CASI NUUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías			X	
2 Los problemas me bloquean fácilmente			X	
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				X
4 me gusta como soy		X		
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				X
6 me siento a punto de explotar			X	
7 Para mi, la vida es aburrida y monótona				X
8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	X			
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas			X	
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				X
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas			X	
12 veo mi futuro con pesimismo				X
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				X
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				X
15 soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o	X			
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden	X			
17 intento mejorar como persona	X			
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"			X	
19 me preocupa que la gente me critique				X
20 creo que soy una persona sociable		X		

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos		<input checked="" type="checkbox"/>		
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida		<input checked="" type="checkbox"/>		
23.... pienso que soy una persona digna de confianza	<input checked="" type="checkbox"/>			
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás		<input checked="" type="checkbox"/>		
25 pienso en las necesidades de los demás			<input checked="" type="checkbox"/>	
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal			<input checked="" type="checkbox"/>	
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme			<input checked="" type="checkbox"/>	
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información			<input checked="" type="checkbox"/>	
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan		<input checked="" type="checkbox"/>		
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes			<input checked="" type="checkbox"/>	
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes		<input checked="" type="checkbox"/>		
33 me resulta difícil tener opiniones personales				<input checked="" type="checkbox"/>
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				<input checked="" type="checkbox"/>
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				<input checked="" type="checkbox"/>
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones		<input checked="" type="checkbox"/>		
37 me gusta ayudar a los demás		<input checked="" type="checkbox"/>		
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				<input checked="" type="checkbox"/>
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				<input checked="" type="checkbox"/>

Anexo 5.4. Cuestionario SM+ entrevistado 4

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías	X			
2 Los problemas me bloquean fácilmente	X			
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas		X		
4 me gusto como soy				X
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				X
6 me siento a punto de explotar	X			
7 Para mi, la vida es aburrida y monótona	X			
8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	X			
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	X			
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí			X	
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	X			
12 veo mi futuro con pesimismo	X			
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	X			
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean			X	
15 soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o		X		
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden			X	
17 intento mejorar como persona			X	
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				X
19 me preocupa que la gente me critique				X
20 creo que soy una persona sociable				X

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				X
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				X
23.... pienso que soy una persona digna de confianza			X	
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	X			
25 pienso en las necesidades de los demás	X			
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				X
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme			X	
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información		X		
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan			X	
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	X			
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	X			
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	X			
33 me resulta difícil tener opiniones personales	X			
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o	X			
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no		X		
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones			X	
37 me gusta ayudar a los demás	X			
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o	X			
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				X

Anexo 6. Tabla de resultados: Factores de SM+ encontrados en las entrevistas

Anexo 6.1. Tabla de resultados entrevistado 1

ENTREVISTADO 1	
Factor 1: Satisfacción personal	“Mis hijos y mi mujer me hicieron ver que había vida y había que luchar y aceptarlo y no centrarse en lo malo de la enfermedad.”
	“Me considero una persona resiliente, por poder aceptar la enfermedad y todo lo que conlleva.”
Factor 2: Actitud prosocial	No se observa ninguna evidencia de este factor.
Factor 3: Integración	“A pesar de todo, acepté la enfermedad bastante rápido. Las conversaciones con el médico, el apoyo de mi familia,... pues me hizo ver que, aunque no quisiera estaba ahí y había que dejar que siguiera su curso.”
	“Después de una conversación con el médico también me hizo ver la realidad, en el sentido que no había que darle vueltas a las razones por las cuales estabas allí, sino que simplemente... había que mirar hacia adelante.”
Factor 4: Autonomía	“La enfermera me enseñó que no dependía de mi mujer para el cuidado de los estomas. Hoy en día, por suerte, soy autosuficiente y me lo puedo hacer yo.”
	“Después de reincorporarme a la vida laboral de nuevo, las tareas que tenía que llevar a cabo no tenían ningún impedimento por parte de la enfermedad para realizarlas.”
Factor 5: Resolución de problemas	“Afrontas la vida de una forma diferente”
	“Hay que afrontar lo que hay, mirar hacia adelante, y confiar en que todo salga bien.”
Factor 6: Relaciones Interpersonales	“A una persona que acaban de diagnosticar mi misma enfermedad, le diría que confiara en los profesionales y que se dejara llevar, y que confíe en que irá a buen puerto.”

Anexo 6.2. Tabla de resultados entrevistado 2

ENTREVISTADO 2	
Factor 1: Satisfacción personal	No se observa ninguna evidencia de este factor.
Factor 2: Actitud prosocial	“Me cuesta ser una persona resiliente, pero si es algo externo, me vuelco totalmente y soy más, en ayudar a aquella persona que en sacar algo bueno para mí”
Factor 3: Integración	No se observa ninguna evidencia de este factor.
Factor 4: Autonomía	“La percepción que tengo de mi enfermedad es que esto va a ser para siempre y que tengo que saber asimilarlo lo antes posible y de la mejor forma”
Factor 5: Resolución de problemas	“Estando de baja, pedí voluntariamente el alta para no estar en casa”
Factor 5: Resolución de problemas	“Me gustan todos los deportes y siempre hacer algo nuevo. Por ejemplo, actualmente estoy estudiando catalán.”
Factor 5: Resolución de problemas	“Lo que me hace intentar evadirme un poco y no pensar en la enfermedad es estudiar, he empezado a aprender a tocar la guitarra por tutoriales”
Factor 6: Relaciones Interpersonales	No se observa ninguna evidencia de este factor.

Anexo 6.3. Tabla de resultados entrevistada 3

ENTREVISTADA 3	
Factor 1: Satisfacción personal	“Aunque tuviera depresión yo me seguía queriendo”
	“Suicidarme no se me pasó nunca por la cabeza, soy muy cobarde...Yo me quiero mucho”
Factor 2: Actitud prosocial	No se observa ninguna evidencia de este factor.
Factor 3: Integración	“Hacía cosas que me evadían para no pensar porque me sentía fatal. Eso no me podía durar toda la vida.”
	“Hay que tirar hacia adelante, no te puedes hundir por nada.”
Factor 4: Autonomía	No se observa ninguna evidencia de este factor.
Factor 5: Resolución de problemas	“Me preguntaba a mí misma qué motivos tenía yo para estar así. No tenía motivos familiares, sentimentales o económicos...en teoría no tenía ningún tipo de problema”
	“Siempre he creído que acabaría curándome. Eso es lo que me ha salvado. Además, lo que quería era dejar de medicarme.”
Factor 6: Relaciones interpersonales	No se observa ninguna evidencia de este factor.

Anexo 6.4. Tabla de resultados entrevistada 4

ENTREVISTADA 4	
Factor 1: Satisfacción personal	“No le cuento todo al psiquiatra porque no quiero que me ingresen en el Pere Mata. Yo no quiero eso, yo quiero seguir adelante.”
Factor 2: Actitud prosocial	No se observa ninguna evidencia de este factor.
Factor 3: Integración	“Pienso que por qué me pasa esto a mí...Pero voy leyendo cosas y veo que esto le pasa a un montón de gente...Entonces ya reflexiono en mí”
	“Ahora mismo pienso: ‘Tía, tienes un control, tómate las pastillas y cuando te digan algo negativo pasa’.
Factor 4: Autonomía	“Yo quiero mirar hacia adelante, seguir con mi trabajo y con mi vida. Yo quiero curarme”
	“Yo siempre he pensado que mi madre ha sido mi mente y yo he sido su cuerpo. Y eso no me gusta, no quiero. Porque soy una persona independiente y pienso por mí misma”
Factor 5: Resolución de problemas	“En el trabajo, mis compañeros me ayudaron bastante y empecé a desbloquearme, y ahora me encuentro medio bien”
Factor 6: Relaciones interpersonales	No se observa ninguna evidencia de este factor.