

**UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN SALUD, CONOCIMIENTO MÉDICO Y SOCIEDAD**  
**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SALUD MENTAL, PSIQUIATRÍA Y SOCIEDAD**

**Narrativas de personas adultas diagnosticadas con Trastorno Obsesivo Compulsivo**  
**en blogs: un estudio contextual de su experiencia**  
**Tesis de grado para optar al título de Psicóloga**

**María Fernanda Amarillo González**

Tutores

**Carlos Molina**

**Claudia Platarrueda**

**José Zapata**

**Bogotá, agosto de 2019**

## **AGRADECIMIENTOS**

Antes que nada, agradezco a mis tutores de tesis, personas con grandes conocimientos que se han esforzado por colaborar en toda la trayectoria y proceso de obra de conocimiento, me han permitido generar reflexiones críticas frente al proyecto investigativo y han generado una constante construcción de mi posición como psicóloga.

No fue un proceso fácil, pero estuvo lleno de aprendizaje y de crecimiento personal, gracias a la dedicación y disposición permanente de todas las personas que, con sus conocimientos y su afecto, estuvieron apoyándome para la culminación de mi tesis.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
La importancia de las voces de los sujetos.....	9
Aproximaciones sobre experiencia .....	30
<b>Objetivos de la investigación</b> .....	32
<b>CAPÍTULO I: PERCEPCIÓN FRENTE A ESO LLAMADO “TOC”</b> .....	37
TOC COMO PARTE DE LA EXPERIENCIA DE VIDA.....	43
ESTRATEGIAS PROPIAS DEL SUJETO FRENTE A LA INTERACCIÓN CON LOS MEDICAMENTOS Y EL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL.....	45
<b>CAPÍTULO II: EL VALOR DE LAS NARRATIVAS – FACTORES EMERGENTES</b> Los síntomas como forma de alarma y de expresión del cuerpo y la mente	53
Espiritualidad como factor emergente de las narrativas.....	57
<b>CAPÍTULO III: RELACIONES AFECTIVAS COMO MEDIADORAS DEL DIAGNÓSTICO</b> .....	61
La experiencia como proceso de significación en el sujeto .....	62
Otras formas de ver el diagnóstico: Desde una mirada constructorista .....	67
El contexto como factor que interviene en el modo de comportarse del sujeto .....	72
La significación del diagnóstico configurada por factores socioculturales y familiares.....	76
<b>CONCLUSIONES</b> .....	82
Limitaciones.....	94
Reflexiones.....	95
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	98

## RESUMEN

Esta investigación fue planteada para indagar cómo entienden su experiencia las personas adultas diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo, TOC, partiendo desde cómo llegaron a ser diagnosticadas y los factores emergentes de ese diagnóstico, para comprender cómo se configuran dichos factores en los significados que las personas otorgan a su enfermedad, más allá del diagnóstico mismo. La búsqueda se aborda desde una postura construccionista, con autores como Gergen, Berger y Luckman, quienes hacen indicaciones importantes respecto a la cualidad de construcciones sociales tanto de la realidad como del sujeto, de modo que el significado que las personas le atribuyen a la realidad se da por medio de las interacciones que generan diariamente.

Se da cuenta de las experiencias a partir de las narrativas realizadas a 18 personas adultas diagnosticadas con TOC, utilizando como herramienta de recopilación de información los blogs de Facebook en habla hispana. Para interpretar dichas narrativas, se tuvo en cuenta el proceso de la construcción del significado, el contexto en el que se desenvolvían los sujetos, y la familia como sistema configurativo y afectivo de la realidad de estos.

**Palabras clave:** Construccionismo, experiencia, significado, interacción, sujeto, narrativas, diagnóstico, trastorno obsesivo compulsivo.

## **ABSTRACT**

This research was proposed in order to investigate how adults diagnosed with OCD understand their experience, how did they get diagnosed and how does it configure these emergent factors that make possible the meanings given by people, beyond the diagnosis itself. TOC From a constructionist position with authors like Gergen, Berger and Luckman where they indicate that reality and the subject are social constructions, likewise the meanings that people attribute to reality through the interactions they generate on a daily basis. The experiences come to light from the narratives made through interviews with 18 adults diagnosed with OCD, in Facebook blogs where the process of the meaning of the people was taken into account, the context in which the subject developed, the family a configurative and affective system of the subject's reality.

**Key words:** Constructionism, experience, meaning, interaction, subject, narratives, diagnosis, disorder.

## INTRODUCCIÓN

*“Pues es una enfermedad mental, pero al mismo tiempo no creo que sea mala porque te puede ayudar... Digamos, mi psiquiatra me decía en la consulta pasada que las personas que son obsesivas son aquellas que logran sus metas, logran grandes cosas... Y con eso estoy totalmente de acuerdo porque solamente hay que saber controlarlo, pero [en] sí este no es malo, si lo puedes controlar, es algo que lo puedes utilizar para cosas positivas en tu vida.”*

*(Entrevista a Ana de la Torre, 2017)*

Esta investigación surgió de una inquietud por conocer cómo entienden su experiencia las personas adultas con TOC, partiendo de cómo fueron diagnosticadas y de cómo ello juega un papel importante en la configuración de los factores emergentes y la construcción de nuevos significados a partir de dichos factores. Los sujetos partícipes de esta investigación sacan a la luz diferentes perspectivas de cómo cada uno ha asumido una postura frente a lo que viven día tras día, y de cómo las interacciones sociales en diversos espacios les permiten configurar y reconfigurar de manera propia aquello que en un diagnóstico inicial fue llamado “Trastorno Obsesivo Compulsivo”.

Según Vanessa Giraldo en su trabajo “Vivencias de niñas y niños diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo en el Hospital de la Misericordia, Bogotá” (2008), el TOC, como cualquier categoría diagnóstica en psiquiatría, se muestra no solo como un

concepto construido históricamente, sino como una experiencia que es vivida de maneras distintas en cada sociedad y por cada familia e individuo (Giraldo, 2008).

Por su parte, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) y el libro *Venza sus obsesiones*, de Edna Foa y Reid Wilson, muestran tres diferentes perspectivas de conceptualización desde las cuales puede verse cómo ha sido definido el TOC desde dos ángulos convencionales, el primero de los cuales se constituye como el estándar con relación al cual otras instancias o actores establecen o descartan la existencia del trastorno, así como su nivel de afectación sobre la persona diagnosticada.

Desde el DSM-5, el cuadro de TOC reúne un perfil estereotipado de sujetos con ideas obsesivas, las cuales se definen como pensamientos, impulsos o imágenes mentales que la persona trata de ignorar o de hacer que desaparezcan. Las compulsiones, por su parte, son conductas repetitivas cuyo propósito es prevenir o reducir la angustia del sujeto. Adicionalmente, el manual DSM incluye como indicador del grado de afectación que la persona con TOC comprenda que sus pensamientos obsesivos-compulsivos pueden no estar relacionados directamente con la realidad, o si está convencida de estar razonando en propiedad. Por ejemplo, es posible que alguien sepa que no es necesario revisar la estufa treinta veces, pero que sienta que deba hacerlo de todas maneras (APA, 2013).

El libro *Venza sus obsesiones* define estas últimas como preocupaciones relativamente estables; se trata de los mismos pensamientos, imágenes o impulsos que aparecen en forma reiterada y resultan perturbadores y alarmantes, llegando a provocar a

menudo un sentimiento de vergüenza. Estos comportamientos pueden ser persistentes, repetitivos, involuntarios y difíciles de soportar. (Foa y Wilson, 2014, p. 20-21). A diferencia del manual DSM, se percibe en esta definición cierto interés por el sentimiento del afectado, aunque sin descuidar los rasgos prototipo que diferenciarían al afectado de TOC del comportamiento estándar de una persona.

Puede decirse que ambos enfoques tienen en común el considerar los trastornos como categorías codificables y experimentables como tales en relación a la norma cultural de un yo activo, responsable y que elige libremente, desarrollando su potencial en el mundo a través del moldeado de un estilo de vida (Bianchi, 2012), pero en especial en relación a cómo los afectados por dichos trastornos se apartan de ella

#### La importancia de las voces de los sujetos

Después de haber considerado lo anterior, comencé a considerar el valor de evidenciar las experiencias de los sujetos partícipes en mi proyecto, y de encontrar lo que se desprendía de dichas experiencias más allá de haber sido diagnosticados; ellos fueron los actores de esta investigación y los que configuraron sus categorías y sus límites. Cada una de sus palabras era una muestra de la forma de vivir esa experiencia, y cada aspecto del relato se construía como un eslabón para reconfigurar todo aquello que estaban viviendo. En ese espacio de reconfiguración estaban tanto las emociones sentidas como la expresión o contención de ellas; la relación entre emociones y hechos; la afectación de los espacios de rutina y de sus relaciones motivada por eventos y percepciones. Adicionalmente, estaba la

conciencia de que sus familias y allegados también estaban inmersos en ello y que, por ello, participaban también en la transformación de la experiencia y de sus contenidos.

El trabajo con las personas que compartieron sus palabras y sus experiencias para la presente investigación se desarrolló durante un año, entre 2016 y 2017. Se comenzó por contactar un grupo inicial de 18 personas, a las cuales se tuvo acceso mediante blogs relacionados con el TOC, alojados en la plataforma Facebook. De las 18 personas contactadas inicialmente, 14 accedieron a participar en el proceso posterior. Con ellas se realizaron entrevistas con una duración promedio de hora y media cada una, para lo cual se utilizó la plataforma Skype.

La investigación se realizó con personas mayores de edad, cuyo rango de edad está entre los 20 y 39 años. Gracias al contacto a través de blogs, se logró hablar con personas de España, Perú, México y Argentina. A todas ellas se les informó cuál era el fin del proyecto y por qué el interés de realizar estas narrativas, centrado en explorar el surgimiento y la resignificación de los sentidos asociados con el TOC, más allá del diagnóstico.

En este momento considero importante mencionar que mi propia experiencia con trastornos similares ha sido uno de los elementos clave para configurar esta investigación, así como para perfilar lo que considero fundamental al hablar de las voces de los sujetos a través del TOC. Al reflexionar sobre mi experiencia, encontraba relevante repensar el proceso de relacionarme con mi propio diagnóstico, comprender mi necesidad de trabajar con él para quitar el peso de su etiqueta, que terminó recayendo sobre mí como persona, así

como comprender y reelaborar el por qué sentía lo que sentía. Más que la enunciación formal de los objetivos o de la pregunta de investigación, fue el transmitir a ellos esta necesidad lo que me permitió construir confianza y escucha.

En las narrativas que se realizaron los individuos eran los entrevistados, pero estaban lejos de ser un objeto pasivo de investigación. Estaban dispuestos no solo a responder sino a preguntar, y en especial querían entender el enfoque de la investigación. Progresivamente, se fue haciendo más importante el hecho de que una persona que estudiaba psicología y que había sido diagnosticada con TOC les pudiera escuchar de un modo diferente, porque tenía una experiencia similar a la que ellos estaban viviendo; era más factible que entendiera lo que ellos querían expresar. Yo encajo en el perfil, pues cuando me diagnosticaron estaba en el promedio de edad de las personas que entrevisté. Como la mayor parte de ellos, tenía pareja y estaba muy cerca de ser profesional cuando me diagnosticaron: de los participantes, todos son profesionales ya sea en un técnico o carrera profesional.

En ese momento se hizo evidente que la experiencia se había convertido en un rasgo fundamental de la investigación, más que para entrar en contacto, para comprender de manera más específica cómo se iban dando los procesos de resignificación. Solo en un par de casos la revelación de mi propio diagnóstico se dio de forma explícita; en los demás, aunque la empatía estaba presente, no fue necesario. Todas las personas dejaron las puertas abiertas para siguientes entrevistas.

Junto a la lectura previa de los blogs en los cuales se contactó a quienes terminaron siendo los participantes, fue importante decidir que una sesión no sería suficiente para que apareciera lo necesario para la investigación, para la emergencia de la voz, pues es importante disponer de un tiempo para establecer confianza, para gestionar la eventualidad de que los entrevistados decidan centrarse en un solo punto, de que puedan escucharse a sí mismos o de que no recuerden los eventos en el momento. Con cada uno de los entrevistados se realizaron de dos a tres sesiones vía Skype, buscando siempre dar espacio a esos procesos tanto como a los contenidos. A continuación se hace una breve presentación de cada una de las personas que brindaron su experiencia para este trabajo.

Perfil de los participantes en la investigación

### **Ana de la Torre**

Es una mujer de 21 años, nació en México, vive con sus padres y hermanos. Está cursando quinto semestre de la carrera de psicología y trabaja cuidando niños. Desde los 8 años lleva experimentando un proceso de sufrimiento, en primera instancia, con sus desórdenes alimenticios; luego fue diagnosticada de depresión. Ella no sabía que tenía trastorno obsesivo compulsivo, pero iba contando las persianas, los árboles, los coches, muchas cosas; también en las palabras iba contando las letras, y con la limpieza también era muy exigente. Fue diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo a los 19 años.

**Ana España**

Es una mujer de 29 años, nació en España, vive con sus padres y sus hermanos, estudia a distancia trabajo social, pero detuvo sus estudios debido a problemas de salud. Los comportamientos relacionados con el TOC comenzaron a intensificarse a sus 12-15 años, pero Ana siente que desde que nació hacía cosas que no eran “normales”, y lo ha sentido como una enfermedad limitante. Ella menciona que hace siete años estudiaba, sacaba buenas notas, salía, se comunicaba con la gente, no tenía problemas de socialización y tampoco para salir a la calle. Hace cuatro años está yendo a terapias, las cuales continúan hasta ahora, y hace tres está tratándose con fármacos de psiquiatría.

**Ángel**

Es un hombre de 18 años; nació en Perú, vive con su papá, su mamá y su hermano. Está en proceso de buscar qué estudiar y aún no está trabajando. Desde los 11 años iba a un lugar y veía, por ejemplo, un poste, y luego tenía la necesidad de verlo dos veces: tenía que verlo y volverlo a repetir. Cosas como esta le siguen pasando hasta ahora. Del mismo modo, siente miedo de que un carro que corre en dirección contraria a él lo lastime, o de que un carro le pueda provocar un accidente, aun cuando se encuentra lejos. Dice sentir su cabeza como una cárcel.

Ángel fue al médico general porque sentía que le faltaba la respiración; este doctor le recomendó que buscara ayuda psicológica, entonces fue donde una psicóloga que le dijo

que debía ir con un psiquiatra y él fue quien le dijo que tenía trastorno obsesivo compulsivo.

### **Ariadna**

Ella es una mujer de 22 años, nació en Barcelona. Estudió física y economía; luego decidió estudiar diseño y comunicación. Trabajó en bancos, donde manejaba créditos de acciones de las empresas. Se considera una persona un poco complicada; desde pequeña se siente diferente a los demás. Menciona que desde los 3-4 años comenzó a vivir las experiencias asociadas al TOC sin estar diagnosticada. Vive con su novio y en un principio su estado afectaba la relación, pero luego los rasgos problemáticos fueron disminuyendo gracias a que Ariadna habló con un psicólogo que le permitió entender lo que sentía y, así mismo, expresarlo de otra manera.

### **Érika**

Ella es una mujer de 25 años, nació en México. Ella se encontraba haciendo un diplomado y trabajando. Cuando tenía unos 11 años y medio, empezó a sentir miedo de morir, pero su mayor temor era que se muriera alguno de los miembros de su familia con los que vivía: su mamá, su papá o su hermana. Según palabras de Erika, su padre no se tomó el diagnóstico de la mejor manera. Cuando le empezaban los ataques en la noche, que se expresaban con una angustia intensa, su mamá la abrazaba y eso generaba calma en ella.

**Fanny**

Es una mujer de 25 años, nació en Honduras, pero vivió la mayor parte de su vida en Estados Unidos; estudia artes y psicología. Desde los 5 hasta los 14 años considera haber tenido una infancia sana, bonita; jugaba como cualquier niño, nunca se sentía triste ni nada de esas cosas. A los 15 años fue cuando comenzaron los síntomas del TOC, que empezaron a afectarle en todos los ámbitos de su vida. Desde niña estuvo en un ambiente muy religioso, con reglas muy estrictas acerca de Dios. Se dio cuenta de que algo le ocurría cuando comenzó a tener pensamientos desagradables contra Dios. “Obviamente, haber pensado algo malo contra Dios me causaba miedo porque yo decía: “¿Cómo puedo pensar esas cosas tan feas contra Dios? Dios me va a castigar”. Entonces me entraba ese miedo... y la forma como yo lograba calmar ese miedo o la ansiedad que me provocaban estos pensamientos era a través de rezar, orar. Eso se volvió rito” (Entrevista a Fanny, 2017).

En un principio, la familia no aceptaba su malestar. Su mamá le decía que ella no tenía nada, que eso estaba en su mente, y que no debería creerles a los psicólogos ni a los psiquiatras.

**Fernanda**

Es una mujer de 24 años, nació en Argentina, vive con su mamá y su hermana, es técnica en recursos humanos. De las cosas que más le afectaba era que en ocasiones empezaba a pensar en que se podía morir, o que se iba a incendiar su casa. Piensa que le puede pasar algo malo cuando escucha una palabra relacionada con ello; por ejemplo, una enfermedad

siempre la relaciona con su mamá: le da miedo que su mamá caiga afectada por la enfermedad que escuchó mencionar.

### **Jasiel**

Es un hombre de 31 años, nació en México, vive con sus papas, trabaja como psicólogo en el hospital psiquiátrico de la ciudad de Culiacán y como parte de su formación estudió todo lo relacionado con el TOC. Además, cree que desde niño ha tenido problemas con su estado de ánimo: para que se sintiera bien todo tenía que estar perfecto, todo en el ambiente tenía que ser muy simétrico. A nivel corporal, le preocupaba mucho la piel. A sus 20 años comenzó a estudiar psicología y se especializó en psicología clínica. Para su familia fue complicado entender el diagnóstico. En palabras de Jasiel, “su familia no quería batallar” con su; como al primer mes se rindieron porque vieron que el problema avanzaba y no se curaba.

### **Karen**

Es una mujer de 23 años nacida en Perú. Estudio diseño de interiores, actualmente está estudiando administración y marketing, y trabaja para Negocios Perú. En su vida cotidiana, trabaja, estudia y llega a su casa. No acostumbra a salir mucho de su casa, tiene una hija de cinco años que vive con el papá, del cual se encuentra separada desde hace cuatro años y dos meses. Según lo menciona Karen, sus comportamientos asociados al TOC se iniciaron cuando comenzó a trabajar, pues ya antes de que le llegara el sueldo ya había gastado todo con las tarjetas y pedía prestado para sus compras. Aunque consideraba que muchas de las

compras no eran necesarias, las hacía de todas maneras; luego lo pensaba y le entraba cargo de conciencia. Esa conducta se mantiene hasta ahora.

### **Karla**

Es una mujer de 38 años, nació en México. Ella es ama de casa, vive con su esposo e hijos. Ella intuye que su diagnóstico de TOC es hereditario, ya que ha visto en su familia a personas que tienen los mismos síntomas que ella pero en menor grado, como su hermana, su prima y su tía, de quienes presume tienen TOC no diagnosticado. Ellas le dicen que les pasa lo mismo que a ella, pero la diferencia es que ellas tienen un trabajo, son personas activas y tienen mil preocupaciones. Ella fue diagnosticada a los 23 años de edad; sin embargo, considera que su tipo de TOC, que es en relación con Dios, se debe a su educación en un colegio católico y a que su familia también era muy católica. Esto generaba que ella pensara en conceptualizaciones como miedo, culpa y castigo frente a Dios.

### **Lorena**

Ella es una mujer de 25 años, nació en México, vive con su padre, madre y hermanas. Realizó estudios técnicos en trabajo social, aunque actualmente siente que no puede trabajar ni salir. Por ahora, su actividad cotidiana es tejer bufandas con su madre, cosa con la que el profesional de la salud que apoya a Lorena está en desacuerdo, puesto que la labor se basa en realizar repeticiones. Otro de los actos compulsivos de Lorena es lavarse las

manos con cloro, ya que es el único producto que, afirma ella, “le quitará la contaminación”. Ella sabe que no debe pensar ni realizar estas acciones tan continuamente.

### **Nathan**

Es un hombre de 26 años, es de Castelar, Buenos Aires. Vive con un amigo, trabaja por su cuenta en su casa y estudia marketing online, redes sociales para empresas. En la academia desarrolló una web, lo visual, y programación de páginas web. Estuvo trabajando, luego tuvo tres licencias psiquiátricas, cada una por tres meses, y luego terminó renunciando porque se la llevaba mal con su jefe. Su mamá vive en la costa argentina y su papá vive prácticamente a la vuelta de su casa; suele visitarlo, pero antes iba más seguido porque en el piso de arriba de su casa vive su tía (la hermana de su papá) y arriba de su tía vivía la abuela, que ahora está en un geriátrico. Mantiene una buena relación con sus padres, pese a que piensan de maneras muy distintas. Él fue diagnosticado a los 23 años; tenía comportamientos tales como que no podía ver ninguna moneda brillante porque la guardaba y no la gastaba, y si la tenía alguien era capaz de comprársela incluso por un valor más alto que el precio real de la moneda. Antes del psicólogo que lo diagnosticó con TOC, otros profesionales le decían que tenía ansiedad. El último de ellos le hizo entender que iban a tener que medicarlo porque, por la forma en que actuaba, estaba limitando su vida.

### **Nicolás**

Es un hombre de 22 años. Nació en Aruba pero vive en Chile vive con un compañero de cuarto, sus papas también viven en Chile. Él es actor, ex modelo artístico. A los 8 años fue diagnosticado y resalta el hecho de que él no sería hoy quien es si no fuera por su psicólogo

y su psiquiatra. Solía pensar en la muerte de manera supersticiosa, o en maldiciones, pensamientos que con el medicamento disminuían.

### **Pablo**

Es un hombre de 27 años y vive en Madrid con sus padres. Suele trabajar en repartidores de supermercados, pero actualmente no está trabajando porque se siente limitado con el TOC. Ahora estudia enfermería.

Todo comenzó por una parálisis del sueño. Tenía muchas alucinaciones, sentía que no se podía mover aunque estuviera despierto; sentía que le cogían las piernas, veía monstruos, e incluso percibió que empezaron a abusar sexualmente de él. Sentía que se estaba volviendo como loco, pensaba que estaba endemoniado y en la calle sentía miedo a que algún hombre se le acercara mucho.

Aunque tienen diferentes perspectivas, esto es, claro, porque son sujetos totalmente distintos, todos los participantes son personas muy fuertes, que afrontan los retos que les pone la vida y tratan de asumir cada cosa con la mejor cara. La forma en que respondían, cómo expresaban lo que sentían, cómo procuraban comprender lo que vivían, son cosas de admirar. Adicionalmente, quieren ser solidarios y ayudar a otras personas que lidian constantemente con lo mismo que ellos viven.

Los blogs consultados y el proceso de entrevistas

Como ya se mencionó, todos los blogs consultados están en lengua española, comprenden a personas de varios países y se encuentran alojados en Facebook. El proceso de búsqueda y

construcción de confianza a través de este espacio virtual se desarrolló durante seis meses.

A continuación se describen dichos blogs de manera general.

### **Blog # 1: Trastornos de ansiedad TOC o OCD, TAG**

Este blog tiene 1.465 mil seguidores. Fue creado en 2012 y aún se encuentra activa. Su promotor es un sujeto que habla desde su experiencia, brindando a quienes lo consultan motivación con su progreso personal.

### **Blog #2: TOC Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Este blog es mexicano, tiene 1.429 mil lectores y, como el primero, también fue creado en 2012. Aunque hace algún tiempo ha dejado de publicar información, es administrado por una paciente que fue diagnosticada con TOC para interactuar con otros afectados, de modo que puedan apoyarse mutuamente y reconocer a personas que han vivido la misma experiencia.

### **Blog #3: TOC (Grupo de autoayuda Lima)**

Este blog tiene 735 mil seguidores y fue creado en el 2011. Promovido por una ONG, hace algún tiempo ha dejado de publicar información. El objetivo de este grupo es que los participantes del blog se brinden ayuda mutua.

### **Blog #4: Ayuda para el TOC**

Este blog tiene 36.230 mil personas suscritas. Fue creado en el 2015 y se encuentra activo actualmente. Es administrado por una psicóloga con el ánimo de fomentar una comunidad de apoyo y ayuda a afectados de TOC y sus familiares. La idea es que no se sientan solos y

que se puedan compartir consejos, ayudas, guías y contenidos. Así mismo, uno de sus objetivos declarados es ayudar a los sujetos a luchar contra el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

### **Blog #5 TOC Norte**

Este blog tiene 7.145 mil seguidores y fue creado también en 2012. La administradora del espacio es una psicóloga y la página es de España. Su propósito es ofrecer ayuda, asesoramiento e información sobre el TOC y la ansiedad. El espacio está dirigido a todos los que estén pasando por alguno de estos dos trastornos, a sus familiares y amigos, de modo que estos últimos puedan entender mejor el sufrimiento y angustia de los que padecen estas condiciones.

### **Blog #6 Comprender el TOC, Cádiz**

Este blog español tiene 443 mil seguidores y fue creado en 2016. Su objetivo es ser un grupo de ayuda y apoyo para personas que tienen TOC y sus familiares, así como ofrecer información a personas interesadas en conocer este tipo de trastorno de ansiedad. Invita a los participantes a aportar su experiencia, su historia, pues con ellas es posible ayudar a personas que sufren TOC, a sus seres queridos o a sí mismos, pues hablar de ello también ayuda.

### Metodología

En cuanto a la recolección de información más profunda, como ya se mencionó, se hizo uso de la entrevista semiestructurada. Procedimentalmente, cuando se comenzó a participar en los blogs, se hizo explícito el interés investigativo de la autora y se explicó tanto el método

como el fin de la información que se recolectaría; posteriormente se invitó a las personas a ser entrevistadas y cada una decidió si quería o no participar. Quienes aceptaban expresaban su consentimiento por escrito, y a través del chat se acordaba el momento más indicado para la realización de la entrevista. Cada entrevista se realizó vía Skype; al comienzo de la llamada se le recordó a cada persona que se trataba de un proyecto investigativo y el objetivo de su realización de la misma. Se aclaraba también que el material sería grabado, con el propósito de analizar la información de manera más detallada. En total, se cuenta con 14 horas y 9 minutos de grabación, recogida en el periodo transcurrido de mayo del 2016 a mayo de 2017.

Para demarcar la información relevante por conseguir, se plantearon preguntas abiertas las cuales no descartan matices, datos o interacciones adicionales, que incluso pueden configurar nuevas pistas y enfoques complementarios para el investigador. Bárbara Birgilia y Jordi Bonet, en su artículo “La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial”, expone que las narrativas como proceso investigativo son producto de un encuentro de diferentes subjetividades. Aun cuando se producen narrativas de manera individual, las preguntas propuestas por la entrevistadora y su intervención en la escritura del texto no son ingenuas y contribuyen a la construcción de la narrativa misma. Ha sido importante tener esto en cuenta, por lo que ha significado para este trabajo el hecho de que la investigadora conozca de primera mano cómo es atravesar y resignificar experiencias cercanas al TOC.

De este modo, a partir de las entrevistas, se buscó reconocer posibles narrativas del mundo y de la realidad de cada uno de las participantes, así como el significado que cada cual

concedía a su experiencia (Birgilia y Bonet, 2009). La lectura del contexto es importante para dar cuenta de cómo se presentan las prácticas sociales y para no leer acontecimientos de manera aislada, ya que cada entrevista no sólo atraviesa la vida de la persona que fue diagnosticada y de su familia, sino que también es la narración de la sociedad en la que nos ha correspondido vivir.

Algunos de los aspectos que aparecieron en las entrevista fueron: el impacto que tuvo para las personas su relación con los profesionales de la salud, ya fuesen psicólogos o psiquiatras; cómo fue la interacción que tuvo con estos profesionales; qué pautas les dieron que les permitieran reformular diversos aspectos en su vida; si a partir de ahí se generó o no una construcción de estrategias propias; cómo eran sus vínculos familiares; qué rol tenía cada persona afectada dentro de la familia, cómo se relacionaban sus integrantes con la persona en el proceso de reconocer el TOC y en sus vivencias correlativas; si tenían alguna relación con el cuerpo, o algún tipo de sintomatología, física o no física.

Luego de la realización de las entrevistas grabadas, se procedió a realizar las transcripciones de cada una. Posteriormente, se procesó la información obtenida y se extrajo una serie de categorías, las cuales se cotejaron con los objetivos iniciales de la investigación. Dicho procesamiento se realizó con una codificación axial, método sugerido por Anselm, Strauss y Juliet Corbin en su libro **Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada**. Estos autores exponen que hay dos aspectos principales del análisis; por un lado, “los datos que los participantes hacen de acontecimientos o acciones según los recuerdan u observaciones recopiladas por el investigador, por otro lado, las interpretaciones de los observadores y los

actores de esos acontecimientos, objetos, sucesos y acciones. Por último, la interacción que tiene lugar entre los datos y el investigador en el proceso de recolección y análisis de los mismos”. (Strauss y Corbin, 2002, Pág. 65).

Este proceso buscaba una exploración de todos los datos suministrados por las personas entrevistadas, para, a través de lo que decían, encontrar la manera en que ellas veían y perciban los acontecimientos; para detectar formas de vida, tanto propias como de otras personas que hubieran tenido vivencias similares, y para explorar cómo el investigador replanteaba aquello que se veía fijo o como un supuesto, como algo que se puede replantear y reconstruir a medida que continúa la narración. Fijos en el caso de los sujetos con quienes se realizaron las narrativas fueron el apoyo familiar, muy importante para el entendimiento de lo que estaban sintiendo. Luego de lo individual, se procede a una codificación selectiva, ya que ésta no especifica ni se quiere centrar en un individuo o grupo, sino en la percepción de varios grupos de personas, como todas sus interpretaciones.

La codificación selectiva es el proceso de integrar y refinar las categorías. Estas representan, no la historia de un individuo o grupo, sino las historias de muchas personas o grupos. Las categorías se derivan comparando los datos de cada caso; por tanto, en un sentido general, deben ser relacionadas con y aplicables a todos los casos del estudio (Strauss y Corbin, 2013). Estas codificaciones posibilitan mayor comprensión y posibilidades de análisis, ya que son una manera detallada y crítica de examinar los textos narrados por los participantes del proyecto. En la presente investigación, aparecieron como categorías iniciales: *sufrimiento, motivación, espiritualidad, productividad, limitación, expresión por medio del cuerpo y la mente.*

El análisis narrativo utilizado es una herramienta que permite la aproximación a los procesos de significación de individuos y contextos a través de dos perspectivas: la primera permite el análisis del contenido de las narrativas de los participantes en la construcción de significados de los acontecimientos y experiencias vividas en las relaciones, narraciones y transformaciones contextualizadas en el proceso terapéutico; la segunda genera la posibilidad de la reconstrucción de los procedimientos dialógicos o conversacionales, en los cuales los individuos participan dentro del proceso psicoterapéutico, en los cuales se puede vincular las producciones y transformaciones narrativas con el proceso de cambio terapéutico. Es decir, la investigación busca establecer aquellos elementos del proceso y contexto conversacional que se asocian con las transformaciones narrativas emergentes (Estupiñán, González y Serna, 2006).

En este momento, cabe anotar que se produjeron cambios entre las categorías establecidas inicialmente y aquellas que emergieron de la nueva información. Los datos obtenidos, codificados de una manera selectiva, se organizaron para detectar la emergencia de categorías, que posteriormente se pusieron en relación con los objetivos planteados al principio de la investigación. Con este cruce se buscó detectar el nivel de coherencia entre lo que se propuso inicialmente y la información que arrojaba el ejercicio en campo, de modo que se detectaran posibles cambios entre lo que se pensaba antes de la realización y en el momento en que se realizó.

En seguida se refieren dos de las categorías base de esta investigación, y cómo éstas se manifiestan tanto en la exploración previa de contenidos como en el material obtenido en las entrevistas posteriores. Se hace énfasis en la interacción y en la experiencia por

considerarlas categorías germinales de otros procesos tanto colectivos como subjetivos relacionados con la resignificación del diagnóstico del TOC.

Algunos conceptos clave: la interacción

Las diferentes formas en que los sujetos expresan su realidad por medio de las narrativas es una forma sincera y real de expresar quiénes son, en cuanto no solo describen el TOC como una enfermedad particular sino en relación con otros diagnósticos médicos, con otras dolencias, e incluso con otras experiencias vitales, como la educación, la herencia o la relación con lo religioso. Cada sujeto lo vive como un padecimiento diferente. El concepto en sí se toma como “una enfermedad”, “sufrimiento”, “inseguridad”, “miedo”, etc... Tantos sinónimos o acompañantes a una simple palabra. Pero lo interesante no es ver y verlos como un objeto de estudio, sino como sujetos que transforman su realidad a partir de su experiencia.

Muchos de ellos han generado estrategias para poder modificar aquello con lo que no se sentían bien, lo cambiaban por aspectos que permitían desde una mayor integración en la sociedad, conseguir un trabajo o retomar el estudio, hasta mejoras mínimas en su vida cotidiana. Es la transformación de ese sufrimiento, dicho por los sujetos, en algo que les genere una forma de sentirse bien y más productivos en uno o varios ámbitos de su vida.

En términos generales, podría decirse que hay una analogía entre los conceptos técnicos que marcan o determinan al TOC como categoría diagnóstica y lo que expresan los sujetos participantes en la investigación frente a su experiencia vivida. Muchas palabras dichas por ellos ilustran las consideraciones expuestas en los manuales y libros consultados. No obstante, las descripciones médicas surgen, justamente, de descartar significados

posibles que no eran predecibles ni estaban prescritos en otro lado. ¿Cómo captar, entonces, aquellos elementos que surgen de cada experiencia, vivida por cada uno como un mundo único, con una sensibilidad distinta? ¿El ejercicio de comprender la apropiación de la enfermedad es útil para relacionarse con ella, para vivir con ella más allá del diagnóstico y sus consecuencias?

Desde mi experiencia personal considero que sí lo es. Por ello, busqué dentro de los blogs y las entrevistas realizadas posteriormente dónde están las narrativas que cada uno realiza, cómo surgieron. La búsqueda de información por parte de los sujetos acerca de qué es el TOC, en su mayoría, fue posterior al encuentro con el terapeuta. Dicha búsqueda surge de la necesidad de conocimiento, no solo para reconocerse en los síntomas, sino sobre todo para tener un nuevo punto de partida respecto a sus sentimientos, sus reacciones, sus relaciones. Además, contactarse con personas que se sentían de igual forma que ellos les ayuda a estar más tranquilos y a sentirse parte de algo. Podría decirse que la construcción de ese significado surge en la narración, donde ellos expresan lo que sienten, y esto se transforma en la continua actualización de las tramas narrativas de las historias. Sin embargo, el conocimiento no se encuentra tanto en las narrativas en sí mismas, sino en la matriz de significados que resulta de las diversas interacciones que se dan entre éstas (Bruner, 2002). Esas interacciones pueden ir desde la simple difusión de información hasta el ejercicio motivacional o la regulación de emociones, como se aprecia en el relato de una de las personas entrevistadas:

“Yo me dedico a dar información sobre el trastorno obsesivo compulsivo o simplemente como algún mensaje que anime o motive a las personas con TOC a no darse

por vencidas cosas así y por eso es que pienso que muchas personas han llegado a contactar conmigo debido a esa página no porque descubren la página Entonces ya me escriben como si quieren preguntas más específicas y en lo personal A mí me ayuda también es como una manera de desahogarme Y compartir mi experiencia ya que llevo 10 años con esto he logrado una mejoría me da satisfacción y alegría saber que puedo ayudar en algo a otras personas” (Entrevista a Fanny, 2017).

En el anterior, como en otros relatos, la interacción se lee en las formas en que las personas al interactuar entre sí se permiten generar conocimiento junto con el otro, conocimiento que repercute en una colaboración mutua, cuya base es lo que cada uno de ellos ha vivido. De modo que los relatos captados en los blogs permiten ver lo que Berger y Luckmann conciben como “la realidad de la vida cotidiana como una realidad intersubjetiva, esto es, compartida con otros; consideran la interacción cara a cara como la más importante de las experiencias de interacción social, porque de ella se derivan todas las demás situaciones de interacción; el otro se me aparece en un presente vívido que ambos compartimos. Cada una de mis expresiones está dirigida a él, y viceversa, y esta continua reciprocidad de actos expresivos podemos utilizarla tanto él como yo simultáneamente”. (Berger y Luckmann, 1986).

Además de los blogs en los que estaban involucrados, la interacción de los participantes también se da con su familia, con el terapeuta, con su mismo malestar o sufrimiento. Y el espacio narrativo del blog contribuye a reunir elementos a partir de los cuales proyectar esas interacciones reales, que pueden ser con los otros o con uno mismo: cómo se sentían frente a ese diagnóstico que les pusieron como título, pero que ellos

incluyen como una forma de expresar su vida diaria. En el relato de Fanny, esta conciencia sobre la utilidad del blog está presente:

“...la forma como yo ayudo a otras personas, por ejemplo, si una persona sabe de mí, buscar la forma de cómo contactarme y me hace preguntas. Yo lo que hago primero es educarles. Por ejemplo, si yo veo que tienen síntomas similares a los que yo he tenido, yo les digo: “Ok. No soy psicóloga, no soy psiquiatra, pero sospecho que tú tienes trastorno obsesivo compulsivo”. Entonces trato como educarlos primero, de decirles primero de qué se trata el TOC; después les aconsejo que busquen ayuda profesional porque sólo un profesional les podrá decir si en realidad tienen TOC o no. Y la otra cosa en que ayudo es... como brindarles esperanza, como... tratar de tranquilizarlos y decirles: “No te preocupes, no eres la única persona que está pasando esto” (Entrevista a Fanny, 2017)

La interacción es un concepto que merece relevancia en cuanto permite el surgimiento de otros posibles significados para las personas a través de su experiencia, en cuanto al diálogo que se genera con el profesional de la salud mental, con su familia o con el contexto en el cual se desenvuelven. Como lo dicen Berger y Luckmann en *La construcción social de la realidad*, “el ser humano se forma en interacción con su ambiente cultural y el orden social”; la interacción es escenario de la comunicación y no puede existir sin ella. En el proceso de comunicación los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, e interactúan desde sus lugares de construcción de sentido (Rizo, 2006).

En el sujeto que narra su experiencia, la interacción no se genera desde el mero ámbito individual, sino que se involucra la información que en varias ocasiones se convierte en

aprendizaje, por ejemplo, durante el encuentro con el terapeuta, el psicólogo o psiquiatra, lo cual permite al paciente mayor tranquilidad para planear estrategias, para transformar un sufrimiento constante por una vida cotidiana más normal y tranquila en su trabajo o estudio, para socializar o para desarrollar cualquier aspecto de la vida común.

#### Aproximaciones sobre experiencia

Algunos autores que he consultado para esta investigación hablan sobre el TOC desde su propia aproximación a la experiencia. Así lo hace Vanessa Giraldo (2008) en su trabajo “Vivencias de niñas y niños diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo en el Hospital de la Misericordia, Bogotá”. Su trabajo permitió evidenciar que las narrativas que “se construyen alrededor de la enfermedad son una herramienta valiosa para entender las experiencias de cada paciente y su familia, así como la manera en que asimilan el diagnóstico”. De los pacientes, Giraldo destaca que “su interpretación del diagnóstico combina sus preocupaciones personales, las preocupaciones de sus acudientes y las percepciones que él tiene sobre el campo psiquiátrico” Giraldo, 2008, pág. 75-76).

Otra aproximación ofrecen Carolina Cortez, Carlos Alberto Uribe y Rafael Vásquez en su artículo “Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo compulsivo”. Para ellos, a través de la experiencia se puede percibir cómo muchos de los pacientes acogen los síntomas como si no fueran síntomas, sino como actos normales de su vida cotidiana (Cortez, Uribe y Vásquez, 2006). Por último, Amelia Acevedo Rodríguez, José Alfonso Toro y Alfonso Taboas Martínez, en su artículo “El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas” presentan las dificultades

de los afectados con relación a sus empleos, relaciones de amistad y de pareja. Los autores destacan que muchos de sus pacientes declararon ser víctimas de burlas y comentarios despectivos por su condición, pero que algunos confían en superar la condición, o al menos en mantenerse estables. Finalmente, concluyen que, aunque las relaciones familiares se han visto impactadas negativamente por la condición de sus pacientes, al transformar el impacto inicial en una actitud positiva varios pacientes han logrado metas personales y profesionales, lo cual ha incidido en una mejora de su autoestima. (Acevedo, Alfonso y Taboas, 2009).

En cuanto a nuestro estudio, los participantes declararon hacer estrategias propias para sentirse cada día mejor. De los 14 entrevistados, 9 se manifestaron optimistas frente a permitirse cambiar el sufrimiento por algo mejor haciendo uso de estrategias como ganas de salir adelante, apoyo de los medicamentos y tener cosas que hacer (Entrevista a De la Torre, 2017). También mencionan actividades como pintar y escribir (Entrevista a Ana España, 2017), terapias de relajación (Entrevista a Ángel, 2017). Sacar todo lo que tenía guardado y que no es posible contárselo a alguien más sino a la psicóloga, terapia de meditación (Entrevista a Erika, 2017), ejercicios de respiración cuando viene la ansiedad e intentar distraerse con otras cosas (Entrevista a Fernanda, 2017), mantenerse ocupada (Entrevista a Karla, 2017).

Algunas de las estrategias más elaboradas consisten en “haber aprendido a quererse más y que lo material no hace a las personas, sino que lo que hace a las personas es su forma de pensar y actuar” (Entrevista a Karen, 2017),, “el entendimiento de los pensamientos, tratar

de ignorarlos y contactarse con otras personas que estén sintiendo lo mismo” (Entrevista a Fanny, 2017), o pensar en por qué hace lo que hace, entonces cada vez que va a realizar un ritual piensa en qué es lo que se calma (en su cuerpo) al realizar esta acción (Entrevista a Nathan, 2017).

Además de la aplicación de acciones de apoyo, autoayuda y solidaridad que se aprecian en las actitudes descritas, cabe destacar la importancia que esto tiene en el percibirse a sí mismos como personas con una opinión crítica frente a su vivencia. Los entrevistados declaraban no solo haber tomado la información que consideraban podía funcionar en su caso, sino haber aclarado aspectos confusos, y en especial haber realizado un análisis propio de sí mismos, de cómo se comportaban, de lo que ellos hacían y otros no y viceversa. Este proceso de análisis, facilitado por el ejercicio de pensar y repensar las propias acciones en la interacción con otros a través del blog, se trata con más detalle en el tercer capítulo.

#### Objetivos de la investigación

Al comenzar la investigación, mi interés y mi propósito general fue develar la construcción de los significados otorgados al diagnóstico del TOC, y a las interacciones médicas, terapéuticas, familiares y sociales en general que emergen en las narrativas de personas adultas diagnosticadas con esta condición. Para ello, considé fundamental tener en cuenta:

1. Lo espiritual, o la relación del sujeto con la divinidad o lo sagrado, y cómo esto incide en la construcción y el desarrollo del TOC.

2. El cuerpo; lo sintomatológico, las relaciones que el sujeto establece o no con él, las formas en que desde su cuerpo se percibe el TOC.
3. Las estrategias, herramientas, uso de recursos para el enfrentamiento del TOC, las cuales suelen emerger durante el desarrollo del malestar. Todas ellas son formas en que las personas deciden por cuenta propia procurar mejoras en su calidad de vida, incluso con la posibilidad de transformar la vivencia del trastorno de la mejor forma para su vida, todo esto en la interacción generada con el profesional de salud mental.
4. Cómo se perciben los sujetos a sí mismos frente a este diagnóstico.
5. La vinculación de la familia con la enfermedad, vista desde la narrativa de los sujetos. Interesa aquí apreciar cómo ellos vinculan de manera reiterativa pautas y relaciones familiares en relación con el diagnóstico de TOC.

Con el avance del trabajo, comencé a interesarme más por la emergencia del significado o los posibles significados que los adultos diagnosticados con TOC van construyendo a través de su experiencia; conocer cómo se presentan esas nuevas formas de significado más allá de lo evidente. Adicionalmente, y como ya lo señalé, el peso de mi propia *experiencia* comenzó a revelarse como un elemento importante no solo para entrar en contacto con los sujetos de investigación sino para descubrir cómo se iban dando los procesos de resignificación del diagnóstico del TOC en situaciones concretas, es decir, en las *interacciones*. Así las cosas, la pregunta fundamental de este trabajo es *cómo las personas adultas diagnosticadas con TOC entienden su experiencia, partiendo desde cómo llegaron a ser diagnosticadas, y llegando a las maneras en que han configurado los*

*factores emergentes de la enfermedad a través de los significados que construyen para trascender dicho diagnóstico.* Considero que la narrativa es una herramienta para abordar esta pregunta de manera profunda, puesto que a partir de las percepciones percibidas por otros, el sujeto genera una construcción de sí mismo y de la manera en que debe comportarse, de cómo y quién debe ser. De este modo, la narrativa de enfermedad no representa un mero conocimiento personal, como lo afirman Cortes, Uribe & Vásquez; las normas culturales, las expectativas sociales y el grupo al que pertenece el paciente contribuyen a configurar su vivencia y el valor otorgado a la enfermedad; es decir, la narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente (2015).

Por otro lado, la revisión de las narrativas muestra las formas en que las personas pueden reestructurar, resistirse o mantener esas formas posibles de verse a sí mismas, de realizar diferentes actividades y de las perspectivas que tienen en sus diferentes ámbitos contextuales. Estas “se construyen alrededor de la enfermedad como herramienta valiosa para entender las experiencias de cada paciente y su familia, la manera en que asimilan el diagnóstico y sus expectativas frente a la atención psiquiátrica, mostrando que el TOC, como cualquier otra categoría diagnóstica en psiquiatría, no sólo es un concepto construido históricamente, sino que también es vivido de maneras distintas en cada sociedad y por cada familia e individuo.” (Giraldo, 2008, pág. 75-76). Así mismo, el diálogo que genera el sujeto con los otros permite darle un significado a su experiencia propia.

Finalmente, quisiera enunciar los capítulos en los que se desarrolla mi tesis, los cuales se desprenden de las narrativas, es decir, de las voces de cada uno de los que quisieron hacer parte de esta investigación.

En el primer capítulo, abordaré el tema del *trastorno obsesivo compulsivo como diagnóstico, e involucraré los elementos iniciales para comprender cómo este diagnóstico tiene que ver con la forma en que el sujeto afectado se percibe a sí mismo*. Me referiré al concepto como lo ven los afectados, cómo lo describen con sus palabras y dentro de su experiencia de vida; cómo lo relacionan con las limitantes que han tenido en diferentes espacios y con las estrategias o alternativas propias que han construido a partir de la interacción con el profesional de salud mental. Estas personas se muestran como sujetos dinámicos y activos, que quieren ser útiles, y que buscan cómo ayudarse a sí mismos en todas las formas posibles. En este capítulo me interesa ver los posibles significados otorgados al TOC en la experiencia de su diagnóstico y también el cómo emergen y cómo son significados la interacción terapeuta- paciente en la experiencia de personas diagnosticadas con TOC.

En el segundo capítulo tomaré dos temas en específico: *la espiritualidad y la relación con el cuerpo*, y me referiré a cómo dichas categorías van informando tanto la resignificación como la justificación de su tipo de trastorno, considerado desde la narración de las personas misma que lo enuncian.

En relación con lo anterior, me referiré a la expresión del sufrimiento por parte del cuerpo, aun cuando en el diagnóstico formal del TOC se privilegia su expresión mental. Aparecen asociaciones con otras enfermedades o dolencias que se percibían antes, durante o después de los momentos en que tenían las ideas obsesivas producidas por el TOC. Aquí quiero ver, identificar y analizar cómo se resignifican, se apropian y se resisten las concepciones biomédicas sobre el TOC y cómo éstos se relacionan con otras formas de significación más allá de lo biomédico. Interpretaré las resistencias desde la visión de Pedro

Benjumea Pino en su artículo “Los trastornos obsesivos compulsivos” como “*la defensa, la evitación de la obsesión o compulsión que repetidamente se presenta*” (Pino, 2013).

Por último, en el tercer capítulo abordo las relaciones afectivas como mediador del diagnóstico. Aquí me referiré a cómo y hasta qué punto se involucra la familia en el proceso o desarrollo que vive el sujeto. La dimensión familiar es útil para apreciar cómo está inmerso el sujeto en la sociedad, cómo se relaciona con los otros y cómo un diagnóstico puede llegar a ser una forma de relacionarse en un mundo y una sociedad con prejuicios. Durante todo el capítulo se procura identificar y analizar cómo emerge la dimensión familiar y social del sujeto y cómo ésta se relaciona con la construcción del significado que se da a la experiencia vivida.

## **CAPÍTULO I: PERCEPCIÓN FRENTE A ESO LLAMADO “TOC”**

*“En la percepción de la realidad social, el sujeto no actúa como reproductor sino como creador desde sus sistemas cognoscitivos.” (Arias, 2006, pág. 20)*

*“Yo describiría el trastorno obsesivo compulsivo más que todo como, creo, que los pensamientos. Es lo principal, lo que más influye. O sea, tener pensamientos obsesivos constantes en tu mente... Y estos pensamientos no son como cualquier pensamiento, sino son como... pensamientos desagradables que te incomodan, tan desagradables que te hacen tener miedo, te hacen dudar, te hacen entrar en un estado de confusión. Y creo que los pensamientos... Lo más importante... es recalcar que estos pensamientos son involuntarios; no es algo que yo quise pensar, o sea, como conscientemente y voluntariamente. No es algo que yo quise pensar; simplemente es algo así, que es provocado... que viene así de repente y [que] puede ser provocado por cualquier cosa; o sea, es que depende [de lo] que tu mente se ha obsesionado. Por ejemplo, en mi caso, mi mente se obsesiona mucho con el tema religioso, o sea, cualquier cosa religiosa: mi mente tiene una obsesión con ella” (Entrevista a Fanny, 2017).*

*“Yo sé que el trastorno obsesivo compulsivo envuelve, incluye mucho la ansiedad. Y para mí estar ansioso es tener mucho miedo, diría, como un miedo irracional porque a veces ni siquiera sabes a qué le tienes miedo. Incluye mucha inseguridad, más que todo inseguridad. Porque cuando yo... o cuando me han*

*atacado sus (sic) pensamientos, se me vienen muchas preguntas de inseguridad, de dudas acerca de mí misma, acerca de otras personas, acerca de Dios, acerca de infinidad de cosas... Creo que sí; eso se envuelve mi inseguridad. Y después de eso, pues, los síntomas físicos y anormales que ella, el TOC y la ansiedad, te llevan a un estado de depresión donde tú ya no sientes ánimos, no sé, de... vivir... [o de decir] voy a hacer las cosas que me gustaba hacer antes... cosas así ”. (Entrevista a Fanny, 2017).*

Como se aprecia en los dos apartados de la entrevista con Fanny que se han presentado como epígrafes, en el proceso de percepción de un evento por parte del sujeto, la interacción social, su presencia o ausencia, juega un rol fundamental. El sujeto que está en su búsqueda, sabe si la adaptación social se le permite o se le niega, , mediante la percepción del medio que le rodea, tanto el físico como el social. (Arias, 2006).

Cada cual depende del reconocimiento de las emociones a partir de las reacciones de las personas; también las impresiones se forman a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolecten en los primeros instantes de interacción (Arias, 2006). Podría decirse incluso que hay una primera impresión que tiene cada sujeto de sí mismo. Así, saber cómo se siente, o desde cuándo empieza a sentirse de determinada manera, le permite comenzar a reconocer que hay algo que le está sucediendo. Y, a partir del reconocimiento de ese “algo”, algo que puede ser absorbente, impreciso, angustioso, indeterminado e irreconocible, como lo señala Fanny, comienza el proceso por tratar de definirlo.

*Para mí el TOC es como ver al demonio a la cara, es una preocupación tras otra. Y cuando te digo leo los grupos de apoyo, ya sea el TOC de Latinoamérica o extranjeros, es el tenerte que atormentar por algo. Lo traes tan metido que piensas que todas las leyes de la física y todas las leyes de la lógica van a cambiar simplemente para hacerte daño a ti, y eso es como ver el demonio a la cara, porque a veces piensas que hay más..., a veces piensas cuando estás niño que todo el mundo es así y luego te das cuenta de que no. Y cuando, luego, cuando estás grande y te dicen tienes esto del trastorno obsesivo compulsivo y dices: ¡ay, no puede ser, soy un “raro!”.* Luego el internet te hace darte cuenta [de] que hay mucha gente que vive así. Y pienso que es una enfermedad desgastante. A veces... déjame y te digo... a veces te incapacita para hacer cosas. Desgraciadamente, para la gente que no lo tiene es como tipo “ay estás chiflado; ay, esta consentida; ay, es que tipo no tiene nada que hacer”, ¿sí me explico? Como no saben lo que es vivir con esto, para la gente que es “normal” entre comillas -porque creo que en este mundo nadie somos [sic] normales- a la gente que es normal según ellos, piensan que nada más el TOC es “ay, le tiene miedo a las bacterias”, eso es tener TOC, es tener su casa impecable, eso es tener TOC. No saben que va muchísimo más allá (Entrevista a Karla, 2018).

Para Salazar y Clbs. (1979), por su parte, la percepción social se puede entender de tres maneras: los efectos del medio sobre la percepción, las percepciones de las personas, y la percepción del medio ambiente. Los aspectos funcionales de la percepción constituyen el soporte teórico que permite explicar la relación entre percepción y contexto social.

Todo lo anterior denota las diferentes formas en que las personas diagnosticadas perciben ese diagnóstico a partir de su contexto. Desde Gergen, citado por Juan Sandoval Moya en el artículo “*Construccionismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social*” de la Revista Ma, se habla acerca de los significados en sí. Las sociedades humanas son históricamente cambiantes, también lo debían ser los significados que las personas le atribuyen a la realidad; de modo que si los significados influyen en las acciones y decisiones de las personas que forman esas sociedades, el propio conocimiento científico, que justamente se caracteriza por dar nuevos sentidos a la realidad, tendría la capacidad de afectar la manera en que entendemos nuestro mundo (Sandoval, 2010).

Entendiendo esto, los significados se crean a partir de esos lugares en donde nos desarrollamos; de las personas con las que interactuamos, como un colegio, la casa, la universidad, el trabajo, los diferentes espacios de donde provenimos. Y son esos mismos lugares donde se crea el conocimiento, donde desarrollamos gran parte de lo que somos como personas y como sujetos dentro de una sociedad.

Las formas en que decidimos actuar frente a diferentes situaciones nos describen, y hablan de un mundo particular en que estamos inmersos, con una serie de individuos que, al igual que uno, piensan y crean un conocimiento, pero cada quien lo hace desde su perspectiva de mundo y de cómo su experiencia le ha permitido pensarse y pensar el mundo desde la posición que tiene con relación a los otros y con el mundo en sí mismo desde el cual se habla.

En su artículo “Personas sin hogar y salud mental”, Rubén Claridad retoma la idea de salud mental de Karl Menninger: “la adecuación de los seres humanos al mundo y entre sí con un máximo de efectividad y felicidad. Es todas estas cosas juntas, una conducta

socialmente considerada y una feliz disposición” (Claridad, 2018). El concepto de trastorno sería, entonces, la distorsión de dicha adecuación. Para nuestro caso, las ideas obsesivas y las compulsiones serían las distorsiones más relevantes para el diagnóstico de TOC.

En su artículo *“La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones, y divergencias”*, Warhus cita a Gergen para decir que desde el construccionismo se muestran otras formas posibles de ver los trastornos desde un marco más amplio, donde ya no se limita a conceptos como "tensiones psicológicas" y "disociación mental", sino que se tiene en cuenta que existen diferentes construcciones de lo real y que cada una es válida dentro de su propia comunidad, lo que le quita vigencia al concepto de una "verdad única y coherente". Así, las relaciones en las que están involucradas las personas y cómo a partir de estas relaciones se va construyendo el mundo de cada sujeto a su manera comienzan a tener relevancia en el equilibrio que configura tanto la salud como el trastorno mental, de modo que ya no se daría un supuesto universal sino, en conclusión, habría un proceso adaptativo (Gergen en Warhus, 1991).

El trastorno, en lugar de una entidad natural, es aquí entendido como una construcción discursiva cuya forma es la que los clínicos necesitan para poder tratar los fenómenos de la manera en que lo hacen. Esto quiere decir que la supuesta objetividad de un diagnóstico descansa en demandas políticas y comerciales dirigidas a disciplinas como la medicina y la psicología. Lo anterior explica el por qué, a pesar de vivir en “la era del bienestar”, se multiplican las conductas diagnosticables como patológicas, incremento que beneficia a la industria que abastece gran parte de las terapias actuales (Guevara, 2016).

Los fenómenos relativos al trastorno mental que sean concebidos en la lógica del diagnóstico por un discurso que se autoriza como verdadero y en el cual quien habla es el clínico, pero no en nombre propio sino en tanto representante de un orden, aparecerá como determinada. Es decir, *al olvidar que los nombres utilizados para referirse a los fenómenos no son los fenómenos mismos*, se cae en el juego de imponer categorías a las cosas con la pretensión de que estas sean absolutas (Guevara, 2016). Así mismo, se habla desde su espacio, desde donde tiene que acatar unas reglas y de esta forma se permite ver al sujeto desde ese punto de vista, quizá no como una persona que está en constante reconfiguración, un ser activo y dinámico, no solo un ser que asiente a lo que se le dice, sino que piensa y se desarrolla en esas interacciones con el terapeuta y con el mundo contextual en el que se encuentre.

Desde esta posición podemos proponer un sustituto para el concepto de trastorno mental en los cimientos de la psicopatología y de la psicoterapia desde Coto, Alonso y Fontanil en su artículo *Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología*. “Lo anormal es la actividad “mal asentada”. En éste, el concepto que se tendría en cuenta, en vez de trastorno, sería el de disfunción, en el cual se define como disfunción la situación en la que se reitera el fracaso de una o varias estrategias a consecuencia del ejercicio de otras estrategias (fracasadas ellas mismas o exitosas), y entendemos que las disfunciones son tanto más graves cuantas más actividades de la persona o del colectivo comprometen.

Coto, Alonso y Fontanil definen en su artículo *Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología*: “Lo anormal es la actividad “mal asentada”, la que compromete la arquitectura funcional de la vida de una persona o de un colectivo de personas” (Coto, Alonso y Fontanil, 2010).

Con las anteriores referencias sobre lo que es un trastorno y lo que es anormal, me parece pertinente nombrar lo que es “normal”, para tener la diferencia entre estos tres conceptos que, de una u otra manera, se ven involucrados en las narrativas de las personas diagnosticadas con TOC que hacen parte de esta investigación. Canguilhem, en su libro *Lo normal y lo patológico*, toma lo normal como un promedio de un concepto social, que no es un juicio de realidad sino un juicio de valor, una noción límite que define el máximo de capacidad psíquica de un ser (Canguilhem, 1996).

Gergen cita a Berger y Luckmann para referir que nuestra realidad cotidiana es socialmente construida mediante la objetivación de patrones sociales que son construidos y negociados en el seno de nuestras prácticas sociales diarias.

El TOC como parte de la experiencia de vida

*“Eh, mira, sí, me siento fuerte porque eso lleva mucho tiempo conmigo, imagínate que con mis conductas del TOC es como que se hacen a mi personalidad en tanto tiempo... pero ahora hoy en día lo veo como algo que voy a mejorar, que lo quiero mejorar, que lo voy a tener siempre pero, cómo te explico, con menos intensidad. Lo voy a poder controlar, pero creo [que] no se va a ir nunca, o sea, sí lo voy a poder controlar pero no va a desaparecer” (Entrevista a, Tuati, 2017.*

*“Pues como a mí me dijeron [que] el TOC no tiene cura... Hay algunas personas que dicen que se han curado, pero es algo que yo pienso que lo vas a tener toda la vida. La verdad yo pienso que es muy probable que sea así, ¿no? Tal vez la ciencia*

*en 20 años saque la cura por la que... y las causas por las que sí se puede hacer algo” (Entrevista a Jonathan, 2017).*

*“Yo pienso que tengo fe, que no será toda mi vida. Pero tú no puedes salir de un momento a otro, no te puedes tener de un día, todo tiene un proceso. Y quizás no sea mañana ni pasado, pero, pues, va a ser en un futuro no muy cercano, pero sí” (Entrevista a Karen, 2017).*

En los dos anteriores relatos se aprecia cómo, pese a que las posiciones respecto a la mejoría de la afección son opuestas -para Karen no es algo eterno, para Johnathan sí, a menos que haya algo como un milagro de la ciencia-, la relación entre el tiempo y el padecimiento es una constante. Incluso siendo optimistas, la percepción de un tiempo largo sufriendo la enfermedad parece manifestarse como algo que nunca se sabe cuándo pasará. El tiempo es uno de los elementos constitutivos en la configuración de la experiencia de vida; puede dilatarla o contraerla de acuerdo a los elementos que estén contenidos en ella.

También dentro del tiempo se dan la interacción del sujeto consigo mismo -un tiempo subjetivo, cuya percepción de eternidad se aprecia en los dos relatos anteriores- y del sujeto con los demás. Esta última agrega el movimiento social al proceso de autoorganización del sujeto, donde la narración le permite una organización y una mejoría plasmadas en ella misma.

Una de las entrevistadas refería cómo ha logrado contar su propio proceso con el móvil de ayudar a otras personas. Para esto tiene una página creada por ella misma con el

fin de interactuar con otros y de ayudarlos, y esto le ha permitido también ayudarse a sí misma por medio de la interacción que ha realizado con ellos, lo cual ha generado un desahogo y una mejora en su experiencia vivida.

En cuanto al contexto de dichas interacciones, la interpretación que cada sujeto le da a su experiencia involucra en gran medida a los familiares, ya sea dentro de la enfermedad (como parte de aquello que la causa) o como forma de apoyo, e involucra los sistemas contextuales.

Interacción de los sujetos afectados con los medicamentos y el profesional de salud mental

Berger y Luckmann insisten en que nadie puede existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarse continuamente con otros, puesto que los otros organizan el mundo aquí y ahora” (Año). Al encontrarse fuera de la conducta fijada socialmente, en muchas ocasiones quien está perturbado por algún malestar mental o físico requiere de un “otro” al que se atribuye la capacidad de organizar, de alinearle dentro del mundo, de poner bajo control su distorsión. En esa regulación, los dos agentes fundamentales son el profesional médico, pero también el medicamento.

Al respecto, la experiencia vivida y narrada de cada persona en particular y de los sistemas sociales es completamente diferente. Puede que se parezcan, o que vivan en un

mismo contexto familia, social etc., pero las personas deciden y toman decisiones frente a las ocurrencias en la vida y permiten que esto pueda ser un agregado a su vida para hacerlos más fuertes o para debilitarlos. Es decir, el sujeto decide involucrarlo como parte de su vida cotidiana y como ayuda a sus metas diarias. (Estupiñán, 2014).

*“Sí, ya que no hay un medicamento... ahora los medicamentos que hay no me ayudaron en nada, lo que me hacían era dormirme. Miré en varios blogs que también les pasaba, exactamente lo mismo, y muchas personas [dicen] que [el medicamento] no les ayuda, y [hay] otros [a los] que sí. Pero si no quieres tomar medicamento, la mejor forma es manteniéndote ocupada. Yo supongo que el TOC de alguna gente es más evidente que el de otra, pero yo no lo ando contando ni nada. Pero, digamos, una solución para mí es estar ocupada, aceptar lo que lo tienes, si no quieres tomar medicamento, bueno; pero tratar de buscar la manera de reducirlo lo más que pueda” (Entrevista a Karla, 2017).*

Aunque, como lo menciona Rizo, la creación de los significados de la realidad social es, en sí, el resultado de las interacciones de las que participan los sujetos en la vida cotidiana” (2008), con respecto a los medicamentos, Karla parece referir que todos los que están afectados por el TOC tienen una perspectiva distinta a la suya, a pesar de tener un mismo mundo en común. Si bien existe una relación entre mis significados y sus significados en este mundo, significados relativos a la acción y efecto de los medicamentos, y a la falta de referentes claros para su uso, las interpretaciones y las decisiones que cada cual toma al respecto son muy diferentes.

*“Pues más que nada yo creo que es bueno dos cosas: Primero, como las ganas de querer salir de eso, ¿no? Y la segunda, los medicamentos, porque, pues, te ayudan a un nivel neurológico que a lo mejor tú no puedes controlar, ¿no? Porque, pues, no todo está en tus manos. Total, entiendo que... entiendo que... las dos [cosas] me han ayudado a salir adelante, ¿ya?, y a mejorar día con día” (Entrevista a Ana de la Torre, 2017)*

Es importante resaltar cómo el sujeto aprende y reconstruye su forma de pensar a través de las implicaciones sociales que ve en las nuevas acciones y experiencias, de modo que comienza a ajustar aquello que percibe que sería una forma de vivir mejor. Esto se relaciona con los otorgamientos que se le dan a la experiencia que tiene mucho valor para el sujeto que lo vive. (Estupiñán, 2014).

En el contexto de la psicoterapia y la intervención social, las narrativas constituyen el modo como el ser humano organiza su experiencia, donde el sujeto crea confianza con el especialista y permite que en la interacción con el mismo pueda existir una configuración mental donde pueda verse como un sujeto que *repiensa*, lo cual le ofrece nuevas posibilidades de resignificación. En contraste, desde el diagnóstico tradicional, el afectado ve el desorden dentro de su vida como algo que “solamente se debe controlar y ya”, como lo mencionan críticamente algunos de los entrevistados (Estupiñán, 2014).

*“Tanto mi terapeuta como yo opinamos lo mismo: El tratamiento que yo tengo puesto es súper fuerte, pero el siguiente paso es el más fuerte... [Es tan fuerte] que ni mi psiquiatra, ni yo, ni mi terapeuta, ni yo, queremos llegar a eso. Pero el tratamiento que yo estoy tomando ya no está haciendo el efecto que debería. Bueno,*

*pues, me sigue costando mucho dormir; si me meten algo más o lo que sea me quedo como demasiado somnolienta, de irme chocando por ahí con las cosas. Y, bueno, pues yo confío en la sertralina, bueno, por ejemplo, que me tomo la dosis máxima, pues yo confío en que sí me que me está ayudando. A mi parecer -o así lo siento yo- en cuanto se mejore un poquito una cosa ya te vas a encontrar un pelín mejor y así puede seguir avanzando. Yo no sé las otras personas que pasen lo mismo que yo cómo se encuentran, porque no he tenido el placer de hablar con ninguna, pero, desde luego, te deja agotado físicamente. Yo tengo 29 años... Bueno... Físicamente es como si tuviera 80. O sea, es increíble porque también le coges odio a la calle, no quieres salir, te la pasas mucho tiempo encerrada, al final te vuelvas antisocial... Son muchísimas cosas más, no sólo es el TOC, es digamos, lo que lo que lo encabeza, pero hay muchos pensamientos que no te dejan vivir y pueden surgir la depresión y la ansiedad” (Entrevista a Ana, 2017).*

Como se aprecia en el relato de Ana, hablar del TOC implica hablar de un todo: de un estado físico, de un estado en la sociedad, de una asociación con otras posibles enfermedades, con los medicamentos, su intensidad, su efectividad, su potencial de convertirse en la clave que permita al paciente volver a estar en el mundo de una manera más familiar y tranquila.

Los fármacos son vistos por los pacientes como una forma de ayuda; en otras, como vía de escape. Algunas afirmaciones, como “espero me esté sirviendo”, “confío”, presentes en la mayoría de los relatos, dan cuenta de que, a pesar de ver cosas negativas frente a su vida, las personas afectadas que participaron en la investigación tratan de tomar todo de la

mejor forma y de buscar soluciones alternas a las que ya han experimentado; están dispuestas a hacer lo que les aconsejen, así no esté dentro de su gusto o no sea lo que tenían pensado, solo porque quieren superarse como personas y tener una vida donde se sientan cómodos y tranquilos.

Esta actitud denota cómo el sujeto es una construcción que permite comprender una época y una sociedad, que se inserta en la cotidianidad de nuestro contexto específico. En este sentido, la huella del sujeto está en el construccionismo, entre otras razones, porque éste no pretende eliminar conceptos sino reescribirlos, ponerlos a circular en un orden distinto. Así, esta reescritura no descalifica una visión individual del yo, sino que le confiere otros sentidos, desde contextos específicos y mediante conexiones significativas con otras expresiones del yo.

En cuanto a la interacción con el terapeuta y cómo esta afecta a los sujetos, varios de ellos expresaron que la conversación con el terapeuta les hizo sentirse en confianza, que esto promovió la construcción de una perspectiva diferente, que incluso les permitió comenzar a pensar en el malestar como una forma de motivación y de alcanzar sus metas. Los elementos suministrados en las terapias fueron referidos por los participantes como formas de direccionar la vida de las personas: un plan por semana de lo que debe realizar, generar una mayor organización frente a lo que se hace en el día, técnicas de meditación o de respiración.

Una técnica de gran utilidad fue no prohibir las rutinas compulsivas, sino realizar la actividad procurando hacer conciencia de por qué se hacían. Este ejercicio, mencionaron los participantes, les permitía plantearse cómo, al repetir esas rutinas, habían pensado en principio que todas las personas lo hacían igual, y luego, que no podían confiar en ellos

mismos. Progresivamente, este ejercicio y otras terapias les permitían a los participantes reflexionar en que las personas son diferentes, y que el hecho de que realicen las acciones de maneras distintas no hace que se deba desconfiar, incluso de uno mismo.

El ejercicio terapéutico también permitió a los participantes entender que muchas de las cosas que les sucedían tenían relación con su situación familiar y con la forma en que ellos veían lo que sucedía en su familia. Al respecto, una narrativa que vale la pena mencionar es la de Nathan, que menciona a su terapeuta la desconfianza que le producen las personas que fuman, y cómo descubrió la asociación detrás de ello:

*“Luego de que yo había estado en terapia con el psicólogo y me había ayudado a resolver muchas cosas, le conté que yo no podía confiar en las personas que fumaban, que me costaba mucho confiar en la gente que fumaba. El psicólogo en ese momento se levantó, abrió una ventanita y se puso a fumar en la sesión. A mí me chocó tanto eso porque yo le estoy diciendo que no confío en las personas que fuman y el tipo se puso a fumar delante mío... ¡Cómo puede ser que este tipo me haga esto! Pero, a la vez, [eso] me hizo cuestionarme: Yo confíé en este tipo ante de que supiera que él fumaba, y que confiar en él me ayudo a tratar mis problemas... Y era como... el no confiar en alguien porque fuma es como prejuizarlo” (Entrevista con Nathan, 2017).*

Existe una descripción de lo pensado y conceptualizado propiamente a través del interactuar con otros yoes, que participan en la misma experiencia, no de la misma forma, pero sí con situaciones similares. Esto permite un espacio que es transformador, ya que

admite un sujeto epistémico, el cual cambia, de forma drástica, la realidad que conoce y es transformado, a su vez, por ella.

América Guevara en su artículo *El otro como objeto: biopolítica y diagnóstico* tiene en cuenta las clasificaciones de los trastornos y se cuestiona respecto a si realmente ésta es la postura más apropiada para hablar de un trastorno mental. Para Guevara, las clasificaciones de trastornos mentales proporcionan descripciones con las cuales se compara a un sujeto, con el fin de establecer si pertenece a una categoría en particular y actuar en consecuencia. Se quiere encuadrar a las personas en un orden, en un sitio fijo, encajarlas en un lugar donde puedan ser normalizados.

Entonces, siguiendo la postura de América Guevara, el diagnóstico es un intento de atrapar el psiquismo que precede a la decisión del especialista de usar determinada terapia. En el caso del TOC, dicha terapia usualmente está enmarcada en los principios de las terapias cognitivo conductuales, o en la utilización de fármacos con los que se reduce lo psíquico a un proceso biológico. Estos diagnósticos se soportan en manuales clasificatorios para plantear sus asunciones, y estos, a su vez, se basan en la estadística y el consenso. Son varias maneras de emplear las ideas prefijadas frente a un concepto en el ámbito de la salud mental, que se traducen en modos determinados de mirar al sujeto para analizarlo desde allí, como si se tratara de un objeto al cual se mide como universal. Como lo expresan los relatos, cada sujeto tiene una concepción diferente tanto de su experiencia como de los espacios en los que se desenvuelve, y de las personas que se involucran en su contexto.

Adicionalmente, resulta contradictorio establecer la estadística como criterio de lo objetivo, pues los datos que con ella se obtienen no son hechos sino construcciones sociales en las cuales alguien decide qué contabilizar. Esta vía, como la información que se obtiene

se puede usar a conveniencia, termina por convertirse en un instrumento ideal para la manipulación. En este caso, el poder sobre el sujeto específico lo tendría la persona que diagnostica, el profesional, quien pone un título a la persona que asiste a consulta basada en elementos aparentemente objetivos. Pero la persona afectada por el TOC tiene en sus manos la decisión de si quiere encajar o, por el contrario, prefiere salirse de la norma y buscar su manera de construir su realidad a partir de su espacio de conocimiento. Es por ello que el espacio narrativo se vuelve fundamental.

## **CAPÍTULO II: EL VALOR DE LAS NARRATIVAS. FACTORES EMERGENTES**

Desde Lucía Cerrome en su artículo *el síntoma desde el psicoanálisis*, puede hablarse de cómo se concibe el síntoma por parte del sujeto a partir de la forma en que habla de él: si le genera malestar, displacer, si ocupa un lugar importante en la vida del sujeto. En el caso de los participantes en esta investigación, el síntoma es una manifestación, bien del cuerpo, bien de la mente, bien del ánimo, mediante la cual se da una expresión que acompaña a la de las narrativas, y que en algunos casos puede consituir una alarma. Este ha sido uno de los elementos más significativos que han aparecido en el tratamiento de las narrativas, y el primero que trataremos en este capítulo.

El síntoma como expresión y como alarma

Cerrome retoma a Freud para referirse a los síntomas como “actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conllevan displacer o sufrimiento para ella” (Freud, 1978). Desde el psicoanálisis no se tiene como objetivo eliminar dichos síntomas, sino trabajar desde sus orígenes. Como Freud señala en la conferencia 28, “la terapia analítica hinca más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos” (Freud, 1978).

Además de las narrativas, que nos permiten construir interpretaciones de acontecimientos, circunstancias y a los otros, que forman parte también de ellas, en el caso de las personas con trastorno obsesivo compulsivo, una de cuyas manifestaciones más importantes es la manifestación de una serie de pensamientos circulares, es importante considerar cómo se refleja la intensidad del pensamiento en el cuerpo. En el caso de las personas participantes en el estudio, varias de ellas expresaron que aquello percibían con la mente lo traspasaban a su cuerpo como una forma de expresar todo lo que no ponían en palabras. Pero, adicionalmente, los mensajes del cuerpo solían constituir una forma especial de comunicación consigo mismos: los alertaban respecto a cuándo les iba a ocurrir un episodio obsesivo.

Así, las reacciones del cuerpo pueden ser un sistema de alarma que anticipa el desarrollo de algún tipo de idea obsesiva, como lo afirma Erika en su narrativa: “Antes de que yo me ponga mal, me empieza a doler la cabeza y me pongo roja; entonces es cuando yo digo “ya me va a dar un ataque”.

Además de los dolores de cabeza frecuentes, los síntomas más reportados por los participantes como preludeo de un episodio de TOC fueron: cambios de estado de ánimo, sensaciones de ahogo, sudor y temblor asociados a ansiedad o nerviosismo, insomnio, variaciones en el apetito y en la presión arterial. En algunos casos, el solo traer a la memoria un episodio de TOC, estar ante el imperativo de relatar esa experiencia, o incorporar detalles ocultos desencadena algunas de estas manifestaciones físicas, ante lo cual varios de los participantes declararon tomar medicamentos para lograr una calma momentánea.

Adicionalmente, Ángel manifestó tener

*“ataques de pánico, también por el miedo que tengo. Son horribles. Siento que el ataque de pánico es la peor sensación del mundo. Es como... No sé... Es que... Bueno, no sé cómo explicarlo ya, pero es horrible. Empiezas a sudar, y empiezo a temblar... Te quedas así, como con una cara de pálido... No sabes qué hacer, no sabes a dónde ir, no sabes a dónde correr... Normalmente, cuando lo he pasado, [el ataque de pánico] se me tranquilizó tomando una pastilla, y empiezo a tranquilizarme porque es un problema” (Entrevista con Ángel, 2017).*

Jasiel, por su parte, da toda una explicación de cómo se percibe a sí mismo, basada en cómo se siente mientras está narrando, pues al hablar revive la huella corporal de ciertas experiencias, tanto cognitiva como físicamente:

*“Mira, como ahorita: Estoy sudando porque tengo ansiedad, porque estoy recordando; estoy en su mundo. Haz de cuenta que me metí a ese mundo para enseñártelo a ti o a cualquier persona: Por eso estoy sudando, estoy nervioso, estoy ansioso... Como te estoy diciendo, es algo muy triste y tienes que aprender a controlar esa ansiedad porque esa ansiedad te provoca el no comer, el no dormir, insomnio, muchas cosas más... Te pones de malas, te deprimes, hablas como drogadicto que quiere su droga... El problema es eso que quieres, es que repitas su juego, y si sigues el juego, el problema crece, ¿no?*

*¡Para, entonces! ¡Tienes que pararlo antes de que te siga! ¿Cómo? Ignorándolo.*

*El problema es que, cuando lo ignoras, ahí viene otra vez... La ansiedad te pone a temblar, a sudar, la cabeza te duele. La cabeza te duele cuando no duermes por el*

*mismo problema; es algo normal que puede pasar: que no duermas y te duela la cabeza por el mismo problema. Ya ahí el problema es grave, es de internarte, es de tomar cartas en el asunto, es algo serio porque te puedes morir de eso, como mi hermano. Yo me acuerdo [de] que duraba [hasta] cinco días sin dormir... ¡Unas ojeras! Algo feo, muy triste, y, como te digo, de la misma situación” (Entrevista a Jasiel, 2017).*

Al observar relatos como los anteriores, cabe suponer que, en un entorno específico y regular como la interacción con el especialista de salud mental, atender a las señales del cuerpo y a cómo las relatan los afectados podría contribuir a la generación de nuevas estrategias para lidiar con los episodios del TOC en cada caso, del mismo modo en que la circulación y reflexión sobre las narraciones, la construcción y reconstrucción de significados que ello implica, les ha permitido entender su diagnóstico y transformar la relación con su malestar.

El nombrar los síntomas como forma de desencadenar los conflictos internos de una persona puede llegar a ser mejor que eliminarlos, puesto que su percepción de ellos se transforma y dejan de ser algo negativo para el sujeto, incluso pueden llegar a convertirse en una forma de reconstruir aquello que no se encuentra del todo bien en nosotros.

Desde David Ignacio Molina, psicólogo, en su artículo “Una pregunta del destino: el síntoma y su significado en la psicología de Jung”, el síntoma se entiende como una señal de alarma de un mal funcionamiento del organismo. Es fundamental saber dónde se origina para reconocer el fin o propósito al que está dirigido; así, el trabajo sobre el síntoma posee un significado profundo, un sentido, una intencionalidad. El síntoma coloca al sujeto en

alerta frente a su destino, un destino que lo obliga a crearse y recrearse continuamente a sí mismo (Molina, 2003).

La espiritualidad y la influencia religiosa como factor emergente de las narrativas

Amelia Rodríguez, José Toro y Alfonso Martínez en su texto *El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas*, señalan que las personas con esta afección suelen darle mucho énfasis a lo moral, lo justo, las exigencias y expectativas sociales y las normas religiosas, aspectos que en muchas ocasiones llegan a convertirse en el motor y tema principal de sus ideas obsesivas y compulsiones. Los autores mencionan a Penzel (2000) para señalar que muchas personas con esta condición presentan una fuerte preocupación respecto a lo correcto e incorrecto, llegando al punto de sentirse culpables, y tildarse a sí mismas de “malas personas” cuando entienden que sus pensamientos y/o ejecuciones no fueron las más indicadas. (Rodríguez, A; Toro, J y Martínez, A 2009).

Por ello se considera fundamental explorar las creencias espirituales de la persona con TOC, teniendo en cuenta cómo sus valoraciones afectan su percepción sobre la condición, cómo le ayudan a perpetuar síntomas e identificar si presenta ideas obsesivas y/o compulsiones de tipo religioso.

Quienes participaron del estudio aludían a la espiritualidad más que a la religiosidad, en tanto desarrollan una relación cercana con un ser superior, a quien agradecen por sus logros e imploran misericordia para superar sus problemas. Muchas personas se aferraban a Dios como la motivación principal para superarse, entendiendo que, si recaían en la condición, era sinónimo de fallarle. La contraparte de esa percepción

positiva es la enunciación del TOC como infernal, como un lastre que impide llevar a cabo los planes, actividades y relaciones, un obstáculo en su vida que preferirían no tener. Cuando se expresan así, los participantes se dicen incapaces de llevar una vida “normal” y manifiestan padecer un sufrimiento, e incluso estar pasando una prueba de Dios.

Para Ana España, por ejemplo, “el TOC es un infierno; aparte, te limita a la hora del trabajo; te limita a la hora de relacionarte con los demás, te limita [para] lograr los estudios. Te limitas. Es una enfermedad limitadora para mí” (Entrevista con Ana España, 2017).

Las asociaciones narrativas que Ana hace entre lo infernal y el malestar en sus diferentes ámbitos vitales es un primer ejercicio de subjetivación y apropiación de la enfermedad a partir de categorías propias de lo religioso. En su artículo “Las huellas del sujeto en narrativas de autores construccionistas”, Óscar Cañón sostiene que el ser humano piensa por iniciativa propia y de manera exclusiva, pero que en principio suele pasar inadvertido que también a él la sociedad y la cultura lo piensan, lo desean, lo estigmatizan o lo acogen. Dado que la sociedad y muchos de sus entornos funcionan a la medida de un rango estándar de individuos, no es fácil para un sujeto ver el caudal de las relaciones y de los movimientos que hace con y desde los otros situados en su tiempo y lugar (Cañón, 2008). Bruner (1991), por su parte, sostiene que las prácticas sociales son las orientadoras del significado del yo en diferentes momentos y contextos. Las narraciones del yo no son posesiones fundamentalmente del individuo sino de las relaciones: son productos del intercambio social.

Por otra parte, el hecho de que la familia haya vivido la religión de una manera rigurosa genera un impacto particular para algunas de las personas diagnosticadas con TOC

que participaron en esta investigación. El relato de Karla vincula narrativamente su relación con la religión (Dios), con su madre y con su pareja, y junto a ello menciona el hecho de haber estado en un colegio católico. Hacia el final expresa cómo entiende ahora esa relación, y lo que rescata de ella en su propio rol de madre:

*“Yo estuve en colegio católico. Entonces tenía [interiorizado] el “Dios te va a castigar si haces algo malo; él te está viendo”. Cuando he hablado con otras personas, amigas, psicólogas y demás, les digo: “Lo peor que le puedes hacer a una persona con TOC es meterlo a un colegio católico, o darle el ejemplo de lo que es malo y lo que es bueno”. Porque uno como hijo siempre va a ver a sus papás como la ley; [crees que] no se pueden equivocar. [Pero] cuando estás grande te das cuenta [de] que los papás se equivocan. Yo eduqué a mis hijos [diciéndoles cosas] como “Dios no te castiga”, “todo es enseñanza”, “todo lo malo que hagas Dios te lo va a perdonar”, “vienes a aprender”, “todos los errores que tus papás hicieron contigo, [trata de] no pasarlos a tus hijos”.*

*[...]Yo no hablo con mi mamá. Llevo una mala relación con ella. Y, cuando lo hago, me enfermo; entonces, prefiero no hacerlo. Ella lo único que dice [cuando le hablo de que quiero separarme] es: “Tu excusa para quedarte con tu esposo es que tienes una casa bonita” Porque como a ella mi papá la dejó sin nada... Y entonces me hace pensar “Bueno, mi esposo ya no me golpea...” Pero ya se acabó el amor. Y, aparte, acá culturalmente se ve muy mal separarse...” (Entrevista a Karla, 2017).*

Se puede asociar el relato de Karla a las posturas ya mencionadas de Bruner y Cañón, las cuales sugieren que las creencias, las estrategias, la forma de espiritualidad que cada

cual alberga, así como la expresión con el cuerpo y la mente son conceptualizaciones construidas con los otros y desde los otros, que se hacen desde sus lugares de significado en un tiempo y lugar, y en ellos se transforman, es decir, no son permanentes. Dichas conceptualizaciones se deconstruyen y toman diferentes significados en medida en que generamos nuevas interacciones y la postura que se tiene frente a lo que se siente y cómo ha vivenciado su proceso de adaptación.

### **CAPÍTULO III: RELACIONES AFECTIVAS COMO MEDIADORAS DEL DIAGNÓSTICO**

La relaciones afectivas son aquellas que intervienen de maneras distintas en la vida de las personas diagnosticadas. El primer entorno relacional es la familia, y a partir de éste se amplían el contexto y el ambiente con nuevas actividades, individuos e intereses que siguen configurando las relaciones. También Dios se encuentra en el entorno de las relaciones afectivas; en el caso de los participantes de la investigación, aparece en tanto fuente de apoyo y esperanza, igual que la familia y otras personas del entorno cercano, pero también como generador de pensamientos repetidos que van desde su función como guiador de la vida hasta el receptor de la culpa propia del paciente que no logra mejorar ciertos aspectos de su vida.

Otro ámbito relacional fundamental, tanto de interacción directa como indirecta, son las redes sociales, específicamente los blogs que convocan a interesados, afectados y parientes de personas que padecen TOC. Se entiende como interacción directa la practicada por las personas que llegaban a interactuar con los otros a través de los blogs o incluso por redes sociales más cercanas, como whatsapp, que vienen en busca de un vínculo de apoyo, de confiar en lo que el otro decía y entre todos aconsejarse desde el punto de vista de su experiencia vivida.

Otras personas no interactúan directamente con las demás en estas plataformas, sino que se dirigen a ellas para conocer las experiencias de los otros. Suelen leer detenidamente los apartados relacionados con cómo se siente el otro, qué comportamientos realiza, cómo

se manifiesta el desorden, cómo se relaciona en su ambiente y sus círculos sociales. Estos participantes indirectos suelen ser personas afectadas por el TOC en sus primeras fases, que han tenido un diagnóstico reciente, o que tienen sospechas respecto a sus propios síntomas y comportamientos, y desean confrontarlos. Así, la lectura de los blogs les permite una comparación entre lo que les sucede a ellos y cómo lo viven y adaptan los otros, de modo que a través del ejercicio buscan entender mejor lo que están viviendo. Esta fue, entre otras, la experiencia inicial de Ana con los blogs de Facebook, que afirma: *“Yo también leía las máximas páginas posibles, porque me parece que es importante relacionarse con otras personas así y más que nada porque si tú puedes ayudar en lo que sea, tú vas a sentirte mejor”* (Entrevista a Ana España, 2017).

#### La experiencia como proceso de significación en el sujeto

Para hablar de un proceso de resignificación del trastorno obsesivo compulsivo basado en la experiencia, tomaremos el caso de Lorena, que formaliza sus vivencias en una narrativa que pasa de ser altamente negativa con relación a sí misma a transformar esa visión por completo. En Lorena como sujeto se ve cómo, con esfuerzo psicológico y discursivo, la sentencia del diagnóstico y la aparición e incremento de los síntomas que le hacen sentir mal se convierten en una estrategia para verse a sí misma de otra manera.

Lorena comienza tachándose de “dependiente” de su mamá y de una de sus hermanas, que son quienes realizan las actividades cotidianas que le corresponden a ella. Su narrativa está marcada también por momentos de olvido, “no recordaba todo”, pero también por el deseo de salir de ese estadio, de ser independiente tanto económicamente sino en todos los aspectos que prioriza como persona, entre otros, recuperar el dominio de sus rutinas cotidianas y su autonomía de movimiento.

Para José Castorina y Victoria Orce (AÑO), la experiencia es la práctica por la cual alguien obtiene o desarrolla un saber o capacidad. También se denomina así al conocimiento mismo que se adquiere a raíz de determinadas situaciones. Indican también que la experiencia parece remitir al acontecimiento mismo, a lo que sucede o acontece, pero en tanto al acontecimiento “vivido”. Para Greco, Perez y Toscano, lo fundamental de la experiencia es que *produce al sujeto siendo*, en proceso de constituirse siempre, como un devenir que no termina ni se fija o se cierra en un juego terminado. La experiencia es lo que transforma, lo que ‘nos pasa’ y no lo que pasa, afirman los autores retomando a Larrosa; es un proceso subjetivo que no es anterior o posterior a la experiencia, sino que es en ella misma, que ocurre, a la vez, en un tiempo actual y virtual que no cesa (Greco, Pérez, Toscano).

*“Voy mucho con terapeutas tipo... ahm... O sea, tipo... cuando vas a talleres de autoayuda. Son psicólogos, terapeutas, coach de vida... Y, pues, sí te ayudan; son como “talleres de vida”, así les llaman ellos. Por ejemplo, tú sufriste de una depresión, entonces cada taller se tarda 4 semanas, dura un mes; entonces, digamos, en un taller eligen hablar de la depresión, entonces tienes que reconocer qué fue lo que te llevo hacia la depresión;*

*tienes que entender que tienes que sufrirlo, luego tienes que entender que tienes que salir adelante de las depresiones fuertes. Este... Y [tienes que entender también] que tú no tienes la culpa, que todo en la vida es aprendizaje. Es como la manera más bonita de enfocar los problemas cotidianos de la gente” (Entrevista a Karla, 2017).*

En el relato de Karla se percibe cómo, para resignificar las experiencias, es importante arriesgarse a vivirlas, sin disminuirlas, sin evadirlas, de modo que puedan retomarse después como una especie de prueba superada. Para ello el espacio del taller y el tiempo previsto en él para atravesar, reflexionar y volver a construir la experiencia desde la narración es fundamental. Otros pacientes, por su parte, se deciden a tomar otros caminos, puesto que lo que han experimentado no les ha funcionado, y buscan lugares o sitios que les permitan ayudarse junto con otras personas.

Aunque en los espacios a los que Karla asistía no ofrecieran en el momento el tema de reflexión que ella necesitaba, mencionó que siempre aprendía de lo que hablaban, y que solía realizar el ejercicio de relacionar con su vida lo que se trabajaba en el taller. Su reflexión trae a la mente lo que el autor Guillermo Ruíz sostiene en su artículo “La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo”. Ruiz hace énfasis en la visión dinámica de la experiencia de Dewey, y destaca que ese carácter la convierte en un principio de intercambio de un ser vivo con su medio ambiente físico y social, además de un asunto de conocimiento (Ruiz, 2013). Pero también insiste en el carácter precario de la experiencia: la distribución azarosa de lo bueno y lo malo en el mundo lo evidencia. Para Ruiz, esta precariedad de la experiencia conforma la base de todas las perturbaciones de la vida y es condición de la realidad. Pero, como en el

caso de Karla, la experiencia también supone un esfuerzo por cambiar lo dado, y en este sentido posee una dimensión proyectiva, que impacta el presente inmediato. Metodológicamente, dicha proyección consiste en establecer conexiones, interacciones y continuidades, como lo hace Karla en el ejercicio de los “talleres de vida”, e implica de manera permanente procesos de reflexión (Ruíz, 2013).

En cuanto a la experiencia en relación a la socialización con los demás, se pueden resaltar dos relatos de participantes en la investigación que muestran perspectivas distintas. Ana de la Torre comenta: *“No me integraba porque estaba como muy metida en mis pensamientos, y eso como que no me permitía... Y como que sentía demasiada ansiedad al estar con otras personas, entonces yo prefería estar en mi zona de confort y no hablar con nadie”* Fernanda, por su parte, señala que *“por suerte, si tengo algún tipo de pensamientos o cualquier cosa que se me pase por la cabeza, como que siempre me lo guardo; yo no estoy continuamente contando mi problema ni nada de eso”*.

Tanto Ana como Fernanda señalan razones por las cuales se les dificulta socializar. Para Ana el asunto es primordialmente interno: “estaba como muy metida en mis pensamientos”. Para Fernanda, socializar parece implicar necesariamente contar su “problema”, pero considera afortunado “por suerte [...], que siempre me lo guardo”. No menciona qué impacto tiene esa capacidad de contención en su capacidad de relacionarse.

Es notorio para estos dos casos lo que sostiene Dubet: la experiencia social no es como un objeto positivo que se mide; no es como una práctica, que se observa desde afuera; tampoco es un sistema engranado de actitudes y de opiniones; es, más bien, un

trabajo del actor, que define una situación, aplica jerarquías selectivas y construye imágenes de sí mismo; “es a la vez un trabajo normativo y cognitivo que supone un distanciamiento de sí, una capacidad crítica y un esfuerzo de subjetivación.” (Dubet, 1998, p. 15).

Las experiencias vividas y narradas incorporan la opinión de los otros frente a lo que somos, cómo nos comportamos, las expectativas propias y las que se tienen acerca de nosotros... En ocasiones se le da mayor importancia a los que lo demás piensan sobre nosotros que a aquello que queremos hacer de nuestra vida.

En su narrativa, Karla muestra cómo esos sistemas sociales cambian y co-evolucionan de acuerdo con las necesidades evolutivas de sus integrantes y de su ecología social, específicamente en el entorno de la familia. Según su discurso, ella solo tuvo el apoyo de su marido, ya que su madre no consideraba su trastorno como algo serio. Las formas de actuar de su madre ocasionaban que, en muchas situaciones, ella misma adoptara patrones idénticos a ese comportamiento. Karla seguía todas las normas morales que había aprendido durante su niñez, y se sentía obligada a mantenerse con su marido, más allá del funcionamiento de la relación interna de pareja, del mismo modo que seguía las normas maternas omitiendo el hecho de que entre ellas no existía una relación madre-hija.

La misma narradora describe cómo ella, en un principio, sigue todas las conductas que considera correctas, ya que pensaba que de esa rigurosidad dependía la estabilidad de la relación con su esposo -cuyo estado interno o evolución sentimental se encontraba fuera de toda discusión-, así como el resto de su vida. Pero en la segunda entrevista, Karla se reveló

como una persona más dueña de sí misma, dispuesta a permitirse vivir de una mejor manera, a considerar su situación sentimental, su relación con su madre y a confrontar todos aquellos patrones que consideraba limitantes, aunque los respetara previamente. Mencionó que se sentía capaz de hacer uso de cada aspecto que la afectaba para algo mejor que limitarse a sí misma: ser estricta con sus hijos para que obtuvieran buenos resultados académicos, o ser organizada sin llevarlo al exceso, decisión notable si se tiene en cuenta que en algún momento de su proceso reconoció su compulsión hacia el orden, de modo que “si algo quedaba en desorden ya no me afectaba, lo ordenaba al siguiente día” (Entrevista a Karla, 2017).

Otras formas de ver el diagnóstico: Desde una mirada construccionista

En el caso de Jasiel, se aprecia cómo la familia puede ser una contraparte emocional que condiciona la relación del sujeto con los demás entornos sociales. Según lo narra, su familia se avergonzaba de tener un hijo diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo, sentimiento que, en principio, él trataba de contrarrestar. No obstante, al no obtener resultados, él decide rendirse cuatro semanas después. De acuerdo con Jasiel, la vergüenza está relacionada con la incapacidad de mantener inmodificables ciertos significados familiares, contra los cuales la enfermedad atentaba. Es prioritario mantener estas normas familiares, que derivan en su mayoría de condicionamientos sociales, especialmente frente a actores externos, que desconocen el malestar de Jasiel.

Para Dante Gabriel Durero, autor de *Diagnóstico psicopatológico: Características y supuestos epistemológicos*, el diagnóstico de cualquier patología depende de la evaluación

de funciones biológicas y de su comparación respecto a un estándar de normalidad. Pero al hacer un diagnóstico psiquiátrico, los estándares no describen propiedades universales de la especie humana, sino normas culturales y sistemas de creencias que regulan nuestros roles y establecen lo que se espera de nosotros en determinadas situaciones. Se trata de juicios de adecuación, racionalidad y proporcionalidad que se hallan intrínsecamente conectados con un sistema de valores culturalmente definidos y que, además, suponen significados que el paciente asigna a sus acciones y a las de los otros (Duero, 2013). Esta necesidad de mantener el estándar de normalidad aparente en las interacciones sociales describe muy bien la actitud de la familia de Jasiel, y su claudicación temprana en la lucha por ser comprendido: el imperativo de la familia por mostrarse adecuada es superior a sus fuerzas.

Jasiel dice que le cuesta imaginar cómo se reconocería su condición en una familia distinta a la suya. Pero en las familias de dos de los participantes de la investigación, los integrantes acogen el diagnóstico de un modo distinto.

Jorge relató:

*“En mi familia hay otro bipolar y hay otro tío que es vicioso: fuma, toma... Y mi familia lo tomó [la revelación de que padece trastorno obsesivo compulsivo] de forma, no sé, normal, pues yo soy una persona bastante normal”* (Entrevista a Jorge, 2017).

Para la familia de Nathan, la situación fue más compleja:

*“Nació mi hermano. Al año y 3 meses él convulsionó y eso [le] generó un fallo en el cerebro y una serie de cosas. Mi papá nunca aceptó lo que tenía mi hermano. Mi mamá, por el otro lado, dijo: “ay, este pobre...” Eran totalmente contrarios, y yo,*

*con el tiempo, me volví intermediario entre mi mamá y mi papá, mi hermano y mi papá, y así. Mi papá una vez me dijo: “Si no fuera por ti, yo no seguiría en esa familia porque no hay nada que me ate a esta familia”. Luego se supo lo mío, y con el tiempo ellos se comenzaron a separar. Y yo asocié la separación al diagnóstico, pero con el tiempo entendí que no. Recién este año lo están entendiendo, que no son “boludeces” [el diagnóstico], pero, ante todo, lo están tomando en serio. Es como que no terminan de entenderlo realmente, y tampoco se preocupan por entender por qué lo siento, o en qué momento me pasa” (Entrevista a Nathan, 2017).*

El diagnóstico se puede tomar según la postura de quien lo enuncie en el entorno correspondiente, la cual es distinta para Nathan, Jorge y Jasiel, que, además, provienen de familias con concepciones bien distintas de lo que es dentro de ellas la “normalidad”. Para la de Jasiel, lo normal equivale al progreso y el éxito social; para las familias de Jorge y de Nathan, la distorsión de lo normal se da por la enfermedad mental y las adicciones, y ambos factores afectan el sentido de pertenencia de los integrantes de la familia en niveles diferentes: Mientras Jorge interpreta que, por las condiciones específicas de su familia, su diagnóstico le ayuda a “encajar”, a Nathan le obliga a reajustar su rol con relación a sus padres. Al parecer, y como ya se mencionó con relación al individuo, un diagnóstico psicopatológico no describe propiedades universales de la especie humana; tanto para las familias como para los directamente afectados, el diagnóstico implica ciertos modos de distanciamiento entre las formas en que solían conducirse y significar el mundo, las normas culturales y los sistemas de creencias más o menos compartidos por su comunidad (Duero, AÑO).

En el encuentro con los otros, que implica una interacción, se repiensen situaciones, se modifican comportamientos, hay un intercambio de conocimientos y, por ello, se da un aprendizaje para los diferentes participantes. A continuación se verá cómo, a través del contacto en los blogs de Facebook dedicados al TOC que se relejeron para la presente investigación, las interacciones entre los sujetos se dan de una forma y con unos intereses particulares.

*“En este grupo puedo ver [que] uno de los chicos del grupo que me habló por privado tiene unas conductas similares a las mías, pero [a] él directamente sí le perjudico lo que era socializarse y todas esas cosas. Era como que estaba más tensionado, más nervioso, cosas así, ¿no? Con este muchacho, y después en el grupo, y... ahí tiramos un bocadito cada uno; hablamos un poco, pero no mucho, ¿no? Yo, más que nada, leía. Sí me dio tranquilidad, me sentí con otro gozo... Y, bueno, como te dije anteriormente, hablar con gente que está en las mismas condiciones me da tranquilidad”.* (Entrevista a Fernanda, 2017).

*“Hace dos años encontré un grupo en Facebook que ese sí es más de personas ya con TOC religioso. Y [hay] personas allí que respetan las opiniones de los demás y no van a decir algo que te lastime o que te afecte. Entonces eso me ha ayudado, porque podemos hablar sobre las estrategias y síntomas que cada uno tenemos”* (Entrevista a Fanny, 2017).

Fernanda y Fanny ingresan a los grupos en Facebook en busca de información sobre el TOC, primero con una intención general, exploratoria, y luego procurando perfilar los

intereses que van encontrando en sus respectivas conversaciones. Para Fernanda, se da un movimiento que pasa de la identificación intersubjetiva con uno de los participantes que se dirige a ella en privado, hacia una primera apertura al diálogo en el grupo. Fanny, por su parte, centra su relato en el hallazgo de un grupo que reúne las condiciones que venía buscando desde hace un tiempo: está integrado por personas con el trastorno, que además comparten sus opiniones y experiencias en un clima de cuidado mutuo, lo cual la ha animado a mantenerse y a participar.

Dos autores hablan de la importancia de la interacción social en el lenguaje como ejercicio de construcción y reproducción de la realidad. Berger y Luckmann consideran que esta práctica es compartida, y que existe solamente como producto de la actividad social humana, como se aprecia en las dos narraciones. Para Gergen, que retoma las ideas de Berger y Luckmann, lo primordial de la interacción social a través del lenguaje es aquello que los participantes atribuyen a dicha interacción en términos de acción, es decir, lo que presuponen (o dejan de presuponer) en un contexto determinado. En el caso de las narraciones de Fanny y de Fernanda, el contexto del chat ayuda a romper los supuestos de prejuicio, desconfianza y silencio en torno al TOC, y les pone en disposición de participar para comenzar la reconfiguración de su experiencia.

Es importante destacar cómo se asocian la experiencia y la reflexión con la resignificación que hacen las personas a partir de interactuar con otras. Esto último confiere significado a aquello que están viviendo y a lo que el otro está viviendo, de modo que es posible reflexionar a partir de lo que se genera en común y resignificar lo que estaba previamente elaborado sobre la propia experiencia.

La narrativa de Ariadna, por ejemplo, dirigida a la relación e interacción con su novio, eje de significación principal, y a su familia, eje de conflicto relativo a su diagnóstico, muestra configuraciones vinculares que le otorgan sentido tanto a la familia como a su relación afectiva. En todo su discurso, Ariadna refiere a su pareja como forma de configuración y reestructuración completa de su vida, como fuente de apoyo y de entendimiento; de su familia, en cambio, menciona que no se sentía comprendida ni aceptada dentro de ella y que por esto no era mucho el apoyo que percibía por parte de ellos, aunque también afirma no guardar rencor por ello. La expresión de estos sentimientos le permite la organización de su diario vivir, a través de un ejercicio de significación y resignificación.

En su texto *Las huellas del sujeto en narrativas de autores construccionistas*, Oscar Cañón define la resignificación propuesta por el construccionismo como un ejercicio de confrontación desde el sujeto frente a narraciones que se perpetúan o reproducen. Esa resignificación no se hace a expensas del sujeto desde un lenguaje librado a una dinámica propia, sino instalado y dependiendo de las prácticas sociales en las que interviene el sujeto de manera activa y decisiva. Cañón insiste en que el lenguaje es hijo de las interacciones, no un producto en el vacío (Cañón, 2003).

El contexto como factor que interviene en el modo de comportarse del sujeto

Hay una relación muy estrecha entre los procesos individuales y la influencia de los diferentes medios culturales, que es decisiva, puesto que los sujetos estamos expuestos a la

sociedad en general donde nos desarrollamos; a un ambiente, a un contexto, a unas situaciones, a diferentes espacios donde nos exponemos y en donde nos sumergimos en los mismos valores sociales que nos permiten entendernos como personas, a través de una asociación que puede tender tanto a lo negativo como a lo afirmativo. Para Ariadna,

*“el ambiente no fue el mejor. Y, pues, de ahí... Aparte que yo no era 100% normal, y, pues, mi situación en la casa era la que era .Y sí que podríamos decir que a temprana edad empecé a tener TOC, sí es que es verdad, pero nunca me lo diagnosticaron en ese momento. [La] explicación que tenía de pequeña más concreta [fue] que, cuando [era una] adolescente, una niña y tal, todos mis problemas radicaban en que yo para tener un cuerpo bien pequeño... mi edad mental y mi cuerpo físico no encajaban. Y [que] era porque era superdotada. Y, bueno, igual el ser superdotado [no supone] nada, porque todo lo malo que yo pasé no se puede resumir en eso”* (Entrevista a Ariadna, 2017).

A través del ambiente y del contexto social en el cual se halla desde la infancia, cada persona empieza a construir quién es desde lo que percibe en su contexto familiar, escolar, social, y lo afirma o modifica cuando va creciendo.

Como Ariadna, el significado que le da Jorge a su narrativa está relacionado precisamente con un asunto al cual su familia no le dio tanta importancia, aunque en el caso de Jorge el desenlace es menos lesivo para la integración de su personalidad. Para su familia fue mucho más impactante que Jorge fuera diagnosticado con trastorno bipolar, lo cual ocurrió antes de que se le reconociera el trastorno obsesivo compulsivo. Jorge tiene parientes relacionados con el ámbito de la salud mental, lo cual permitió a su familia un

mayor entendimiento sobre los diagnósticos, así como diversas opciones para asumirlos. Del mismo modo, el sujeto no se percibe como una persona que tenga algo diferente, sino que toma las manifestaciones de su trastorno con mucha tranquilidad, e incluso declara que ha llegado aprender de lo que le sucede.

Para Fanny, fue distinta la manera en que su familia asumió el diagnóstico. Mientras para Jorge había ya un antecedente que les había preparado para entender cómo podía manifestarse un trastorno obsesivo compulsivo, qué esperar de ello, en el caso de Fanny, el apego familiar a la cultura y las reglas sociales dejan un margen estrecho para ubicar los acontecimientos buenos y malos, los convenientes y los lesivos. Fanny tuvo que explicarle a su familia de que se trataba su diagnóstico para que la tomaran en serio, pues en principio su familia no consideraba pertinente la ayuda de un especialista de salud. Esto ocurre en todo un sector tradicional de la sociedad, para el cual las manifestaciones no físicas de una enfermedad son caprichos o manías, y acudir a un psicólogo o a un psiquiatra es para "locos". Sin embargo, comunicar a sus familiares cómo se expresa el trastorno y buscar por parte de ellos un entendimiento de su situación le permitió a Fanny reflexion sobre ella y sobre la sociedad misma. Así, el choque inicial dio lugar a una elaboración narrativa favorable.

Existe una relación importante entre el individuo y su medio. Dentro de este, el sujeto constituye su personalidad, bien sea afirmándolo, oponiéndose a él, criticándolo, movilizándose. Su relación con el medio condiciona cómo se comporta y la forma en que piensa; las acciones del sujeto giran en torno a su contexto y a las personas que intervienen

en él. En su artículo *Formación de la personalidad desde una perspectiva cultural y dinámica de la personalidad en situaciones de cambio*, Marjorie Smith expone que hay una concordancia entre los individuos y el medio social en que se mueven, y que esto se debe al proceso de culturización al que son sometidos los individuos. Toda cultura tiene ya determinado lo que considera la actuación de un hombre "normal", así que cuando alguno se extralimita, tiene una sanción. Esto no quiere decir que todos los miembros de un mismo grupo actúan de forma idéntica, porque se sabe que, aun dentro de un mismo rango de aceptabilidad, existen las diferencias individuales, que son resultado tanto de las diferencias genéticas como de las diferencias de percepción de cada regla social o cultural. La cultura misma tampoco ha crecido de la nada; ha sido el producto de las proyecciones psíquicas, de los esfuerzos y decisiones de los hombres.

Para comprender dichos límites culturales, recordemos el caso de Karla, que expone su historia a partir de las expectativas sociales, familiares y culturales frente a su relación afectiva.

*“También pienso: Mi mamá se quedó con mi papá, así él le haya pegado... Ella fue sumisa; al igual, siguió con él. O sea, ella es una mujer buena, entonces yo sería una mujer mala porque me quiero separar de mi esposo. Cuando comencé con él, con [apego a] la enseñanza de mi mamá, yo aceptaba lo que hacía mi esposo conmigo, pero ahora pienso que uno es dueño de tomar sus propias decisiones sobre su vida. Yo no hablo con mi mamá, llevo una mala relación con ella, y cuando lo hago me enfermo; entonces prefiero no hacerlo. Ella lo único que dice es: “Tu excusa para*

*quedarte con tu esposo es que tienes una casa bonita”, porque como a ella mi papá la dejó sin nada... Y entonces me hace pensar “Bueno, mi esposo ya no me golpea”, pero ya se acabó el amor. Y aparte, que acá culturalmente se ve muy mal separarse”* (Entrevista a Karla, 2017).

Para Marjorie Smith, cada cultura particular transmite a sus miembros un cuadro claro de definiciones de conducta para el hombre y para la mujer, para cada edad y cada función, como se observa en la narración de Karla, que comienza actuando en concordancia con lo que la cultura y la sociedad, especialmente su madre, esperan de ella. Smith insiste en que la cultura se aprende, es fruto de la educación, y esta educación, en términos generales, consiste en transmitir a los sujetos las normas de comportamiento y el conjunto de valores de la sociedad global en que está destinado a vivir (Smith, 2010), como se expresa en el dilema de Karla sobre seguir las normas inculcadas por su madre o romper su matrimonio. No obstante, nuevos aprendizajes, evidenciados en las decisiones y en el mismo discurso reflexivo de Karla con respecto a sus opciones de vida, modifican su percepción y su interacción con lo que percibe como cultura dominante.

La significación del diagnóstico configurada por factores socioculturales y familiares

Al referir la narrativa de Ariadna, configurada en torno a la relación con su novio y la escasa comprensión de su familia con respecto al TOC, es evidente que la percepción del apoyo familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición del

trastorno entre sus miembros. Según Leticia Rodas, María Rascón, Humberto Alcántara y Alejandra Rodríguez en su texto *Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental*, hay cinco aspectos que caracterizan la funcionalidad en la dinámica familiar:

1). Adaptación. Se entiende como la capacidad de utilizar los recursos tanto dentro como fuera de la familia para obtener ayuda en momentos de necesidad. En nuestra época, la comunicación con parientes cercanos o lejanos se ha visto afectada por las redes sociales, que pueden ser útiles para mantenerlos unidos o para distribuir información, pero también para debilitar el contacto. Las redes, sin embargo, también ayudan a configurar la comunicación entre personas que, al principio desconocidas, se convierten en sujetos confiables cuando están unidas por experiencias comunes que se desea compartir, y que en esa interacción son mucho más eficientes a veces que los propios familiares.

No se trata solamente de la participación en blogs o grupos de Facebook, sino también de redes más próximas. Ángel, uno de los participantes en la investigación, maneja un grupo de WhatsApp donde se integran personas que han pasado por la experiencia de ser diagnosticadas con TOC. En ese espacio, se informan entre ellos de cómo se estudia el TOC, de las experiencias que han tenido y relacionan las vivencias del otro con lo que les pasa a ellos, como en los chats de Facebook. Pero además están al tanto de cómo se encuentra cada uno, así como de detalles más cotidianos. “Hay algunos que están peor que yo y hablamos por ahí hasta las 3 de la mañana a veces” (Entrevista a Ángel, 2017).

2). Participación. Se entiende como la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones

acerca de diversos asuntos (finanzas, cuidado médico y problemas personales). En el grupo de quienes hicieron parte de la investigación, el concurso de la familia respecto a las afectaciones del TOC han sido diversas. Lorena, por ejemplo, comenta que sus familiares se han involucrado en su situación de maneras distintas, tanto en la intensidad como en la forma. “Mi mamá”, dice, “me ayuda a hacer algunos rituales, mi papá se porta prudente, tolerante, también va conmigo a las terapias. Una de mis hermanas sabe del diagnóstico por completo, es ella la que se inscribió al grupo; mis otras hermanas son así como incrédulas, como que no les importa, como que no les toman valor. cuando ven una acción mía. [Por parte de ellas]. antes que sentir apoyo, siento rechazo... Sentía enojo por parte de dos hermanas que no están así. No se prestan a saber. Pienso que no me importa que no lo entiendan, pero que lo respeten. Incluso tengo dos hermanos en el extranjero y [solo hasta] hace poco supieron [de mi trastorno]. En sí, mi mamá es la que más me ayuda” (Entrevista a Lorena, 2017).

En el caso de Karla, como ya se mencionó al referir su relato, quien participó más intensamente de su proceso inicial con el TOC fue su esposo. Al contrario de lo que expresa Lorena, la participación de su madre fue menos activa. La afectada, incluso, la califica como contraproducente. Cabe recordar el episodio en que Karla expresa que, aunque había logrado superar el temor a separarse de su marido, miedo reforzado por la incapacidad de romper sus condicionamientos, generada por el TOC, su madre la arrastraba a un estado anterior cuando le sugería no separarse “porque tienes dinero, una casa bonita, una camioneta bonita” (Entrevista a Karla, 2017).

3). Crecimiento. Tiene que ver con la maduración física y emocional, la capacidad de reacción y de autorrealización de los miembros de la familia, incluso en medio de

situaciones difíciles, que están determinados por el apoyo mutuo. En el caso de Érika, el peso de las circunstancias les obliga a ella y a su padre a asumir la presencia del TOC con mayor madurez y a asumir su propia realización como personas de manera diferente: “A los 20, mi mamá murió. Cuando murió mi mamá, como que [el trastorno obsesivo compulsivo] se me calmó un poco, [lo que me parece] muy extraño... Sí había momentos [en] que me volvía, pero era así poco. Cuando mi mamá se murió, [a] mi papá le toco aceptar que yo estaba mal” (Entrevista a Érika, 2017). Se aprecia, entonces, que la ausencia de la madre implica un crecimiento familiar y personal, tanto en Érika como en su padre.

4). Afecto. Se refiere al ejercicio del cuidado, y a las expresiones de amor, dolor e ira que existen entre los distintos miembros de la familia. Estos ejes afectivos se aprecian en la narrativa de Fernanda: “Mi mamá me habla muchísimo siempre. Yo salgo de la psicóloga y enseguida le cuento todo lo que estuvimos charlando. Y, a ver... Mi papá, más que nada, me dio consejos... Él me contaba que cuando era chico le pasaban cosas similares, y por ese lado me puede entender un poquito más; pero con mi mamá es con la que más relación tengo, así que con ella [junto a ella] he luchado muchísimo. Más que escucharme, [como] dice un dicho por ahí, que el que no lo vive no me puede dar consejos” (Entrevista a Fernanda, 2017).

5). Resolución. Comprende la manera en que se establece la funcionalidad familiar, tanto en los pacientes como en los familiares, así como la relación con la evolución de la enfermedad, el apoyo estructural, funcional y social (Rodas, L; Rascón, M; Alcántara, H; Rodríguez, A, 2014). Cuando hay resolución, se facilitará el entendimiento y el bienestar con respecto a la situación problemática. En el caso de Ana de la Torre, por ejemplo, la

resolución se manifiesta en el momento en que madre e hija se ponen de acuerdo para enfrentar el TOC con apoyo psiquiátrico.

Tanto en el caso de Ana como en el de los demás participantes de la investigación, la resolución -o la dificultad para llegar a ella- representa un compromiso o determinación de la familia o de otros miembros para compartir tiempo, espacio y recursos, sobre todo económicos, en el proceso de atravesar el trastorno obsesivo compulsivo.

Para Daniela Fernández Camarena en su texto *Trastorno Mental Severo dentro del grupo familiar: Duelo y opciones de tratamiento para la familia*, el apoyo social existe cuando el sujeto se siente cuidado, amado, estimado como miembro de la red de la que hace parte, pero también implica la existencia de obligaciones mutuas. Esto es especialmente importante cuando existen miembros de la familia que requieren cuidado y acompañamiento constante, pues implica la protección a las personas más involucrada en el cuidado, sobre las cuales recae el peso de las situaciones estresantes. De este modo, una manifestación importante del principio de resolución son los acuerdos y el despliegue de responsabilidades por parte de todos los miembros de la familia, incluso aquellos que por su malestar son el objeto del cuidado de los demás.

En este orden de ideas, vale la pena recordar la narración de Nathan, que atravesaba no solamente la dificultad de su propio diagnóstico sino una situación anómala en relación con los roles de sus padres:

*“Nació mi hermano. Al año y 3 meses él convulsionó y eso [le] generó un fallo en el cerebro y una serie de cosas. Mi papá nunca aceptó lo que tenía mi hermano [...]. Una vez me dijo: “Si no fuera por ti, yo no seguiría en esa familia porque no hay nada que me ate a esta familia”. Luego se supo lo mío, y con el tiempo ellos se*

*comenzaron a separar. Y yo asocié la separación al diagnóstico, pero con el tiempo entendí que no [...]. Es como que no terminan de entenderlo realmente, y tampoco se preocupan por entender por qué lo siento, o en qué momento me pasa”* (Entrevista a Nathan, 2017).

Al hacer conciencia de que los problemas conyugales y el precario rol de su padre se presentaban desde antes de su diagnóstico, y que, en el caso de su padre, tenía que ver también con la negación de la condición de su hermano, Nathan comprende que debe encontrar recursos de afrontamiento que le ayuden tanto a negociar con su propia condición de salud como a asumir un rol diferente frente a su padre. Así, comienza a vivir solo, procura mantener una comunicación sana con sus progenitores, y comienza a implementar las visitas a su padre, que vive cerca a su vecindario.

En el caso de Nathan, como lo sostiene Estupiñán, la experiencia no es solamente construcción individual, sino que también incorpora los factores sociorrelacionales entre los actores de su familia. Dicha incorporación comienza por el discurso, que le permite al sujeto descubrir y apropiarse los aspectos emergentes de su experiencia al incorporarlos a su narrativa, y facilitan el ejercicio de resignificarlos (Estupiñán, 2014).

## CONCLUSIONES

Para dar pie a las conclusiones, es importante recordar lo que este estudio se propuso como objetivo principal: Develar la construcción de significados otorgados al diagnóstico y a las interacciones médicas, terapéuticas, familiares y sociales en general, que emergen en las narrativas de experiencias de personas adultas diagnosticados con TOC; aparte, analizar como las formas en que los sujetos llegan hacer diagnosticados configuran esas maneras posibles de significado.

Dentro de las narrativas, se pudo apreciar cómo el significado de cualquier vivencia dependerá del contexto, y que los recursos para esa significación no siempre se hallarán en la persona misma, sino en sus relaciones. Estas relaciones configuran y permiten una forma de actuar en relación a sus contextos y a las demás personas. La construcción de los significados sobre la realidad se da en un contexto dinámico de la relación social y en un espacio histórico-cultural concreto.

Por ello, al relatar una historia, en este caso en las narrativas, son los significados los que le confieren sentido a las experiencias y seleccionan los aspectos a los cuales se les dará más importancia, originando contextos de interacción que sostienen esa relevancia, ya que no es solo un lugar, un espacio o un tiempo de significado; pueden aparecer múltiples momentos en un mismo contexto, donde involucran sentimientos, personas, la forma en que cierto aspecto es significativo, o qué es lo que el sujeto narrador le atribuye para que lo sea.

Podría decirse que la construcción del significado surge en la narración y se transforma en la continua actualización de las tramas narrativas de las historias. Sin embargo, el conocimiento no se encuentra tanto en las narrativas en sí mismas, sino en la matriz de significados que resulta de las diversas interacciones que se dan entre éstas; puesto que las personas, a partir de su experiencia vivida, manifestaban cómo eran aquellas motivaciones que los llevaban a enfrentar y querer superar la situación en que se encontraban inmersos. En virtud de ello, desde la organización narrativa comienzan a disponer sus recursos y sus habilidades, las ganas de ser personas productivas en la vida, que quieren transformar su vida, para permitirse a sí mismos una nueva oportunidad con acciones concretas.

Las experiencias están conectadas con las formas de organización e interacción de las familias y sus contextos. Los participantes en la investigación lograron mostrar que existen muchas formas de crear soluciones y de no ver un “diagnóstico” como un mero concepto o término de salud mental por el cual el sujeto está limitado, sino como una forma de vida que permite crecer como persona, autosuperarse y enfrentar aquellos miedos y barreras que muchas veces no se limitan a la enfermedad, sino que tienen que ver con todos los ámbitos de la vida.

Muchas de estas personas tenían el apoyo familiar, había otros que no contaban con tal suerte; sin embargo, esto no determinaba el hecho de que las personas frenaran sus estudios o su espacio laboral por un diagnóstico; por el contrario, todas ellas se ponían metas y le sacaban provecho a todo lo que les pasaba.

Cuando existía una omisión por parte de la familia en cuanto al reconocimiento del diagnóstico, las narraciones mostraron que los familiares prefieren demostrar que lo

desconocen a tener que aceptarlo. En los casos de Ana España y de Karen, la narrativa les permite organizar las experiencias con sus familias, reconocer la resistencia o ignorancia por parte de estas, y comenzar a buscar nuevas opciones, aun cuando se encuentran en situación de enfermedad. Para Ana, los padres toman posiciones distintas: la madre, una posición de comprensión; el padre, una de enojo, pues consideró que se trataba de un trastorno insignificante, “poco serio”. Ana comienza, entonces, a buscar nuevos espacios y actividades, entre ellos, la escritura de los blogs, a través de la cual no solamente aspira a “tener algo que hacer”, sino a ayudar a personas que se encuentran afectadas por el mismo trastorno que ella. Ana reconoce que su mamá y sus amigas eran quienes estaban pendientes de ella, y acepta que le llamen la atención cuando ven que asume conductas inconvenientes. Haber aceptado ese apoyo familiar y social le permitió sentirse más segura de tener un apoyo cercano en su vida.

La familia de Karen se siente agraviada por el hecho de que una mujer con hijos y profesional se declare afectada por algo que consideran capricho y no enfermedad, pues su TOC se manifiesta en una compulsión por las compras. Para Karen, organizar su narrativa le permite asumir la postura de sus familiares respecto a ella, y descubrir cuáles son los espacios en los que le conviene expresarse para negociar consigo misma, reconocer y superar su condición.

Los seres humanos utilizan las narrativas de su cultura para interpretar las situaciones, experiencias de sí y de los demás, y actuar de modos socializados en torno a estas “cosas”, a través de un proceso interpretativo con base en la interacción y conversación social que tienen con sus semejantes, sobre el conocimiento y significados

culturales, como por ejemplo el hecho de la espiritualidad, la manera en que los sujetos la involucran narrativamente -como un temor, como una obsesión, como forma de apoyo y como forma de vida cotidiana- ya que a través de ella experimentan guía, conexión y relación directa con el ser superior que reconocen. En otros casos, la religión se relata como una forma de vida que se cultiva en el sujeto desde la infancia, la cual puede llegar a tal grado de interiorización lógica que los principios religiosos anteceden cualquier pensamiento, acto o decisión. Varios de los participantes en el estudio describieron sus conductas compulsivas como un constante estar pensando que cada acto debía ser guiado por la religión, por Dios en sí.

El sujeto aprende, se modifica a sí mismo por la autoobservación reflexiva de lo social en cuanto a cómo se percibe como persona, cómo se muestra frente al mundo, cómo cada sujeto vive su experiencia de una forma distinta, y así mismo hace que los de su entorno la vivencien con él. De acuerdo a su valoración del diagnóstico en relación con su vida en general, puede hablarse de dos tendencias entre los sujetos: los que suponen el diagnóstico como una enfermedad de la cual quieren salir, bien porque se curará o porque se desharán de ella, y los que lo toman como una nueva forma de vida, en la que ellos deben manejar y asumir el control, de modo que deben adoptar el diagnóstico a lo que solían querer de la vida, y hasta pueden sacarle provecho cuando lo ven como algo positivo que los puede ayudar a crecer. Es algo así como un “error positivo” que había llegado para hacerlos más fuertes en esos aspectos en la vida que les faltaba por mejorar.

En esta última tendencia, el sujeto crea estrategias propias basándose en ocasiones en lo aprendido con el especialista en salud mental, o a partir de la interacción con su

entorno. Esto le permite beneficiarse porque crea aspectos basados en lo que le funciona a cada uno como ser singular que forma parte de un grupo de personas.

Además de las narrativas, que nos permiten construir interpretaciones de acontecimientos, circunstancias y a los otros, que forman parte también de ellas, en el caso de las personas con trastorno obsesivo compulsivo, una de cuyas manifestaciones más importantes es la manifestación de una serie de pensamientos circulares, es importante considerar cómo se refleja la intensidad del pensamiento en el cuerpo. En el caso de las personas participantes en el estudio, varias de ellas expresaron que aquello percibían con la mente lo traspasaban a su cuerpo como una forma de expresar todo lo que no ponían en palabras. Pero, adicionalmente, los mensajes del cuerpo solían constituir una forma especial de comunicación consigo mismos: los alertaban respecto a cuándo les iba a ocurrir un episodio obsesivo. Así, las reacciones del cuerpo pueden ser un sistema de alarma que anticipa el desarrollo de algún tipo de idea obsesiva.

Cabe entonces suponer que, en un entorno específico y regular como la interacción con el especialista de salud mental, atender a las señales del cuerpo y a cómo las relatan los afectados podría contribuir a la generación de nuevas estrategias para lidiar con los episodios del TOC en cada caso, del mismo modo en que la circulación y reflexión sobre las narraciones, la construcción y reconstrucción de significados que ello implica, les ha permitido entender su diagnóstico y transformar la relación con su malestar.

Los aspectos de las características personales, culturales y sociales propias de las personas determinan algunos factores que los sujetos veían como limitantes, puesto que preferían no exponer su vida frente a nadie, estar alejados de la sociedad. Esta actitud está

permeada por la idea que cada familia tenía sobre el sujeto y de su rol en la familia, ya que cuando existía un entendimiento familiar, la persona afectada, con el tiempo, era capaz de liberarse de prejuicios y sentirse libre de hablar. Pero cuando no existía ese apoyo, se sentía una desconfiguración aún mayor en el entendimiento y en el no saber qué pautas seguir o qué es lo que debería realizar. En esta situación se tiende a evadir, a querer salir del problema de una forma mágica, y no en apropiarse de la situación y pensar estrategias que sean posibles para el entendimiento y control del malestar.

La construcción del significado que hacían de la realidad las personas afectadas por el TOC que participaron en este trabajo emerge en la relación con todos sus núcleos, ya sean sociales, familiares, con el especialista en salud. Los factores que emergen en dicha construcción son la religión, los síntomas, la dimensión de ser útil, el hecho de sentir limitaciones y la percepción propia frente a un mundo lleno de prejuicios y críticas. El significado no sale sólo del propio ser, sino de la interacción y la vinculación de cada cual respecto a cada uno de los núcleos narrativos; además, la circulación de dichos significados a través del tiempo pasa a hacer parte de la existencia y emerge en el desarrollo y la trayectoria de la experiencia de vida en cada uno de los participantes.

La mayoría del tiempo, los sujetos participantes en la investigación se muestran como personas que son transformadoras de su propia existencia, que configuran y reconfiguran en su forma de visualizarse frente al mundo. Ellos organizan, analizan y detallan todo aquello que les ha generado un beneficio y desechan tanto personas como aspectos de su vida que no han sido funcionales para ello. El hecho de que todo el tiempo piensen y repiensen sobre su vida, elecciones, pautas familiares, valores y enseñanzas de vida es el responsable de que, tanto en la consulta con los especialistas, como en sus

relaciones y decisiones vitales, pueda percibirse una nueva interpretación de su vida, de su realidad y de quiénes son como seres existentes.

Existe una sobrevaloración inicial del diagnóstico por parte de la mayoría de las personas diagnosticadas con las que se realizaron las entrevistas. Luego de confirmar la presencia del trastorno obsesivo compulsivo, la mayor parte de los participantes declaró haber evitado situaciones académicas y laborales, lugares, trayectos, decisiones, responsabilidades, y en general toda situación que implicara socializar con otras personas. Varios de los participantes nombraban esta situación como una limitación en su vida. Se justificaban dichas decisiones -o falta de decisiones- por el hábito mental generado por el TOC de no poder concentrarse al entrar a dialogar con una persona o al intentar una actividad específica. A ello se añade la sensación de creciente inseguridad al no sentirse capaz de terminar cosas y el miedo a la frustración por emprender cosas que no se realizan.

Dentro de las narrativas se denotan diferentes perspectivas con las cuales los sujetos participantes buscan apropiarse del TOC en su vida. La principal es darle una connotación positiva, para lo cual se enfocan aquellos aspectos del trastorno que pueden resignificarse como positivos; la irrupción de algo nuevo en su vida, o el haber identificado finalmente aquello que les impedía apropiarse de su vida o centrarse en sus proyectos deseados. Pese a que los participantes reconocen los numerosos aspectos negativos del trastorno, como su desconocimiento o las expresiones físicas y mentales del mismo, lo positivo que lograron resaltar de este fue mucho mayor, y estuvo siempre vinculado con la enunciación de logros personales, laborales, profesionales, e incluso se habla del malestar como maestro de vida, gracias al cual los sujetos se hacen mejores personas, se vuelven más reflexivos, dejan

prejuicios y críticas sobre otras personas, sobre su conducta o apariencia, y se hacen más empáticos y dispuestos a ponerse en el lugar de otros, a ser más compasivos con cualquier persona, independientemente si tiene una enfermedad o no.

La contraparte de esa percepción positiva es la enunciación del TOC como un lastre que impide llevar a cabo los planes, actividades y relaciones, un obstáculo en su vida que preferirían no tener. Cuando se expresan así, los participantes se dicen incapaces de llevar una vida “normal” y manifiestan padecer un sufrimiento, e incluso estar pasando una prueba de Dios.

Pero, por otra parte, las personas que fueron diagnosticadas en algún momento de su vida muchas veces quieren aportarles sus experiencias a otras e intentar ayudarles. Con una acertada conciencia de lo que puede significar la expresión en el contexto de una enfermedad, generan esta ayuda por medio de los blogs de trastorno obsesivo compulsivo. En ellos, se encuentran con personas que pueden estar viviendo de la misma manera lo que ellos vivieron y esto les permite desahogarse, gestionar la vulnerabilidad y la crítica, ya que en este espacio todos han pasado por situaciones muy similares.

Dentro de las ideas obsesivas que más se nombraron dentro de las narrativas está el miedo de que alguno de los familiares muriera, principalmente los padres del afectado por el desorden. En cuanto a la familia, el primer reconocimiento de la enfermedad por medio del diagnóstico puede suscitar una reacción de suplir en exceso las necesidades de la persona afectada, ya que hay manifestaciones del trastorno por las cuales el afectado se siente sin capacidad de moverse, tocar objetos o alimentarse.. En contraste, estaban las familias que apoyaban al sujeto, pero de modo en que se le exigiera más independencia.

Estas familias suelen estar pendientes del proceso desde el diagnóstico, acompañar a los afectados a las terapias y, en general, estar atentas a su bienestar sin reemplazarlos en sus competencias.

Por último, dentro de las narrativas se suscitaron situaciones en las que los sujetos nombraban que sus familiares preferían hacer de cuenta que no pasaba nada, como una forma de evadir la situación u ocultarla frente a los demás. “De pronto los avergonzaba”, dice uno de los participantes. De la misma forma, se refirió que, cuando los sujetos les comentaban a sus familias que los habían diagnosticado, algunos no entendían muy bien de lo que les estaban hablando.

Dentro de la narrativa al hablar del TOC se habla de otras categorías diagnósticas debido a que muchas de las personas diagnosticadas tenían miedo de generar otro trastorno más allá del que ya se les había diagnosticado; varias de ellas habían recibido antes otros diagnósticos. En los casos en que habían tenido ya otros diagnósticos, especialmente cuando habían sido de gravedad o cuando eran relacionados con la salud mental o el comportamiento, tanto las familias como los afectados asumen que ya hubo algo que generó mayor impacto anteriormente y lo toman como “esto no es tan grave”. Algunos de los participantes refirieron que, al existir el antecedente de familiares con diagnósticos que entendía como similares, se había ampliado la comprensión de las enfermedades mentales para la persona que recién los vivía. En contraste, los sujetos que recibían el TOC como primer diagnóstico expresaron que les generaba mucho miedo pensar que no solo fuera ese diagnóstico en su vida, sino que hubiera muchos...

En cuanto a la interacción con el terapeuta, los relatos mostraron que en la mayoría de los casos le permitía al sujeto generar una reconfiguración de lo que pensaba antes de la

terapia -tal vez partiendo del desconocimiento o de una información investigada por cuenta propia- y confrontarlo con la nueva información, ofrecida por un otro que tenía un conocimiento un poco más técnico de los rasgos del trastorno. Varios de los sujetos expresaron que la conversación con el terapeuta les hizo sentirse en confianza, que esto promovió la construcción de una perspectiva diferente, que incluso les permitió comenzar a pensar en el malestar como una forma de motivación y de alcanzar sus metas.

Los elementos suministrados en las terapias fueron referidos por los participantes como formas de direccionar la vida de las personas: un plan por semana de lo que debe realizar, generar una mayor organización frente a lo que se hace en el día, técnicas de meditación o de respiración. Una técnica de gran utilidad fue no prohibir las rutinas compulsivas, sino realizar la actividad procurando hacer conciencia de por qué se hacían.

El ejercicio terapéutico también permitió a los participantes entender que muchas de las cosas que les sucedían tenían relación con su situación familiar y con la forma en que ellos veían lo que sucedía en su familia. Al respecto, una narrativa que vale la pena mencionar es la de Nathan, que menciona a su terapeuta la desconfianza que le producen las personas que fuman, y cómo descubrió que ese prejuicio estaba asociado a su madre.

En cuanto a la espiritualidad como parte del proceso de apropiación del diagnóstico, las narrativas muestran posturas que van desde considerarla una obsesión hasta nombrarla como fuente principal de apoyo y refugio. En la primera posición se describen miedos a la existencia de Dios y a sus castigos; el ambiente espiritual de la familia, que no solo incluye la formación y las normas religiosas sino la tendencia a culparlo a él o a los líderes de las iglesias por muertes o accidentes cercanos o lejanos, junto a la expresión *Dios es amor*, que incluso se usa luego de imputarle cualquier evento desagradable. El hecho de que la familia

haya vivido la religión de una manera rigurosa genera un impacto particular para algunas de las personas diagnosticadas con TOC que participaron en esta investigación.

La relación con la familia interviene de manera importante en cómo la persona significa su experiencia, ya que en ocasiones las familias no entendían lo que pasaba con el sujeto y el ambiente se tornaba conflictivo, pues la persona no sabe en quién apoyarse y los padres se encuentran confundidos por no entender qué es lo que sucede. Ante esta situación, algunos de los sujetos diagnosticados dan cuenta en sus relatos de que decidieron explicar a sus padres y familiares en qué consiste el trastorno, de modo que pudieran entender un poco la situación por la que ellos estaban pasando. De acuerdo con las narrativas, en estas situaciones se generan mayores responsabilidades y se atribuyen culpas respecto a aquello que les podría ocurrir por actuar de maneras distintas. En algunas ocasiones, los relatos daban cuenta de que la pareja asumía el apoyo para el sujeto, en vez de la familia principal.

En el caso de Erika, su narrativa inicial del trastorno se da en torno a su madre, pues es ella quien le brinda apoyo y confianza. Cuando ella muere, la narrativa comienza a girar en torno al padre, visto como una persona que no creía en el trastorno que declaraba la sujeto. Érika, posteriormente, decide apropiarse del tema e involucra a su familia en la construcción del significado de su padecimiento. Con base en ello, identifica cómo pasa sus ideas obsesivas de un lado a otro, en este caso, de su madre a su padre: cuando cierta persona con la cual tiene obsesión no está, traslada su obsesión hacia otra; al parecer, necesita una persona significativa para poner en ella la obsesión.

Por último, es pertinente resaltar que en las narrativas los sujetos mencionaron que les generaría mayor confianza tener terapias con un psicólogo (a) que también hubiera pasado por un trastorno obsesivo compulsivo, ya que se sentirían referenciados y mejor comprendidos.

### **Limitaciones**

Para concluir este trabajo, quiero hacer un breve resumen de las dificultades que se presentaron durante su desarrollo. Al comienzo, y dado que yo misma he experimentado malestares relacionados con el TOC, me significó una gran dificultad la transcripción de las entrevistas. El hecho de ir de relato en relato, de observar las repeticiones, de escucharlas, transcribirlas y volverlas a leer, me recordaba a mí misma atravesando acontecimientos similares. En ocasiones me tomaba un tiempo largo lograr reconectarme de nuevo con el trabajo, enfocar y manejar el hecho de que estaba realizando una investigación, y que debía apartar el efecto que las narraciones generaban en mí. En una ocasión en específico, plasmé todo aquello que un sujeto me dijo en la vida real y fue una situación un poco fuerte: tuve que poner distancia y luego continuar. Todas estas situaciones, en especial la última, aunque me afectaron, fue algo que logré superar.

Por otra parte, debo mencionar que, aunque en principio deseaba trabajar con pacientes colombianos, se me dificultó encontrar acceso en Bogotá a alguna institución donde me dieran el permiso para realizar mi proyecto de investigación con personas diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo. Por ello, decidí buscar a los participantes por mi cuenta, y fue así como logré gestionar y realizar 18 entrevistas de personas que no eran de Colombia a través de páginas en internet.

Si bien considero que el no tener entrevistas físicas, y el no interactuar directamente con personas afectadas por el trastorno que fueran además parte del entorno que he conocido y habitado me restaba algunos elementos para la investigación, también creo que

fue muy afortunado poder ubicar a las personas a través de los foros de Internet, pues en esta práctica hay implícitos ejercicios de reflexión, de búsqueda activa y de escritura que terminaron por ser decisivos para el análisis de las narrativas.

Como investigadora y como futura profesional de psicología, siento que el conocer de todos los temas relacionados con lo que se ha elegido investigar es muy importante. Por ello considero como una limitación el no contar en el momento con un conocimiento más completo de desórdenes relacionados con el TOC. En las entrevistas se nombraron otros malestares, como trastorno esquizoide, trastorno bipolar, trastorno de despersonalización y otras categorías, que probablemente me hubieran dado visiones más amplias de interpretación. No obstante, creo que fue acertado el no asumirlas, porque la expectativa de los participantes era alta y no era adecuado asumir temas cuyo manejo es delicado.

## **Reflexiones**

Desde el comienzo del proceso me sentí involucrada directamente con la investigación, conectada con los relatos, coparticipante en las narrativas. Ello me ha dado herramientas inesperadas, tanto en la investigación misma como en mi propia perspectiva vital. Como investigador, uno se identifica; la constante reflexión sobre la manera en que el otro piensa, proyecta y cambia; sobre cómo se reconfiguran sus formas de verse y de ver a su familia, de modo que su propio contexto se modifica en ocasiones. Además de este ejercicio de identidad y de transformación relacionado con mi propio trastorno, la

realización de las entrevistas y la lectura de las narrativas me permitieron como psicóloga asumir herramientas que profesionalmente no había acogido e interiorizado.

Como investigadora y como futura psicóloga al realizar las entrevistas en muchas ocasiones tuve que responder a preguntas inconclusas sobre el tema que no habían sido respondidas con anterioridad. Esto lo realicé al final, pues permitía hacer un cambio de rol; al asumir mi propia relación, tanto con el malestar como con las personas participantes, no quería mantener una jerarquía sino poder aprender en conjunto. Considero que este proceder fue beneficioso para los participantes, ya que al reescuchar la entrevistas pude darme cuenta del cambio de estado de ánimo, el entendimiento de aspectos que no habían entendido en preguntas resueltas de mi parte, y que mi propia intervención había contribuido al repensar que ellos ya venían desarrollando, que había incidido en la transformación de concepciones que tenían ya muy marcadas y que pensaban no iban a cambiar.

Por otro lado, también realicé una retroalimentación al final de las entrevistas. Me parecía pertinente resaltar aquellos aspectos que fueron importantes en cuanto a que ellos mismos crearon estrategias propias, ya sea por medio de lo que aprendieron con la psicóloga o por aspectos que ellos mismos investigaron. Creo que fue fundamental reforzar aquellos aspectos positivos que la interacción con ellos me había permitido detectar, y así mismo, hacer una reflexión acerca de lo que debían mejorar.

Como persona, considero que, al momento de realizar las entrevistas entendí de nuevo por qué mi gusto por la psicología, lo repensé y volví a sentirlo, esta vez con más elementos, tanto a nivel personal como profesional.

Con la tesis he logrado una conexión más profunda e informada sobre mi propia experiencia con el diagnóstico, gracias a todo el trabajo realizado con las personas a quienes entrevisté, aparte de que genere una conexión muy fuerte con ellos por el diagnóstico que tenemos en común y porque ellos, al saberlo, también se sintieron identificados, lo que les permitió abrirse de una manera libre y tranquila.

En este momento de mi vida, a partir de mi experiencia realizando las entrevistas, he repensado cómo seguirá mi rumbo en cuanto a mi especialización profesional, ya que esto me llenó mucho y me sentí muy feliz de poder servirle a alguien, de ayudar, de hacerlo reflexionar y poderle permitir mejorar en todo aquello que esta persona pensaba era imposible. Me sentí de lleno implicada en mi rol de psicóloga, y a pesar de que no me he graduado, ya me siento como tal. Ahora soy más consciente de que, cuando algo permite transformar el pensamiento que uno tiene y permite satisfacer todo aquello que pensaba o que no encontraba un rumbo, es cuando uno se da cuenta de que realmente vale la pena seguir este camino.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A; Toro, J; Taboas, Alfonso (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. Revista Puertorriqueña de Psicología 2009. ISSN: 1946-2026 Asociación de Psicología de Puerto Rico
- Amador, O. (2014). “*Trastornos de personalidad asociados a trastorno obsesivo compulsivo*” (Tesis maestría en psicología). Universidad de san buenaventura seccional de Medellín.
- Arias, C (2006). “*Enfoques teóricos sobre la, percepción que tienen las personas*”. Bogotá
- Bahi, M (2005). Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Modelos teóricos explicativos. Centro de psicología clínica y logopedia averroes.
- Balbo, E (2009) Melancolía y psiquiatría en el siglo XIX, Madrid.
- Bianchi, E (2012). Comentario a Nikolas Rose: Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata UNIPE, Editorial Universitaria. 1ª ed.
- Biglia, B & Bonet, J. (2009). “*La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida*. Forum: qualitative social research, Volumen 10, No. 1, Art. 8.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.

- Camarena, D (2017). Trastorno Mental Severo dentro del grupo familiar: Duelo y opciones de tratamiento para la familia. (Monografía). Universidad de la República Facultad de Psicología.
- Canguilhem, G (1966). Lo normal y lo patológico. Argentina: Siglo xxi.
- Cañón, O. (2008). Las huellas del sujeto en narrativas de autores construccionistas. Revista diversitas - perspectivas en psicología. Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia
- Casado, Y. (2008). “Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo-compulsiva”. (Tesis doctoral de psicología). Universidad de Málaga.
- Castorina, J y Orce, V (2015) La noción de experiencia Algunas conceptualizaciones del campo educativo “Debates contemporáneos en educación. Editorial de la Facultad de Filosofía y letras, Buenos Aires.
- Cerrone, L (2016) El síntoma desde el psicoanálisis (Monografía) Universidad de la Republica Facultad de Psicología, Montevideo.
- Claridad, R (2018). Personas sin hogar y salud mental. Educación Social, núm. 27.
- Coto, Alonso y Fontanil (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. Centro de Investigaciones Comunicacionales, Oviedo, España. Universidad de Almería, España.
- Duero, D (2013) El Diagnóstico Psicopatológico: Características y Supuestos Epistemológicos en los que se Sustenta. *Revista colombiana de psicología vol. 22 n. 1*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina
- Estupiñán J González M (2014) Narrativa Conversacional, Relatos de Vida y Tramas Humanos: Hacia la Comprensión de la Emergencia del Self en interacción en

- Contextos Ecológicos Desarrollos de investigación Bogotá. Universidad santo Tomás. Ciencias de la salud facultad de psicología maestría en psicología clínica y de familia.
- Gavino, A y Godoy (2010). Focad. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Undécima Edición
- .Gil, A; Layunta, B y Íñigue, I. (2005). Dolor crónico y construccionismo “*Boletín de Psicología, No. 84*” Universitat Oberta de Catalunya y la Universidad Autónoma de Barcelona.
- González Santos, M.; Vicente Alba, J.; Román Fernández, E.; Ortega Ruibal, F.; Alberdi Sudupe, J (2018).Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica. “Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría”. Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- Guevara, A (2016). El otro como objeto, biopolítico, transpolítica y diagnóstico. Iustitia número 14.
- Huertas, R (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica História, Ciências, Saúde – Manguinhos “Redalyc.org, vol. 21, núm. 4”. Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil.
- López, P. (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. Departamento de Filosofía de la Universidad de Manchester.
- Magnabosco, M (2014). El Construccionismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. Revista de Psicología vol. 32 no.2 Lima.

- Molina, D. (2003). Una pregunta del destino el síntoma y su significado en la psicología de Jung. Revista virtual. Universidad católica del norte.
- Pena, J (2017). Trastorno obsesivo compulsivo aportaciones desde la personalidad y la neuroimagen personal. (Tesis doctoral). Universitat Jaume I Castello, departamento de psicología básica, clínica y psicobiología
- Pino, P (2013) “Trastornos obsesivos compulsivos” Recuperado el de: [https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986\\_uploads](https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/_zkk0xwNVOcqIg7O15sO4_0.pdf) /20120607\_zkk0xwNVOcqIg7O15sO4\_0.pdf
- Rizo, M (2008) “La Psicología Social y la Sociología Fenomenológica. Apuntes teóricos para la exploración de la dimensión comunicológica de la interacción”. Global media Journal, Universidad autónoma, ciudad de México
- Rodas, L; Rascón, M; Alcántara, H; Rodríguez, A (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Mental, vol.37, no.5. México.
- Rodríguez, A; Toro, J y Martínez, A (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, vol. 20. San Juan, Puerto Rico.
- Ruiz, Guillermo (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. Foro de Educación, vol. 11, núm. 15. Cabrerizos, España.
- Sánchez, A. (2014). Redes sociales y salud mental: una alternativa para la intervención. Docente de la Escuela de Salud Pública. Psicóloga por la Universidad de Costa Rica.

- Sandoval, J (2010). Construccinismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social, Revista Mad. N° 23. Departamento de Antropología. Universidad de Chile.
- Siciliani, J (2014) “Contar según Jerome Bruner” Universidad de La Salle, Bogotá Colombia, pág. 1-29.
- Smith, M (2010) Formación de la personalidad desde una perspectiva cultural y dinámica de la personalidad en situaciones de cambio.
- Strauss A y Corbin J (2002) “Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada” Editorial Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia
- Warhus, L (2014) “*la terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias*” cita a Gergen. University of Aarhus.
- Zorzanelli, R (2010). Psicastenia. *História, Ciências, Saúde – Manguinho* v. 17, supl. 2, dez, Rio de Janeiro, p. 421-430.