

Curso 2009/10
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS/25
I.S.B.N.: 978-84-7756-970-1

VINITA MAHTANI CHUGANI

**Estudio cualitativo sobre la percepción
del beneficio y del riesgo de ansiolíticos
y antidepresivos en los usuarios**

Directores

**EMILIO SANZ ÁLVAREZ
CARLOS DE LAS CUEVAS CASTRESANA**



SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

*“Si lloras por haber perdido el sol,
las lágrimas no te dejarán ver las estrellas”*

Rabindranath Tagore

(1861-1941)

Agradecimientos

Tanto en este como en cualquier estudio considero que a los primeros a los que tengo que agradecer son los participantes. En investigación cualitativa esto es aún más importante, ya que realmente ellos son los expertos en el tema y tienen la suficiente fortaleza como para compartir desinteresadamente sus experiencias con el investigador. Los datos con los que he trabajado son suyos por lo que les estoy muy agradecida y a los que denomino *diamantes*.

Quiero mostrar mi agradecimiento al grupo de médicos que colaboraron en el reclutamiento de los *diamantes*. A Asun, Jose Carlos, Javier, Mercedes, Juan Luis y Julio que han sido mis *pepitas de oro*.

A mi familia he de agradecer haberme soportado durante tantos años el tema de “la tesis”. Sobre todo a mi marido que ha hecho de co-investigador del proyecto casi sin darnos cuenta. En estos años desde que comencé el doctorado la composición de mi familia se ha modificado. Agradezco a los nuevos miembros de la familia simplemente su existencia (Vivek y Nadisha). Y a los que ya no están les dedico todo mi trabajo. Todos ellos son mis *perlas*.

A Carlos y Emilio su eterna paciencia y por haberme animado siempre a seguir adelante. De hecho debo agradecerles haber abonado y regado la semilla investigadora que llevo dentro y que me ha dado la oportunidad de dedicar mi carrera profesional a la investigación cualitativa. Ellos son mis *esmeraldas*.

A mis amigos y compañeros, a todos ellos, pero sobre todo a Pedro y Luís que comparten el día a día de mi vida profesional y personal. Gracias por ser mis *zafiros*.

Y a todos los que me han valorado porque me han hecho sentir que tengo uno de los mayores tesoros del mundo, lleno de diamantes, pepitas de oro, perlas, esmeraldas y zafiros.

*“In memoriam de mi padre (Mohan Mahtani)
Y de mi hermano (Amit Mahtani)
Que tanto me enseñaron sobre la vida,
la salud y la enfermedad”*

Índice

Prólogo	8
Resumen	11
Summary	15
I. Introducción	19
I.1. Antropología y Medicina	19
I.2. Investigación cualitativa	21
I.2.1. Definición	21
I.2.2. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa	24
I.2.3. Aplicación de la investigación cualitativa	26
I.2.4. Métodos y técnicas de investigación cualitativa	29
I.2.5. Criterios de rigor en investigación cualitativa	34
I.3. Marco teórico	39
II. Objetivos	45
Objetivo General	45
Objetivos específicos	45
III. Método	46
III.1. <i>Grounded Theory</i>	47
III.1.1. Componentes claves de <i>Grounded Theory</i>	49
III.1.2. El investigador	52
III.1.3. La muestra	54
III.1.4. El reclutamiento	59
III.1.5. Las técnicas de recogida de datos	60
III.1.6. El análisis de los datos	68
III.2. Metaetnografía de Noblit & Hare	73
III.3. <i>Arts based research</i>	76
III.4. Proyecto piloto	78

III.5. Herramientas de software <i>Atlas.Ti</i>	80
III.6. Rigor metodológico	83
IV. Resultados y Discusión	87
IV.1. Primer nivel de análisis. <i>Trayectoria de consumo</i>	91
IV.1.1. Aparición de síntomas	92
IV.1.2. Búsqueda de ayuda	96
IV.1.3. Comienzo del tratamiento	103
IV.1.4. Obtención de resultados	109
IV.1.5. Enfoque del futuro	130
III.1.6. Reflexiones sobre el Pasado	132
IV.2. Segundo nivel de análisis. <i>Proceso psico-social de consumo: Luchando internamente y con el exterior</i>	139
IV.2.1. Factores intrínsecos relacionados con la enfermedad	142
IV.2.2. Factores intrínsecos relacionados con el fármaco	142
IV.2.3. Factores extrínsecos relacionados con la enfermedad y el tratamiento farmacológico	143
IV.2.4. Factores relacionados con el propio paciente	144
IV.2.5. Proceso de evaluación	144
IV.2.6. Discusión	145
IV.3. <i>Análisis comparativo con otros países europeos</i>	149
IV.4. <i>Arts based research. Prozac y el águila</i>	163
V. Conclusiones	175
Conclusions	179
Anexos	183
Anexo I. Tabla de frecuencias de códigos por entrevistas	184
Anexo II. Listado de familias con códigos	193
Anexo III. Resultados análisis de datos europeos	201
Anexo IV. Resumen del cuento en inglés. <i>Prozac and the eagle</i>	219
Referencias	223

Prólogo

Mi primera vez. Mi primera experiencia de investigación cualitativa.

Soy médico. Decidí que lo sería cuando tenía 13 años, y sentí que debía dedicarme a hacer algo por los demás. Esto puede sonar a tópico altruista, pero en realidad es fruto del egoísmo por la necesidad de sentirme bien acerca de los problemas de la humanidad. No voy a contar la historia de mi vida, pero sí la parte en la que intento convertirme en investigadora.

Aquí estaba, en las Islas Canarias, en una pequeña isla en medio del Océano Atlántico. Era 1999 y se me ocurrió que una vez licenciada podría ser interesante hacer la tesis doctoral. Lo único que tenía muy claro era que sería en Psiquiatría. La primera idea era trabajar sobre un estudio comparativo sobre los modelos de psiquiatría pública y privada. Sin embargo, el destino, la casualidad o quizá la conjunción de las estrellas, o como se quiera entender, me llevaron por otro camino. Uno de los colegas de mi tutor de tesis iba a comenzar a trabajar en un proyecto Europeo relacionado con el consumo de antidepresivos y ansiolíticos. Él estaba buscando un “becario” interesado en participar. Concertamos una reunión y, a medida que él me contaba sobre el estudio yo me iba entusiasmando y sorprendiendo.

Mi primera pregunta fue ¿Es posible hacer este tipo de estudio? Pensé que por fin había encontrado algo que había buscado sin saber que existía. Mientras estudiaba Medicina con frecuencia me planteaba preguntas que nadie podía responderme.

El me enseñó la técnica de la entrevista. Y sobre todo tuve que aprender a ser consciente de mis antecedentes de médico, algo que iba en mi contra. Incluso me planteó que quizá yo no debía hacer las entrevistas. Yo me empeñé en hacer las entrevistas porque lo necesitaba. Disfruto escuchando las historias de las personas. Aprendí a mantener la calma, a controlar las expresiones no verbales ante situaciones en las que alguna persona me decía algo como “yo abro la capsula, y le quito la mitad del contenido” o bien “con tal de llevar las pastillas en el bolso no siento ansiedad”.

Una vez hecho el estudio piloto, me llevaron a Copenhague casi de improviso para presentar los datos al grupo Europeo. La mayoría de los que estaban ahí tenían formación en investigación cualitativa, y yo no tenía ni idea. Escuché por primera vez palabras como “Grounded theory” “saturación” “metaetnography”. Después de aquella reunión se sucedieron otras muchas. Había tanta pasión en aquel grupo de investigación que todos estaban dispuestos a trabajar a pesar de no conseguir financiación. Cada vez que nos reuníamos escuchábamos a los investigadores de otros países y teníamos la sensación de que los datos nos resultaban muy familiares. Las similitudes eran mucho mayores que las diferencias. Incluso tuve la oportunidad de ir a Irlanda donde hice dos entrevistas, y tenía la sensación de que estaba hablando con los informantes de Canarias.

Transcribí la mayor parte de las entrevistas con ayuda de parte de mi familia. Esta fue una de las tareas más duras y menos gratificantes, pero no me arrepiento.

Luego tuve que aprender de forma autodidacta a utilizar el programa Atlas.Ti. En ese momento fue la primera vez en la escuché términos como código in vivo, open coding,...

En fin. Empecé a desgranar en códigos los textos. Sentí que algo no funcionaba, porque iba de atrás hacia delante constantemente, cambiando códigos, longitud de las citas... Llegó el momento de sentir el caos. De nuevo brilló una estrella por mí. Mientras contaba esta experiencia una antropóloga griega del equipo europeo me miró y me dijo: “lo tienes... esto es lo que tiene que pasar cuando estás analizando los datos”. Por su forma de mirarme me hizo sentir que iba por el buen camino.

A medida que iba generando códigos, llegó un momento en el que parecía que escuchaba más de lo mismo. Sentí la saturación. Una gran experiencia que no se puede explicar con palabras.

Por alguna extraña razón yo intentaba alejarme de los momentos en los que el grupo europeo se reunía para verificar los códigos. No quería que nadie me impusiera nada, solo intentaba escuchar los textos. Quizá me pasé de testaruda, pero leyendo a Barney Glaser entendí porqué tenía esa necesidad. Tal y como Glaser recomienda mantuve los ojos y los oídos bien abiertos. Por alguna

razón constantemente veía, leía o me encontraba con comentarios sobre los antidepresivos. Las comedias, la serie de Ally McBill, los chistes, anécdotas, etc. La palabra Prozac aparecía y sigue apareciendo en mi vida constantemente. La diferencia es que ahora la entiendo de otra manera. No sé si he aprendido a investigar, pero de lo que estoy segura es de que he aprendido sobre los pacientes y que pueden ver la enfermedad y los tratamientos de una forma muy diferente a la que lo vemos los profesionales sanitarios.

En el fondo me da mucha pena terminar mi tesis porque nunca experimentaré la investigación de esta manera. Este proyecto es como cuando te enamoras por primera vez. Es un cúmulo de sensaciones, la primera entrevista, el primer código, la primera saturación, esto nunca se olvida.

Resumen

Antecedentes:

La depresión es una de las primeras causas de discapacidad, medida en años de vida con discapacidad. Para el año 2020 se prevé que sea la segunda causa de discapacidad por años de vida ajustados para todas las edades y ambos sexos (1).

Aproximadamente un 10% de la población sufre depresión menor o mayor (2). La repercusión de esta enfermedad puede tener efectos sobre la calidad de vida y la productividad laboral (3). Según la OMS el tratamiento principal son los antidepresivos, el apoyo y las terapias psicológicas (4;5).

En las últimas décadas el consumo de los fármacos que afectan al estado de ánimo se ha visto aumentado. Uno de los factores ha sido la incorporación de antidepresivos como los Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS) en los años 80 (6;7).

Se han publicado numerosos estudios que desarrollan teorías sobre la causa de la depresión (8;9), los efectos sobre la actividad laboral (10), aspectos relacionados con la prescripción y diagnóstico por parte del médico (11-14), la necesidad de información desde la perspectiva del paciente (15), o el uso de fármacos para manejar los problemas personales (16-18).

Uno de los factores relevantes menos estudiados es la percepción de la enfermedad y su tratamiento desde la perspectiva de los pacientes. La importancia de este problema generó un grupo de trabajo europeo inicialmente denominado TUPP (*The users perspective project*) que posteriormente se denominó EU-PoMME (*European users' perspectives on mood-modifying medicines*). Este grupo estaba integrado por investigadores de 13 países europeos, formando un equipo multidisciplinar. El principal interés del grupo era entender y describir el significado social y el manejo de los fármacos que modifican el estado de ánimo, en diferentes entornos culturales europeos, especialmente después de los cambios sociales relacionados con la incorporación en la práctica clínica de los ISRS. Finalmente, el

grupo de trabajo quedó constituido por los equipos de los siguientes países: Alemania, Reino Unido, Irlanda, Holanda, España y Dinamarca.

Este trabajo independiente y realizado en España se ha basado en los desarrollos teóricos y los métodos consensuados por estos equipos de trabajo, si bien la recogida de datos, el ajuste fino del método y la elaboración de las conclusiones locales son exclusivos de la memoria de tesis. Igualmente se colaboró en el análisis comparativo internacional, basado en la metaetnografía, junto con los demás equipos participantes, y este material forma parte también del material de la Memoria de Tesis doctoral.

Objetivos:

El objetivo general del estudio es conocer la perspectiva del paciente que utiliza tratamientos farmacológicos para el control de la ansiedad y depresión.

Objetivos específicos:

1. Identificar la trayectoria del consumo de los antidepresivos y ansiolíticos
2. Estudiar el proceso psico-social que experimentan los pacientes en relación al consumo de antidepresivos y ansiolíticos
3. Comparar la trayectoria del consumo de los antidepresivos y ansiolíticos en seis países europeos (Dinamarca, Reino Unido, Irlanda, Holanda, Alemania y España)
4. Crear un producto artístico que facilitase la difusión de los resultados científicos del proyecto.

Metodología:

Se han utilizado métodos de investigación cualitativos que ofrecen la posibilidad de explorar aspectos complejos de los problemas de salud y explicar el cómo y porqué de los fenómenos observados en el contexto real. El desarrollo del método concreto de investigación fue consensuado por todo el equipo internacional, pero simultáneamente cada grupo centró su atención en aspectos específicos que fueran de mayor interés para cada uno. Cada equipo realizó un estudio basado

en el método de “*Grounded Theory*” **modificado** con el fin de estudiar la percepción de los usuarios de antidepresivos y ansiolíticos. El análisis comparativo se realizó mediante la técnica de la **metaetnografía** descrita por Noblit & Hare (19)

Finalmente en el caso del equipo español se utilizó el marco de *Arts based research* para elaborar un producto artístico-creativo que facilitara la difusión de los resultados.

Resultados principales:

Siguiendo el muestreo teórico, se entrevistó a 17 participantes, tras lo que se alcanzó el nivel de “saturación” en el análisis.

El primer nivel de análisis permitió identificar las fases que constituyen la trayectoria que desarrolla el paciente cuando se enfrenta al consumo de los ansiolíticos y antidepresivos. Se inicia por la aparición de síntomas que son inicialmente “incomprensibles” para el participante y difícilmente se atribuyen a causas psicológicas. Cuando los síntomas afectan a la vida cotidiana, los participantes comienzan un camino de búsqueda de ayuda, variable según diferentes factores (características personales del paciente, apoyo familiar, acceso a profesionales sensibles y capaces, etc.). Finalmente son diagnosticados y tratados con medicamentos, que valoran generalmente de forma positiva, mientras que los riesgos tienden a considerarse menos importantes.

Con el segundo nivel de análisis se elaboró el proceso psicosocial básico denominado “luchando interna y externamente” que consiste en la evaluación personal de los beneficios y riesgos del consumo del medicamento (lucha interna), frente al estigma y presión ambiental (lucha externa). Esto da lugar a diferentes estrategias de adaptación al tratamiento farmacológico: “aceptación incondicional”, “aceptación resignada” o bien “aceptación forzada”.

El estudio comparativo europeo mostró más similitudes que diferencias entre los estudios individuales. Las diferencias más importantes se relacionan con la atribución de la causa de la enfermedad.

Finalmente se elaboró un resumen de los resultados, en formato de narración corta, como una forma creativa de transferencia del conocimiento obtenido con los resultados de este estudio (*Arts based research*).

Conclusiones:

La metodología aplicada ha permitido identificar la trayectoria de los pacientes en el consumo de los fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos y el proceso interno de adaptación a la enfermedad y tratamiento. Así mismo la metaetnografía ha permitido la comparación con datos de otros países europeos y ha sido útil para la síntesis de los estudios europeos. La producción de un formato creativo-artístico de transferencia de resultados es una de las formas innovadoras de transferencia de conocimiento a la población general.

Los profesionales sanitarios deben entender el proceso de evaluación que el paciente necesita hacer, para poder realizar intervenciones que mejoren el cumplimiento terapéutico, dada la lucha interna y externa en la que el paciente se ve implicado. De hecho, los médicos tienen un papel muy relevante, aunque no siempre explícitamente buscado, en la resolución del dilema que se plantean los usuarios/pacientes acerca del consumo de los fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos; y, por tanto, en la reducción del tiempo de sufrimiento de los pacientes.

Summary

Background:

Depression is one of the leading causes of disability measured in disability-adjusted life years. For the year 2020 is projected to be the second leading cause of disability adjusted life years for all ages and both gender (1).

About 10% of the population suffers of minor or major depression (2). The impact of this disease may have effects on quality of life and labour productivity (3). According to the World Health Organization the main treatment are antidepressants, support and psychological therapies (4;5).

In recent decades the consumption of mood modifying drugs has been increased. One factor has been the incorporation of some antidepressants such as selective inhibitors of the serotonin uptake (SSRIs) in the 80's (6;7). Many studies related to this group of drugs have been published. Some studies develop theories about the cause of depression (8;9), effects on work activity (10), issues related to prescription and diagnosis by the doctor (11-14), information needs from the perspective of the patient (15), or the use of drugs to deal with personal problems (16-18).

One of the relevant factors less studied is the disease and treatment perception from the patient's perspective. The importance of this problem was the trigger for the creation of a working group initially called TUPP (The user's perspective project) that was later known as EU-Pomme (European users' perspectives on mood-modifying medicines). This was a multidisciplinary group consisted of 13 countries. The main interest of the group was to understand and describe the social meaning and management of mood modifying drugs in different cultural settings of Europe, especially after the social changes occurred after the inclusion in the clinical practice of the SSRIs. Finally, the comparative study was conducted with teams from the following countries: Germany, United Kingdom, Ireland, Netherlands, Spain and Denmark.

This study in Spain has been based on theoretical framework and methods agreed by these teams, although the data collection, the fine tuning of the method and the development of local findings are unique to this dissertation. Likewise part of the material presented is the product of the international collaboration using metaethnography for the comparative study.

Objectives

The overall objective of the study is to explore the patient's perspective using drug treatments to control anxiety and depression.

Specific goals:

1. To identify the consumption trajectory of antidepressants and anxiolytics
2. To study the psycho-social process experienced by patients in relation to consumption of antidepressants and anxiolytics
3. To compare the consumption trajectory of antidepressants and anxiolytics in six European countries (Denmark, United Kingdom, Ireland, Holland, Germany and Spain).
4. To create an artistic product as a knowledge transfer technique.

Methods

Qualitative methods in social and health research were used. These methods offer the possibility of exploring the complexities of health problems and explain how and why of the phenomena observed in the real context. The concrete design of the study was developed until the international team achieved consensus. But simultaneously each group focused on specific aspects that were of most interest to each of them. Each team conducted an exploratory study that used *modified Grounded Theory* method to study the perception of antidepressants and anxiolytics.

The comparative analysis was performed using the technique described by Noblit & Hare's metaethnography (19).

Finally, in the case of the Spanish team the framework of **Arts based research** was used to develop an artistic and creative product to facilitate the dissemination of results.

Main Results

Following theoretical sampling 17 participants were interviewed achieving saturation.

The first level of analysis identified the consumption trajectory of anxiolytics and antidepressants. It is initiated by the onset of symptoms that are initially not understood by the patient and hardly attributed to psychological causes.

When the symptoms affect daily life, participants begin a journey in search of help, which is variable depending on different factors (personal characteristics, family support, access to sensitive and skilled professionals, etc) Finally they are diagnosed and treated with drugs that are positively valued, while risks are considered less important.

The second level of analysis allowed the development of the basic psychosocial process that was called "internal and external fighting," which consists in a personal evaluation of the benefits and risks related to the drug consumption (internal fight) and the stigma and environmental pressure (external fighting). This result in different coping strategies to the drug treatment: "unconditional acceptance", "resigned acceptance" or "forced acceptance".

The European comparative study showed more similarities than differences between individual studies. The most important differences relate to the attribution of the cause of the disease.

Final format was developed in shape of a short story to be told as a creative product which can be used for knowledge transfer of the results of this study (*Arts based research*).

Conclusions

The methodology used in this study has allowed the identification of the consumption trajectory of antidepressant and/or

anxiety drugs and the internal adaptation process to the disease and the treatment. Likewise metaethnography has been useful to compare data from other European countries and to synthesize results. The production of creative and artistic formats can be one innovative form of knowledge transfer to the general population.

Physicians have to understand the evaluation process which patients have to manage, in order to provide interventions which improve therapeutic compliance, taking in account the internal and external fight the patient lives with. In fact physicians play a relevant role, although not always explicitly sought, in the resolution of the dilemma raised the users/patients about the consumption of antidepressant and/or anxiety drugs, and therefore in reducing the suffering time of patients.

I. Introducción

I.1. Antropología y Medicina

El término antropología ha tenido diferentes significados a lo largo de la historia. Estos significados incluso varían según los países.

El término Antropología (el estudio del hombre), de origen griego, puede encontrarse ya desde la antigüedad. Se podría considerar a Ulises como el primer antropólogo. Sin embargo, no es hasta el período entre el año 1860 y 1880 en el que se contempla el nacimiento de la antropología como disciplina diferenciada y sólidamente establecida (20).

Las relaciones entre la medicina y la antropología son antiguas, profundas y complejas. Se remontan a los orígenes de ambas disciplinas y toman especial relevancia durante la Ilustración. Hasta finales del siglo XIX, la antropología fue una de las ciencias médicas básicas y jugó un papel fundamental en la consolidación de la teoría médica. Sin embargo, a principios del siglo XX, los vínculos entre la antropología y la medicina no resistieron el proceso de fragmentación de las ciencias naturales y sociales. El modelo médico fue haciendo a la medicina más dependiente de parámetros biológicos y más centrados en la curación-cuidado que la prevención. La inflexión se produjo a partir del éxito de la teoría microbiana como marco teórico de explicación etiológica y supuso un tránsito desde una práctica asistencial individualizada, en la cabecera del enfermo, a otra centrada en el hospital. La antropología, en el campo de la Medicina, derivó progresivamente hacia un modelo antropológico clásico en la que se consolidó como disciplina universitaria con un enfoque más etnológico y abandonó la perspectiva biológica. (21;22)

Estos aspectos históricos pueden explicar el motivo por el que la aplicación de técnicas de investigación procedentes de la antropología cultural y la sociología en la medicina sean aún mal entendidas, precisamente por la falta de tradición de la etnografía clínica en determinados países como es España. En la actualidad hay

un creciente interés en la aportación y necesidad de incorporar el estudio de los fenómenos en el contexto real y no solamente en el contexto experimental.

Se considera la antropología médica como una subcategoría de la antropología. Se enmarca en la antropología social, cultural, biológica y lingüística para comprender los factores que se relacionan con la salud y el bienestar, la experiencia y distribución de las enfermedades, la prevención y el tratamiento de las diferentes patologías, el proceso de curación, las relaciones sociales en el manejo de los tratamientos, y la importancia de la cultura y la utilización de los sistemas sanitarios.

Se puede definir la antropología médica como el estudio de cómo las personas en diferentes culturas y grupos sociales explican la causa de salud-enfermedad, los tipos de tratamiento en los que creen y a quién acuden cuando enferman. Además incluye el estudio de cómo esas creencias y prácticas se relacionan con los cambios biológicos, psicológicos y sociales del organismo humano, tanto en la salud como en la enfermedad (23).

En este contexto se ha desarrollado el presente estudio que representa una incursión de las técnicas de investigación cualitativa, dependientes de las ciencias sociales, y en especial de la antropología médica, en el campo de la atención médica a los problemas de salud mental. Se sitúa en el ámbito de la “explicación y comprensión de fenómenos sociales” más que en el ámbito clínico de la psiquiatría. El énfasis está más en el paciente, desde su propio punto de vista, que en el del paciente en cuanto sujeto de la atención médica. Las relaciones sociales y culturales que implica y en las que se desarrolla la enfermedad, son el ámbito específico de este estudio.

I.2. Investigación cualitativa

I.2.1. Definición

Existen múltiples definiciones de la investigación cualitativa que se han modificado a lo largo de la historia. Se ha definido la investigación cualitativa como aquella que sitúa al observador en el mundo, consiste en una práctica interpretativa que hace el mundo visible y lo transforma en una serie de representaciones, incluyendo notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones, etc. Por tanto, implica una aproximación naturalística e interpretativa del mundo, esto quiere decir que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su contexto natural con la intención de dar sentido o interpretar los significados que las personas hacen de ello (24).

En ocasiones se tiende a definir la investigación cualitativa en relación a la investigación cuantitativa y creando una falsa visión de metodología antítesis de la cuantitativa, incluso definido a veces como la metodología “no-cuantitativa”. Sin embargo, la distinción no debería ser de antítesis sino de diferenciación. La metodología cualitativa responde al tipo de preguntas como son: ¿Qué es X?, ¿Cómo varía X respecto a diferentes circunstancias? ¿Por qué?, en vez de ¿Cómo de grande es X? Ó ¿Cuántos X hay? más típicos de la cuantitativa (25). Por tanto, no se trata de la antítesis de la metodología cuantitativa sino que supone la complementariedad. Cada una tiene su indicación dentro de la investigación y dependiendo de lo que queramos saber debemos usar una u otra, o como está ocurriendo cada vez más, usar ambas para estudiar diferentes aspectos de un mismo problema.

Otra definición muy interesante es la de Robson, (24) que intercambia el término de investigación cualitativa por *estudio de diseño flexible*. Independientemente de la complejidad relacionada con la terminología que se debería utilizar, lo que es realmente interesante es el concepto de las características que debe reunir un “buen diseño flexible”: Recogida de datos de forma rigurosa, diseño que evoluciona,

informado por una o más tradiciones de investigación existentes, múltiples niveles de abstracción, y hallazgos creíbles y reales.

La investigación cualitativa es una forma de búsqueda de respuesta social que se centra en la forma en que las personas dan sentido a sus experiencias y al mundo en el que viven. Aunque existen muchas formas de realizar este tipo de investigación, la mayoría tiene un mismo objetivo: comprender la realidad social de los individuos, grupos y culturas. De este modo la base de este tipo de investigación se encuentra en la interpretación de la realidad social. (26)

El modelo interpretativo tiene su raíz en la filosofía y en las ciencias humanas, particularmente en la historia y la antropología. El investigador sociológico no se centra solamente en el individuo en si sino también en todo el contexto de su vida, para así poder explorar su mundo y comprender mejor lo que ocurre.

Históricamente se identifica al sociólogo Weber y al psicólogo social Mead, pensadores del siglo XX, como los precursores del modelo interpretativo. Weber vivió el momento de conflicto de dos acercamientos diferentes y de un conflicto entre métodos. Sin embargo, fue el precursor del concepto de “Verstehen” que significa “comprender algo en su contexto” que incluye elementos de empatía en el sentido de reconstrucción reflexiva e interpretación de la acción de otros. Según Weber la “comprensión” de las ciencias sociales es diferente a la “explicación” de las ciencias naturales, ya que no se relaciona con leyes generales de la naturaleza sino con acciones de los seres humanos. Weber creía que las medidas numéricas probabilísticas solamente daban una visión cuantitativa, por lo que consideraba que se debía hacer énfasis en el hecho de que las ciencias sociales aportan una visión cualitativa. Por ello, él recomendaba que se tratara a las personas que se estudiaran “como seres humanos” y que se debiera intentar acceder a sus experiencias y percepciones escuchándoles y observándoles. (27). En su momento no tuvo demasiada influencia en los investigadores, pero influyó a sociólogos como Schutz y a escritores como Denzin y Douglas. Con ellos las ideas de Weber tomaron forma en la investigación cualitativa.

En la actualidad el *interpretativismo* afirma que las experiencias de las personas están relacionadas esencialmente con el

contexto. Los investigadores deben comprender que la construcción natural del mundo se realiza en base a los valores e intereses que se convierten en una parte integral de la investigación (28). De este modo el investigador no está “divorciado” del fenómeno que está estudiando. Esto significa que su reflexión es una parte del estudio, y que deben tener en cuenta su propia posición en la situación, ya que el investigador es la herramienta principal de la investigación. La replicación o duplicación de una parte de la investigación es difícil, ya que la relación del investigador, la historia y localización de los participantes es diferente en cada estudio.

La investigación cualitativa no es completamente precisa debido a que los seres humanos no siempre actúan de forma lógica o predecible. Los investigadores que manejan la metodología cualitativa buscan en los participantes humanos la guía, el control y la dirección de la investigación. El mundo social no está ordenado ni es sistemático, sin embargo el investigador debe proceder de una manera estructurada.

Es importante aclarar qué NO es investigación cualitativa y que con frecuencia se confunde:

- No es una investigación sobre la “calidad de vida”, o sobre la “calidad” de los programas,
- No es un conjunto de trozos de transcripciones de una entrevista,
- No es una anécdota o historia periodística,
- No es el análisis de respuestas a un cuestionario estructurado de preguntas abiertas.

I.2.2. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa

Partimos de la base de que los métodos cualitativos son complementarios a los cuantitativos, ya que responden a preguntas de investigación diferentes. Es importante conocer las diferencias básicas que existen entre ambas representadas en la tabla 1 (29-31):

- La investigación cuantitativa utiliza el proceso deductivo para llegar a sus conclusiones, mientras que en investigación cualitativa habitualmente el proceso es inductivo.
- La investigación cuantitativa debe tener un diseño a priori claro y establecido, mientras que en investigación cualitativa el diseño es flexible y se puede (y se debe) modificar a lo largo del estudio de forma que se deja llevar por el propio estudio.
- La investigación cuantitativa se origina en una hipótesis, mientras que la cualitativa puede o no plantearse a partir de una hipótesis. En ocasiones surge de la observación de un fenómeno y se diseña un estudio que tiene como objetivo generar la hipótesis.
- La investigación cuantitativa suele centrarse en el micro-contexto, y la cualitativa pretende valorar todo el conjunto de forma más amplia.
- Los datos que se suelen manejar en la investigación cuantitativa son numéricos, y en la investigación cualitativa son de tipo textual.
- El análisis de datos en la investigación cuantitativa es independiente del investigador, mientras que en la investigación cualitativa es de tipo interpretativo y depende del investigador.
- Habitualmente en investigación cuantitativa se recogen los datos y posteriormente se analizan. Sin embargo, en investigación cualitativa se realiza de forma simultánea la recogida y análisis de datos.

Tabla 1. Principales diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa				
	Hipótesis	Método	Datos	Análisis
Investigación Cuantitativa	A priori No modificable	Fijado y controlado	Numéricos y Restringidos a la Hipótesis y el método	“Determinado” e independiente del investigador
Investigación Cualitativa	A priori Continuamente modificada	Múltiple (Triangulación) Flexible Abierto	Variados “observacionales” Texto y contexto. Imprevistos	“Subjetivo” Interpretativo Dependiente de la experiencia y conocimientos del investigador

La Investigación Cualitativa incluye la colección, análisis e interpretación de datos que no se pueden reducir fácilmente a números.

En el contexto REAL

Mediante un proceso INDUCTIVO

Incluye datos en forma de texto obtenidos mediante una recogida sistemática, y organizada del diálogo y la observación.

Estudia hechos, opiniones, percepciones e interpretaciones.

Hay que tener en cuenta...

Las Ciencias Sociales no pueden establecer leyes generales porque los fenómenos sociales están histórica y culturalmente condicionados;

Las Ciencias Sociales no pueden realizar previsiones “fiables” porque los seres humanos modifican su comportamiento en función del conocimiento que adquieren (o construyen/aprenden)

Las Ciencias Sociales no son “objetivas” porque el científico social no puede “liberarse” de sus valores.

I.2.3. Aplicación de la investigación cualitativa

Los métodos cualitativos han demostrado claramente su utilidad dentro de la investigación médica. En términos generales, puede ser útil a distintos niveles (30;31):

- A nivel exploratorio, ayudando a clarificar o establecer una pregunta a investigar, o sea, generar hipótesis. Muchas veces es necesario este tipo de estudios cuando no existe hipótesis preestablecida y lo que se persigue es saber que está ocurriendo para, luego con otro tipo de estudios, comprobar la hipótesis. Por tanto, pueden ser preliminares al estudio cuantitativo para, por ejemplo, clasificar fenómenos o responder a la pregunta ¿Qué es X?
- Ayuda a interpretar, clarificar o iluminar hallazgos obtenidos por métodos cuantitativos. Puede ayudar a “validar” resultados cuantitativos u ofrecer una perspectiva diferente del mismo fenómeno social para comprender datos cuantitativos.
- Aclarar hipótesis previas que no se puedan contestar con metodología cuantitativa. Esta posibilidad se está utilizando cada vez más en los servicios de salud y organismos políticos. Por ejemplo, para evaluar reformas y cambios desde el punto de vista de los pacientes y de los profesionales de la salud.
- Aportar información descriptiva y comprender el contexto sobre el que se quiere actuar, y de este modo descubrir las necesidades individuales y comunitarias. Por ejemplo, antes de elaborar un cuestionario se debería utilizar la metodología cualitativa previamente para identificar las áreas y la terminología más apropiada para su construcción.
- Permite realizar un análisis comparativo entre un grupo sobre el que se realiza una intervención y un grupo sobre el que no se realiza, y de este modo evaluar de forma cualitativa una determinada intervención.

La pregunta de investigación

Como en todo proyecto de investigación, sea cuantitativo o cualitativo se debe empezar por una buena pregunta. La investigación cualitativa es útil para responder el cómo y porqué de los fenómenos. Ofrece la posibilidad de generar hipótesis, y de comprender lo que ocurre. En general, se deben plantear métodos cualitativos cuando los resultados pueden ser múltiples, complejos, o conflictivos, además de variar con el tiempo. Asimismo en el caso en el que se necesite identificar necesidades, problemas y barreras.

Los componentes de la pregunta de investigación cualitativa son los siguientes:

- Generalmente la pregunta empieza por: ¿Qué ocurre...? ¿Por qué ocurre...? ¿Cómo es que ocurre...?
- El segundo componente es el fenómeno a estudiar (generalmente enfermedad, tratamiento, intervenciones, procedimientos diagnósticos ...)
- El tercer componente es la perspectiva desde la que se estudia el problema (la población a estudiar: profesionales de la salud, pacientes, cuidadores, entorno social....)
- Finalmente, el cuarto componente es el contexto (lugar, tiempo, espacio, cultura...)

Algunos ejemplos de preguntas de investigación cualitativa son:

- Contextual: identificar qué ocurre en el mundo social y cómo se manifiesta. ¿Cómo experimentan los padres el cribado neonatal de los errores congénitos metabólicos?
- Explicativo: estudios que explican el por qué ocurre un determinado fenómeno. ¿Por qué algunos médicos no siguen la guía clínica del tratamiento de la hipertensión?
- Evaluativo: preguntas sobre cómo funcionan las cosas ¿Funciona el sistema de triaje en el servicio de urgencias?
- Generativa: ayuda al desarrollo de teorías, estrategias o acciones ¿Qué estrategias se pueden utilizar para fomentar la prescripción de los genéricos en atención primaria?

Los métodos cualitativos son los adecuados para los siguientes casos (29-31):

- Comprender un área sobre el que se tiene poco conocimiento o donde la comprensión ofrecida sobre el tema previamente parece inadecuada. Para ello se necesitan métodos que ofrezcan una visión nueva y que ofrecerá sorpresas. Si no sabemos lo que se puede encontrar se requiere de métodos que permitan aprender cual es la cuestión que surge de los datos.
- Es útil en situaciones complejas, multicontextual y fenómenos cambiantes, estos métodos pueden simplificar y ayudar a manejar los datos sin destruir la complejidad y el contexto.
- Si lo que se necesita es conocer las percepciones y la complejidad de las interpretaciones de los participantes de un proceso o situación, son los métodos mas adecuados.
- Si lo que se quiere es construir una teoría o un marco teórico que refleje la realidad en vez de la perspectiva propia.
- Si lo que se quiere es comprender un fenómeno en profundidad o en detalle se necesitan métodos para descubrir temas centrales y analizar las preocupaciones troncales.

A diferencia de la investigación cuantitativa, en ocasiones, a medida que desarrollamos el estudio puede cambiar la pregunta de investigación, ya que hay que mantener el diseño de forma flexible.

En el caso del presente estudio está justificada la metodología cualitativa por ser un estudio exploratorio en el que se plantea como pregunta general: ¿Qué está ocurriendo con el tratamiento ansiolítico y antidepresivo desde la visión del paciente?

Los métodos cualitativos en medicina tienden, esencialmente, a averiguar lo que la gente hace, piensa y sabe y, es útil para responder al ¿Qué? ¿Cómo? y al ¿Por qué? sobre los diferentes fenómenos que podemos encontrar en el ámbito de la salud y la enfermedad. Las aportaciones principales de la investigación cualitativa son el estudio del contexto, la posibilidad de incluir las “voces” de los actores implicados en el problema a estudio, la realización de la investigación

en el mundo real, la generación de teorías y la detección de fenómenos.

I.2.4. Métodos y técnicas de investigación cualitativa

Antes de empezar a describir los métodos de la investigación cualitativa es fundamental diferenciar los métodos de las técnicas de recogida de datos. Los libros de texto teóricos sobre la metodología de investigación cualitativa suelen diferenciarse simplemente valorando el índice. Hay un grupo importante de estos libros que clasifican la metodología en investigación cualitativa por los diferentes métodos de enfoque y análisis como son por ejemplo: fenomenología, *grounded theory*, etnografía, etc. Otros libros hacen la clasificación en base a las técnicas de recogida de datos como son: entrevistas, grupos focales, observación, etc. Esta diferenciación es muy importante para comprender la literatura científica publicada en el ámbito sanitario, ya que hay revistas científicas que se preocupan más por los métodos por lo que es imprescindible realizar un trabajo con marco teórico fundamentado en alguna de los paradigmas de la investigación cualitativa. Otras revistas tienen un enfoque más pragmático y se preocupan mucho más por los resultados obtenidos que por el marco teórico.

Una de las autoras más relevantes en la investigación cualitativa en salud es Janice Morse. Una de sus premisas es que casi siempre hay un método más adecuado para un proyecto de investigación. La elección del mejor método se relaciona con el propósito del estudio (30).

Pero esta elección no es del todo abierta. Siempre hay algo que la limita: la familiaridad del investigador con los métodos, las fuentes de investigación, y, a veces, los datos en sí.

Hay que preguntarse si la mejor respuesta a la pregunta de investigación se puede obtener mediante metodología cualitativa. No hay nada moral ni metodológico superior en la investigación cualitativa a la cuantitativa. El mundo de la investigación está lleno de preguntas que se pueden responder adecuadamente de manera

cuantitativa, y se responderían mal con la metodología cualitativa. Tal y como explica Janice Morse de forma metafórica: *Intentar forzar tales temas en métodos cualitativos sería como intentar meter el zapato de cristal de cenicienta en el pie de una de sus hermanastras. No funcionaría, dolería mucho y los resultados no tendrían ninguna credibilidad.*

Enfoques metodológicos

En el ámbito de la investigación cualitativa en salud hay tres **enfoques** ampliamente utilizados como son la **fenomenología**, la **etnografía** y **grounded theory** (traducida al castellano como **teoría fundamentada**). A pesar de que no es el propósito de este estudio realizar un análisis amplio de cada uno de los métodos de la investigación cualitativa parece pertinente describir al menos las características principales de cada uno de los métodos clásicos.

Con el fin de mantener la coherencia del método científico hay que elegir el método más apropiado dependiendo de la pregunta de investigación, y de este modo el propio método nos indica cómo recoger los datos.

De forma esquemática y orientativa se puede afirmar lo siguiente respecto a la **pregunta de investigación**:

Fenomenología: puede ser apropiado para cuestiones sobre significado, ¿Cuál es el significado de...? Y sobre la esencia del fenómeno o experiencia ¿Cuál es la experiencia de...? Un ejemplo más concreto sería ¿Qué significa ser un paciente diabético?

Etnografía: puede ser apropiado para cuestiones observacionales, ¿Cuáles son los patrones de comportamiento de...? Y cuestiones descriptivas sobre valores, creencias y prácticas de un grupo cultural ¿Qué está pasando? De forma más concreta ¿Qué valoran los pacientes oncológicos sobre los servicios sanitarios?

Grounded Theory: Procesa cuestiones sobre cómo cambian las experiencias en el tiempo o en sus diferentes fases ¿Cuál es el

proceso de convertirse en...? O para comprender cuestiones
¿Cómo se convierte alguien en...? De forma más concreta
¿Cuál es el proceso psicosocial por el cual se convierte un
anciano en dependiente?

En cuanto a las **fuentes de datos** se pueden establecer las
siguientes bases:

Fenomenología:

Fuentes de datos primarios: conversaciones en profundidad
grabadas, literatura fenomenológica.

Fuentes de datos secundarios: poesía, arte, películas

Etnografía:

Fuentes de datos primarios: observación participante, notas de
campo, entrevistas estructuradas y no estructuradas (a veces,
grabadas en audio o en video)

Fuentes de datos secundarios: documentos, registros,
fotografías, videos, mapas, genogramas, sociogramas, grupos
focales.

Grounded Theory:

Fuentes de datos primarios: entrevistas (generalmente
grabadas), observación participante y no-participante,
conversaciones grabadas en diarios y notas de campo

Fuentes de datos secundarios: experiencias personales, fotos,
imágenes, etc.

Sobre el **manejo y análisis de datos**, la codificación puede ser la
misma (asignar a cada trozo de información una categoría), pero el
proceso de análisis es diferente.

Fenomenología: La técnica analítica es buscar temas, reflexión
fenomenológica, hacer memos y escritura de reflexiones.
Predomina el estudio de las **interpretaciones** con el fin de
identificar la esencia del fenómeno.

Etnografía: Por un lado análisis de las fuentes primarias:
descripción grosera, relectura de las notas, almacenamiento de

la información, codificar por tópicos, almacenamiento y análisis de casos. Por otro lado análisis de las fuentes secundarias: codificación, grabar notas de campo, diagramas de patrones y procesos. Predomina el estudio de los **hechos y opiniones**. El objetivo es identificar la cultura y creencias sobre el fenómeno a estudio.

*Grounded theory**: Por un lado análisis de las fuentes primarias: sensibilidad teórica, desarrollo de conceptos, codificación en categorías, codificación abierta para generación de teorías. Por otro lado de las fuentes secundarias: *focusing memoing*, hacer diagramas, énfasis en búsqueda de los conceptos troncales y procesos. Predomina el estudio de las **percepciones**. Su objetivo es identificar el proceso del fenómeno a estudio.

La muestra

Según Spradley (32) hay que buscar a los participantes solicitándoles que se conviertan en nuestros maestros y nos ayuden a comprender diciéndonos lo que ellos saben de la forma en la que ellos conocen el fenómeno a estudio.

En cuanto al muestreo en investigación cualitativa se puede realizar de diferentes formas, algunas de las técnicas de muestreo más habituales son (29):

- Muestreo oportunístico: no se guía por un plan estricto predeterminado y se aprovecha de lo inesperado.
- Bola de nieve o en cadena: identifica casos interesantes de personas que conocen informantes que saben qué casos son los más productivos. Se identifican nuevos casos a partir de la información obtenida de los precedentes, si cumplen alguno de los requisitos del modelo teórico.
- Muestreo teórico: Este tipo de muestreo busca ejemplos de una construcción teórica y a partir de ahí lo elabora y examina. Se

* En el apartado de material y método se explica el método de *Grounded Theory* más ampliamente

desarrolla según la teoría emergente y según los descubrimientos del estudio de una forma inductiva. Se usa frecuentemente en el diseño de los estudios cualitativos.

- Muestreo probabilístico: en ella todas las unidades del universo bajo el que se realiza el estudio tienen la misma probabilidad de ser estudiados (es el muestreo típico de investigación cuantitativa). Según la mayoría de los autores cualitativos este tipo de muestreo es inapropiado e impracticable en investigación cualitativa.

Las técnicas de recogida de datos

Las técnicas de recogida de datos más comúnmente utilizadas en investigación cualitativa son:

- **Técnicas observacionales** (Observación participante. Observación no participante). Como su nombre indica, se trata de la observación minuciosa, detallada y registrada de los fenómenos en su contexto real. Esta técnica tiene como principal fortaleza permitir llegar al conocimiento de los fenómenos en sí (por ejemplo, un determinado comportamiento), así como acercarse a los relatos de las personas involucradas. Algunos autores consideran estas técnicas como "*gold standard*" en investigación cualitativa, ya que dan acceso a conocer tanto, lo que la gente hace, como lo que dice que hace (29).
- **Técnicas Individuales** (Entrevistas)** . Las entrevistas son la forma más común de recoger datos en investigación cualitativa en salud. La fortaleza principal de las entrevistas es dar forma a la realidad desde la comunicación, permitiendo conocer lo que "dicen" las personas. Su indicación viene dada por el tema a tratar o el tipo de persona a estudiar. Es decir, hay determinados temas que por su sensibilidad o confidencialidad deben ser abordados de manera individual ya que puede resultar difícil tratarlos en grupo. Las entrevistas se pueden clasificar según el nivel en el que son dirigidas, siendo las más utilizadas las entrevistas semi-estructuradas y las entrevistas en profundidad. (33)

** En el apartado de material y método se explica los aspectos relacionados con la entrevista como técnica de recogida de datos más ampliamente

- **Técnicas grupales** (Grupos focales. Paneles de consenso. Grupos naturales. Entrevistas comunitarias). Se trata de entrevistas grupales moderadas por un investigador y un observador. Su principal ventaja es la de permitir obtener la información no solamente desde la perspectiva de un individuo, sino de cómo se produce y reproduce la información en situaciones sociales como consecuencia de la interacción entre los individuos. Al igual que hay temas y situaciones que se abordan más fácilmente desde el punto de vista individual, hay temas y situaciones que es mejor enfocar desde un punto de vista grupal (33).
- **Análisis de documentos.** No siempre es necesario recoger datos primarios nuevos para investigar un determinado tema, sino que puede ser una estrategia eficiente utilizar documentos preexistentes. Entre ellos se incluyen publicaciones, información de los medios de comunicación, fotografías, informes públicos, diarios, cartas, etc. Las ventajas que ofrece su uso son la abundancia y la facilidad de acceso en la mayoría de casos. Otra de sus ventajas es que hay situaciones en las que no se dispone de otra información para responder a una pregunta salvo de documentos escritos. Su inclusión como fuentes de datos se produce por ejemplo cuando es necesario realizar un análisis histórico para explicar determinadas situaciones. En ocasiones, simplemente se trata de una elección personal del investigador que encuentra más fácil manejar datos que personas, ya que hay que tener en cuenta que en investigación cualitativa hay que desarrollar una serie de habilidades para realizar el trabajo de campo (33).

1.2.5. Criterios de rigor en investigación cualitativa

Hay que tener muy claro que la investigación cualitativa implica un proceso sistemático de base científica pero que no puede ser evaluado con los mismos criterios que la investigación cuantitativa. Es importante tener en cuenta que la investigación cualitativa tiene sus propios criterios de cientificidad y que existen una serie de técnicas que permiten mejorar el rigor del estudio.

Se han publicado diversos tipos de criterios para alcanzar fiabilidad y rigor en investigación cualitativa.

Algunos utilizan los mismos términos que se utilizan en investigación positivista y cuantitativa como son validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad. Otros, como Lincoln y Guba (34) prefieren utilizar términos diferentes que tienen significado similar al utilizado en el paradigma cuantitativo y de este modo evitar la posible confusión en el uso de términos para situaciones diferentes. Estos términos son: credibilidad, transferabilidad, dependencia, y confiabilidad (credibility, transferability, dependability y confirmability). Los criterios recomendados por Lincoln y Guba son ampliamente aceptados, y algunos de los procedimientos como la triangulación, o la técnica del muestreo teórico son básicos Y, finalmente, otros buscan términos y definiciones completamente diferentes como los que propone Morse et al y que denomina estrategias de verificación (35).

Colás y Buendía (36) basándose en el planteamiento de Lincoln y Guba explican de la siguiente manera los diferentes conceptos relacionados con la credibilidad en los resultados de la investigación cualitativa:

- **Veracidad:** se trata del isomorfismo entre los datos recogidos por el investigador y la realidad. En investigación cuantitativa se suele utilizar el término de validez interna, mientras que en investigación cualitativa se utiliza el de credibilidad o acuerdo entre diferentes fuentes de información a través del diálogo y de la argumentación racional.
- **Aplicabilidad:** se refiere al grado en que pueden aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos y contexto. Validez externa es el término que se utiliza en investigación cuantitativa, mientras que en investigación cualitativa se maneja el concepto de trasferibilidad, que es el grado en que los resultados de un determinado estudio pueden ser trasferidos a otra situación similar.

- **Consistencia:** se refiere a la repetición de resultados cuando se realizan las investigaciones con los mismos sujetos e igual contexto. En investigación cuantitativa es la replicación, mientras que en investigación cualitativa se habla de dependencia. Se afirma que es preciso obtener cierta estabilidad de los resultados y la dependencia se define como la posibilidad de llegar a los mismos resultados a partir de informaciones similares.
- **Neutralidad:** se trata de la garantía de que los descubrimientos de una investigación no están sesgados por motivaciones, interés y perspectivas del investigador. En investigación cuantitativa se denomina independencia, mientras que en investigación cualitativa es necesario utilizar el concepto de confirmabilidad.

Criterios de evaluación de la calidad de los estudios desde la perspectiva positivista e interpretativa y procedimientos para garantizar la credibilidad (34)

CRITERIOS DE CIENTIFICIDAD DEL PARADIGMA POSITIVISTA	CRITERIOS DE CIENTIFICIDAD DEL PARADIGMA NATURALISTA	PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN SU CUMPLIMIENTO
VALIDEZ INTERNA	CREDIBILIDAD Valor de la verdad: isomorfismo entre los datos recogidos por el investigador y la realidad	<ul style="list-style-type: none"> - Observación persistente - Presencia prolongada en el campo - Triangulación - Comprobación con los participantes - Corroboración o coherencia estructural - Adecuación referencial (nuevas fuentes) - Juicio crítico de expertos
VALIDEZ EXTERNA	TRANSFERIBILIDAD Aplicabilidad: grado en que pueden aplicarse los descubrimientos o resultados de una investigación a otros sujetos y contextos	<ul style="list-style-type: none"> - Muestreo teórico - Recogida de abundantes datos descriptivos - Descripciones copiosas
FIABILIDAD	DEPENDENCIA Consistencia: repetición de los resultados cuando es realizada la investigación con los mismos sujetos e igual contexto.	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos solapados - Réplica paso a paso - Pistas de revisión
OBJETIVIDAD	CONFIRMABILIDAD Neutralidad: garantía de que los resultados no están sesgados	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de los resultados por otros investigadores - Triangulación - Juicio crítico de expertos

Sobre el tema de la lectura crítica de los estudios de investigación cualitativa la autora de este estudio ha publicado un informe más amplio en el marco de la síntesis de estudios cualitativos para la realización de revisiones sistemáticas de la literatura (37).

I.3. Marco teórico

La lengua castellana no posee términos que representen los diferentes aspectos relacionados con la ENFERMEDAD. Sin embargo, su significado varía dependiendo de la perspectiva. De este modo, Young en 1982 (38), se refiere a la enfermedad y sus dimensiones, definiendo tres conceptos: “DISEASE” como anomalías en la estructura y/o funciones de los órganos y los sistemas de órganos, estados patológicos que son o no culturalmente reconocidos (perspectiva del personal sanitario); “ILLNESS” como dimensiones culturales de la enfermedad, la enfermedad no puede ser entendida simplemente como un conjunto de síntomas definidos, es más un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van asociadas para los miembros de una sociedad (perspectiva del paciente); y “SICKNESS” es definida como el proceso por el cual a conductas preocupantes y a signos biológicos (perspectiva social), particularmente aquellos originados en Disease, se les ha dado un significado reconocido socialmente.

Si se distingue entre estas dimensiones se debe aceptar que las perspectivas del hecho de enfermar pueden ser diferentes según el lado desde el que se observa. De este modo, Kleinman se refiere a los Modelos Explicativos como explicaciones sobre el origen de una enfermedad y su tratamiento y que pueden existir tanto del punto de vista del paciente como de los profesionales. Pero es la interacción entre los modelos explicativos de los pacientes y de los profesionales un componente central de los procesos de atención sobre la salud, pudiendo explicar acerca de un episodio de enfermedad cinco cuestiones principales: etiología, emergencia y modo de aparición de los síntomas, patofisiología, curso de la enfermedad y tratamiento (39).

Estas perspectivas socio-culturalistas, entre otras, han permitido el desarrollo del trabajo aplicado en el medio clínico configurando una corriente eminentemente práctica que ha venido en llamarse “*Clinically Applied Anthropology*”. Este término ha sido utilizado para definir no sólo aquellos trabajos que se enmarcan en instituciones biomédicas, sino también a los que tratan de explorar en

el campo etnográfico temas de aplicación a la salud pública o a la formación de profesionales. El *“Clinically Applied Anthropology”* es un buen instrumento para facilitar cambios puntuales en la práctica cotidiana de los profesionales sanitarios en la medida en que ofrece fórmulas para comprender la distancia cultural entre el médico o la enfermera y el paciente, o para elaborar protocolos más sensibles a las vivencias subjetivas de estos últimos (21).

Proyecto Europeo: *The users perspective Project. (TUPP)*

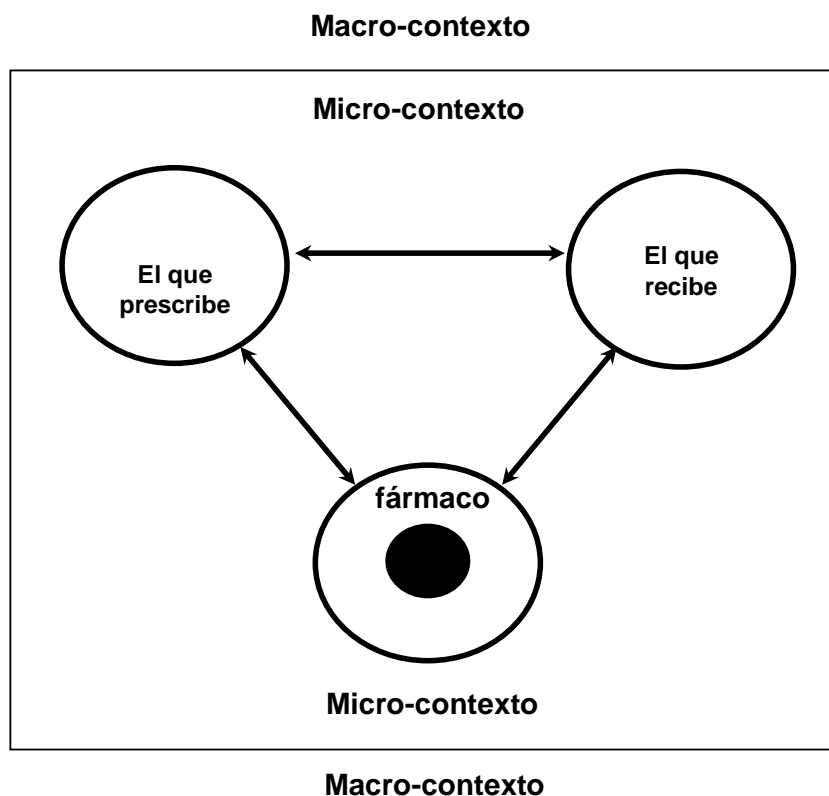
El presente estudio se basa en el hecho de que tanto el consumo de los fármacos como sus efectos, no sólo depende de las propiedades farmacológicas del medicamento, sino también de muchos otros factores que pueden potenciar o disminuir el efecto, y son responsables de que entre las personas exista una gran variabilidad en la respuesta a fármacos. Cecil Herman (23) explica ampliamente los factores de los que depende el efecto de los medicamentos sobre el individuo:

- propiedades farmacológicas;
- propiedades atribuidas al receptor del fármaco (edad, experiencia anterior, educación, personalidad, antecedentes socio-culturales...);
- propiedades atribuidas al fármaco en sí (sabor, color, nombre, forma...);
- propiedades atribuidas al que lo prescribe o suministra (personalidad, edad, actitud, nivel profesional, autoridad...);
- propiedades atribuidas al lugar físico en que se prescribe o administra (consulta médica, nivel hospitalario, laboratorio, oportunidad social...).

Todas estas propiedades forman el “micro-contexto”. Además existe un “macro-contexto” constituido por el ambiente social, cultural, político y económico en que el uso del fármaco tiene lugar, esto incluye los valores morales y culturales que se relacionan y que pueden potenciar o prohibir el uso; el clima socio-económico, la fuerza económica para producir, anunciar y vender el fármaco; y el entorno social (familia, amigos,...). Este “macro-contexto” condiciona en cierta medida el “micro-contexto”. Por ello el estudio del macro-contexto es

tan importante como el del micro-contexto para comprender mejor el consumo de los medicamentos.

Fuente: Cecil Helman (23)



Todos estos factores nombrados previamente deben ser considerados. Para ello se realizan estudios exploratorios que pueden sacar a la luz todas estas cuestiones que favorecen, o incluso, prohíben el consumo de determinados fármacos. Partiendo de esta base, los participantes del “I Congreso del Grupo de Investigación Europeo del Uso de Fármacos” en 1996 se interesaron por la investigación de la perspectiva del usuario en medicina. De este modo, en la Conferencia EURODURG en Berlín (1997) se decidió llevar a cabo proyectos sobre la PERSPECTIVA DEL USUARIO con el apoyo de la Unidad Farmacéutica Europea de la OMS. Este grupo de trabajo se denominó TUPP: The User’s Perspective Project.

El siguiente paso fue la elección de un fármaco o grupo de fármacos cuyo estudio comparativo fuera relevante. La elección fue la de los antidepresivos y tranquilizantes denominados fármacos que

modifican el estado de ánimo. Los factores que influyeron en la elección fueron los siguientes:

- Se ha demostrado que el uso de fármacos que modifican el estado de ánimo varía mucho según países y regiones, y parece que los factores culturales son importantes a la hora de explicar estas diferencias.
- Son escasas las investigaciones que descubren las razones de tales diferencias.
- Los psicofármacos tienen una influencia social importante, y en su consumo influye la cultura, la presión de las empresas farmacéuticas en prescribirlo, además de la tendencia actual en medicalizar los problemas de la vida.
- Otro de los factores importantes es la frecuencia de consumo que suponían estos fármacos en el momento en el que se iniciaba el estudio.

La dimensión del problema de la depresión termina de justificar la importancia de la realización de este estudio. Claramente la depresión es una de las primeras causas de discapacidad medida en años de vida con discapacidad. Para el año 2020 se prevé que sea la segunda causa de discapacidad por años de vida ajustados para todas las edades y ambos géneros (1). Aproximadamente un 10% de la población sufre depresión menor o mayor (2). La repercusión de esta enfermedad puede tener efectos sobre la calidad de vida y la productividad laboral (3). Según la OMS el tratamiento principal son los antidepresivos, el apoyo y las terapias psicológicas (4;5).

En las últimas décadas el consumo de los fármacos que afectan al estado de ánimo se ha visto aumentado. Uno de los factores ha sido la incorporación de antidepresivos como los Inhibidores de la recaptación selectiva de Serotonina (IRSS) en los años 80 (6;7).

Algunos de los estudios publicados desarrollan teorías sobre causa de la depresión (8;9), efectos sobre la actividad laboral (10), aspectos relacionados con la prescripción y diagnóstico por parte del médico (11-14), necesidad de información desde la perspectiva del paciente (15), el uso de fármacos para manejar los problemas personales (16-18).

En España, en el momento del diseño del proyecto, el subgrupo terapéutico NO6A3 (otros antidepresivos no tricíclicos) tipo fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, etoperidona, viloxacina, mirtazapina, venlafaxina, citalopram, nefazodona, oxitriptan, trazodona, tenía un consumo de 35.116 millones de pesetas (211 millones de euros aproximadamente), ocupando el sexto lugar de los subgrupos de mayor consumo en 1997 según importe a P.V.P. Concretamente la fluoxetina ocupaba el quinto lugar entre los principios activos de mayor consumo en 1997 según importe en P.V.P; y la paroxetina el número trece. Con ello se demostraba el gran costo que tiene para la Sanidad Pública y ofrece una idea sobre la importancia y frecuencia de uso de estos medicamentos. Además en el uso de psicofármacos hay efectos no valorados como efectos secundarios incluyendo dependencia, abuso y costo, y se usan productos biomédicos para tratar no sólo problemas físicos sino también psicológicos y sociales (40).

En Canarias, el Grupo de Investigación en Farmacoepidemiología y Estudios de Utilización de Medicamentos de la Universidad de La Laguna, del cual forma parte la doctoranda, ha publicado numerosos estudios sobre los factores personales, sociales y culturales que influyen en la utilización de los fármacos antidepresivos y tranquilizantes benzodiazepínicos. En relación con los ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, se han establecido las características y determinantes de la prescripción de estos principios activos en el sistema de Atención Primaria (41) y en la medicina privada (42), los factores de riesgo de los pacientes consumidores (43), el nivel de dependencia a estos fármacos (44), y las inconsistencias cognitivas de médicos generales y psiquiatras que condicionan la prescripción de estos medicamentos (45). Con respecto a los fármacos antidepresivos, se ha establecido el patrón de consumo y los posibles condicionantes de la prescripción (46;47). También se ha analizado en detalle el fenómeno de la polimedicación con psicofármacos (48-50) y de las actitudes de los pacientes hacia su psicofármacos prescritos (51).

En la sociedad actual, algunos medicamentos como los ansiolíticos y antidepresivos se han convertido en una forma habitual de tratamiento para los problemas cotidianos. Se ha utilizado el término de “farmacotopia” o de “manejo químico” de los problemas (18).

El mayor interés del grupo TUPP era entender y describir el significado social y el manejo de los fármacos que modifican el estado de ánimo en diferentes entornos culturales europeos. Uno de los fenómenos que más interés suscitó fue el *boom* del consumo de Prozac®.

Para la realización del proyecto europeo se optó por un enfoque cualitativo que permitiera el estudio de la perspectiva del usuario de forma más profunda. Todo el grupo mantuvo una serie de temas en común, pero simultáneamente cada grupo centró su atención en aspectos específicos que fueran de mayor interés para cada uno.

El grupo europeo estaba formado inicialmente por los siguientes países: Finlandia, Grecia, Alemania, Reino Unido, Irlanda, Holanda, España (un grupo de Canarias y un grupo de Segovia), Dinamarca y Francia. Debido a problemas logísticos el estudio individual no se pudo realizar en Grecia. Todos los demás grupos realizaron el estudio individual de forma más o menos similar. Se planteó un estudio exploratorio que utilizaría el método de Grounded Theory modificado con el fin de estudiar la percepción de los usuarios de antidepresivos y ansiolíticos. Finalmente, el estudio comparativo solo se realizó con los siguientes equipos: Alemania, Reino Unido, Irlanda, Holanda, España (grupo de Canarias) y Dinamarca.

II. Objetivos

Objetivo General

El objetivo general del estudio es conocer la perspectiva del paciente sobre el uso de tratamientos farmacológicos para el control de la ansiedad y depresión.

Objetivos específicos

1. Identificar la trayectoria del consumo de los antidepresivos y ansiolíticos
2. Estudiar el proceso psico-social que experimentan los pacientes en relación al consumo de antidepresivos y ansiolíticos
3. Comparar la trayectoria del consumo de los antidepresivos y ansiolíticos en seis países europeos (Dinamarca, Reino Unido, Irlanda, Holanda, Alemania y España)
4. Crear un producto artístico que facilite la difusión de los resultados científicos del proyecto.

* El tratamiento farmacológico propuesto por el equipo europeo incluyó los siguientes:

- Obligatorio: Incluir pacientes que consumen antidepresivos
- Opcionales: Se propone incluir participantes que consumen otros fármacos como son:

Tranquilizantes

Hipnóticos

Hierba de San Juan

III. Método

La elección de la metodología y el método mas apropiado para una pregunta de investigación es un proceso dificultoso en algunas ocasiones. Sin embargo, es fundamental entender y justificar adecuadamente porqué y cómo se realiza este proceso. En investigación cualitativa este apartado es aun más importante debido a la confusión aparente que existe como consecuencia de las diferentes escuelas de pensamiento que utilizan metodología cualitativa. Después de contrastar diferentes opciones, en este estudio se ha aplicado el enfoque basado en el método como técnica cualitativa, tal y como la describe Michael Patton. Patton considera que la investigación cualitativa constituye un paradigma metodológico por sí mismo. Aboga por una adecuación metodológica en contra de la elección de un paradigma. Lo primordial es diseñar un estudio que sea apropiado para una determinada pregunta de investigación. Por ello, habla de estrategias de investigación en vez de paradigmas (52).

Dado que la memoria de Tesis Doctoral se defiende en una Facultad de Medicina se ha considerado adecuado presentar, en este apartado de método, tanto la explicación teórica del método utilizado, como las decisiones concretas tomadas para la realización de este estudio. Por eso, cada apartado contiene una descripción de las bases teóricas y prácticas del método elegido, y una explicación pormenorizada de la aplicación de ese método a este estudio. Esto hace que el apartado de Método sea inusualmente largo y contenga una descripción metodológica que podría omitirse. Sin embargo, parece conveniente para centrar el estudio en ámbitos de conocimiento no relacionados tan íntimamente con la antropología médica. Por ello, en todo el apartado de método se recoge en gris aquellos párrafos que corresponden a bases metodológicas generales aplicadas al proyecto, y se mantiene en color negro la forma concreta del método utilizado.

Este proyecto consta de tres partes principales:

1. Etapa individual de trabajo en el contexto de Tenerife como representante de España en el estudio europeo TUPP. El método aplicado es el denominado *Grounded Theory*, traducido al castellano como Teoría Fundamentada.
2. Posteriormente, para el análisis conjunto y comparativo del equipo europeo TUPP, se ha utilizado el método descrito por Noblit & Hare denominado metaetnografía.
3. Y, para realizar el proceso de transferencia de conocimiento se ha elegido un movimiento innovador denominado *Art based research*, cuyo objetivo es transformar resultados científicos en productos artístico-creativos que permitan la difusión de resultados dirigidos a determinadas audiencias.

Es importante diferenciar entre metodología y método. Cuando se habla de metodología se hace referencia a una manera de pensar y de estudiar la realidad social. Mientras que método es un conjunto de procedimientos y técnicas para recoger y analizar datos (53). En el caso de *Grounded Theory* se engloba metodología y método. Es decir, que se puede utilizar únicamente como método de análisis de datos, o de una forma más amplia como forma de enfocar todo el proceso de investigación.

III.1. *Grounded Theory*

El objetivo primordial de este estudio es comprender cual es el proceso en la evolución del consumo de antidepresivos y/o ansiolíticos, y valorar la situación desde la perspectiva del usuario. Se trata de desarrollar una teoría, a diferencia de otros estudios en los que se pone a prueba la teoría. Es decir, el estudio pretende generar hipótesis.

Para este procedimiento existen diferentes opciones dentro de la metodología cualitativa, sin embargo, la elección de *Grounded Theory* se justifica porque se trata de una metodología capaz de generar teorías mediante el descubrimiento de los procesos psicosociales básicos del fenómeno que se está estudiando. De hecho, una de las afirmaciones

básicas de *Grounded Theory* es que no se debe comenzar con una teoría que se quiera probar, extender o negar.

La metodología promulgada inicialmente por Glaser y Strauss en los años 60, ha sufrido algunas modificaciones a medida que sus “descubridores”, tal y como ellos se denominan, han desarrollado la metodología. Actualmente existen dos escuelas con diferencias significativas dependiendo de que se tengan influencia *Glaseriana* o de *Strauss*. Además hay que añadir una tercera perspectiva más constructivista como es el enfoque de Charmaz (54). Lo que aún permanece en común es la esencia de *Grounded Theory*. Esta esencia se engloba bajo la siguiente afirmación: *la teoría se “descubre” mediante la comparación constante entre las incidencias y las propiedades de una categoría; intentando hacer una observación profunda de tantas similitudes y diversidades como sea posible.*

Sus bases teóricas se pueden encontrar tanto en la filosofía como en la sociología. De hecho sus autores provienen de diferentes tradiciones, aunque ambos son sociólogos. Algunas de las influencias previas en las que se sustenta *Grounded Theory* son (27):

- John Dewey (1934) señaló la relación entre el sentido común y las preguntas científicas así como la interacción creativa y diálogos de colaboración entre investigadores, los investigados y el entorno investigado. De este modo se espera que el investigador se involucre tanto emocional como intelectualmente en la construcción más adecuada, y para dar sentido a lo estudiado. Apunta también que el investigador puede ser afectado por el proceso de investigación, lo que denomina “transformación”.

- Por otro lado, Charles Pierce (1958) añadió el concepto de “abducción”. Se trata del papel crucial que juega el investigador, combinando la reflexión del fenómeno con los conocimientos personales y profesionales para crear nuevas posibilidades.

- Posteriormente, George Mead desarrolló la filosofía social, que luego Herbert Blumer, en 1969 (55) denominaría “interaccionismo simbólico”. El interaccionismo simbólico es una perspectiva que localiza el fenómeno de la experiencia humana como una interacción social con el mundo. El “sentido” de los fenómenos se construye a

través de símbolos, signos y lenguaje y la propia habilidad de ponerse en el lugar de otros para interpretar las acciones desde esa posición.

Cuando se habla de investigación cualitativa se entiende que el abordaje es realizado mediante un procedimiento inductivo. La técnica inductiva implica que se va desde lo observado, al desarrollo de leyes o modelos de acción de una manera rigurosa y basada en la interpretación. Sin embargo, no todos los investigadores cualitativistas están de acuerdo con esta relación entre metodología cualitativa como sinónimo de proceso inductivo. En ocasiones se combina el proceso deductivo con el inductivo. De este modo Glaser (56) afirma que esta distinción de inductivo versus deductivo es una sobre-simplificación de un patrón de pensamiento que es más complejo. Esta claro que *Grounded theory* es un proceso inductivo, pero también requiere de procedimientos deductivos. Por ejemplo, el muestreo teórico es un proceso deductivo, y la decisión de hacia dónde se debe dirigir el siguiente paso del estudio es también un proceso deductivo. Así, hay una combinación de proceso inductivo seguido de uno deductivo y sucesivamente. Es fundamental no forzar los datos sino permitir que del análisis emerja la teoría.

III.1.1. Componentes claves de *Grounded Theory*

Los componentes claves de Grounded Theory son (57):

1. **Muestreo teórico** (*Theoretical sampling*): Glaser y Strauss (58) lo definen como “*el proceso de recogida de datos para generar teoría mediante el cual el analista recoge, codifica y analiza sus datos y decide qué datos deben recogerse en el siguiente paso para permitir el desarrollo de la teoría a medida que esta emerge*”. En *grounded theory* el investigador sólo planea el muestreo inicial para la recogida de datos, después de eso el muestreo es guiado por la teoría emergente. Una vez que se comienza el análisis de datos, las hipótesis que emergen de los datos obligan al investigador a incluir participantes o situaciones que puedan confirmar o negar la hipótesis, y, completar la teoría que emerge.

2. **Sensibilidad teórica** (*Theoretical sensitivity*): Strauss (59) lo define como la *capacidad de pensar con sensibilidad * en términos teóricos y no de forma descriptiva o preconcebida*. En *grounded theory* se considera que si el investigador tiene ideas preconcebidas sobre el tema a estudiar corre el peligro de imponerlas mientras interpreta los datos, lo cual sí puede ser un sesgo y puede afectar al rigor metodológico. Este es el motivo por el que Glaser (56) recomienda no realizar una revisión de la literatura sobre el fenómeno a estudiar al comienzo del proyecto, sino más bien al final. Si se realiza la lectura de la literatura científica al final, los hallazgos de esta revisión pueden enriquecer los resultados y formar parte del proceso de análisis. El hecho de no leer la literatura previa al respecto permite mantener al investigador abierto y libre para descubrir la teoría emergente. Esta es una de las diferencias sustanciales entre Glaser y Strauss. Este último considera que se puede hacer la revisión de la literatura previa al proyecto de investigación, ya que puede ser oportuna para enunciar las preguntas iniciales para las entrevistas y observaciones. De una forma o de otra es fundamental mantener un equilibrio entre objetividad y sensibilidad. Glaser (56) considera que los investigadores novatos solo deben acudir a textos sobre el método de *Grounded Theory* si sus mentores no son expertos. Afirma que él no recomienda a sus alumnos que lean los libros sobre *grounded theory*, sino que lo vayan descubriendo a medida que hacen la investigación. Solamente si los mentores de los investigadores son poco expertos se debe acudir a la literatura técnica referente al método. Tanto Glaser como Strauss, promulgan el uso de literatura menos técnica, como, por ejemplo, libros, diarios, películas, etc... Son referencias que ayudan al investigador a evolucionar para descubrir la teoría que subyace en y entre los datos.
3. **Comparación constante** (*Constant comparison*): El proceso de análisis comienza al mismo tiempo que se recogen los datos, de este

* Sensibilidad en su acepción quinta del RAE: "Capacidad de respuesta a muy pequeñas excitaciones, estímulos o causas "

modo, se lleva a cabo una comparación constante favorecida por la simultaneidad entre la recogida de datos y el análisis. No se trata de un proceso lineal, sino circular, es decir, se va hacia delante y hacia detrás, volviendo a los datos y a los participantes. Gracias a este proceso se puede mantener la teoría y los datos juntos, y se evita el sesgo de asunciones previas. Finalmente, el investigador utiliza la comparación constante y el muestreo teórico hasta alcanzar la saturación. Se denomina *Theoretical saturation* a la redundancia teórica, es decir, el punto en el que se ha alcanzado toda la posible variación de cada categoría.

4. **Elevación del nivel de abstracción** (*Raising the level of abstraction*). La técnica de recogida de datos más común en *grounded theory* es la entrevista estructurada y no estructurada. Además se potencia el uso de datos que se obtienen de múltiples fuentes como son notas de campo, medios de comunicación, reuniones, discusiones informales, comentarios, etc. El proceso de análisis requiere de organización de todos los datos mediante diagramas en papel o utilizando programas informáticos. Los datos se codifican y categorizan para su organización. Para elevar el nivel de abstracción se recomienda crear "memos" lo que se denomina "*memoing*". Se trata de notas que elabora el investigador incluyendo sus preguntas e ideas que surgen durante el proceso de análisis. Es útil para mantener un registro de pensamientos que contribuyen al desarrollo de la teoría. Glaser y Strauss no están de acuerdo entre ellos sobre los niveles de codificación. Strauss (60) inicia el proceso con el microanálisis, es decir, que para empezar es necesario analizar en detalle, línea a línea, los datos para generar categorías iniciales. Según Glaser (56) esto no es necesario. Muchos estudios se publican habiendo alcanzado sólo el nivel descriptivo, sin embargo, en *Grounded Theory* es necesario alcanzar el nivel interpretativo, ya que de lo contrario es un estudio inacabado, en el cual no se ha elevado el nivel de abstracción.
5. **Identificación del proceso social básico** (*Basic social process: BSP*). Se trata del fin último del proceso de investigación. Puede ser un Proceso Psicosocial Básico o un Proceso Social Estructural Básico. Su desarrollo se inicia con la identificación de la categoría

principal, denominada *core category* por Glaser, o *central category* según Strauss. Se trata de un tema central que unifica todas las categorías y explica la mayoría de las variaciones entre los datos. Finalmente se obtiene una representación simbólica que explica las relaciones entre conceptos que se denomina BSP.

III.1.2.El investigador

Es fundamental incluir un apartado sobre el investigador. Posiblemente se debería hacer en cualquier tipo de estudio, cuantitativo o cualitativo. Lo que está claro es que en investigación cualitativa el investigador es una pieza fundamental en el método. Algunos investigadores cuantitativistas podrían pensar que esto es un problema que induce a sesgo, sin embargo, es necesario aclarar que este “sesgo” debe ocurrir dentro del proceso de un estudio cualitativo bien realizado.

Las recomendaciones de Patton (52) para un buen pensador creativo en investigación cualitativa son las siguientes:

- Ser abierto. La creatividad comienza con el hecho de estar abierto a múltiples posibilidades.
- Generar opciones. Siempre hay más de una manera de pensar o hacer algo.
- Divergencia antes que convergencia. Empezar explorando la variedad de direcciones y posibilidades antes de centrarse en los detalles. Valorar múltiples perspectivas antes de converger en la más prometedora.
- Utilizar múltiples estímulos. El entrenamiento creativo a menudo incluye la exposición a diferentes formas de expresión: dibujos, música, historias, metáforas, improvisación.... Sintetizar a través de la triangulación es una forma creativa de utilizar los múltiples estímulos.
- Caminos alternativos, *zig-zag* y circunvalaciones. Pocas veces la creatividad es resultado de una estructura lineal. La persona

creativa explora hacia atrás y hacia delante, alrededor, de dentro hacia fuera, por encima y por debajo...

- Cambiar patrones. Hábitos y procedimientos estandarizados son barreras a la creatividad. Hay que ser consciente de ello y cambiar pensamientos o comportamientos muy estructurados.
- Enlazar. Muchos ejercicios creativos incluyen el aprendizaje de enlazar lo que aparentemente no está enlazado.
- Confiar en uno mismo. Si se duda y se repite a sí mismo que no se es creativo, no se será. Confiar en el proceso.
- Trabajar en ello. Creatividad no es solo diversión, requiere de trabajo duro, preparación mental e investigación de antecedentes.
- Jugar. Creatividad puede ser y debe ser diversión y juego.

Las recomendaciones de Strauss (60) para el investigador incluyen el concepto de creatividad, y añade el de ser sistemático.

Esto significa que el investigador debe realizar este proceso previo de preparación ya que forma parte del método para poder realizar el estudio.

El investigador principal (VM) tuvo que ser consciente de que debía desarrollar todas estas habilidades, ya que algunas pueden existir en su propia naturaleza pero otras debe aprenderlas. En este caso concreto era necesario que el investigador fuera consciente del punto en el que se encuentra y cual es la perspectiva con la que establece el método y analiza los datos. El hecho de tener formación médica (VM) podía considerarse como una desventaja, sin embargo, si se es consciente de ello, es posible controlar los aspectos que podrían interferir en la obtención de datos. Por otro lado, puede ser una ventaja a la hora de analizar y comprender los resultados.

Un ejemplo claro es la preocupación inicial que se tenía a la hora de realizar las entrevistas en relación a la identificación del entrevistador como un profesional de la salud. Para ello se entrenó a otro entrevistador sin formación en el área de salud (VB) y se comparó los resultados que se obtenían con las entrevistas. Las entrevistas transcurrían de forma similar independientemente de quien era el entrevistador. Asimismo, las entrevistas iniciales realizadas por VM

eran valoradas por ES para identificar posibles interferencias relacionadas con la figura del médico. Es necesario aprender técnicas que permitan al investigador poder investigar en su propio terreno de conocimiento. Por ejemplo, si los participantes intentaban aprovechar los conocimientos del entrevistador para resolver sus dudas, se les explicaba que esas preguntas serían respondidas al final de la entrevista. VM tuvo que aprender además a mantenerse inexpresiva y sin dar muestras verbales o no verbales de explicaciones que comentaban los participantes y que podían ser valoradas como erróneas desde el punto de vista médico.

III.1.3.La muestra

En *grounded theory* la técnica de muestreo recomendada es el muestreo teórico.

Para seleccionar la muestra inicial es necesario analizar teóricamente las posibles variaciones dependiendo de diferentes factores. El análisis teórico se origina en los conocimientos epidemiológicos de la enfermedad que se involucra en el estudio que es la depresión. Además, hay que incluir los factores externos relacionados con las características poblacionales del contexto que podrían potenciar la existencia de variaciones en la perspectiva del manejo de los fármacos a estudiar (antidepresivos y ansiolíticos).

El estudio se inició teniendo en cuenta el sexo y la edad como factores fundamentales. Posteriormente, y mediante el muestreo teórico y la comparación constante, se añadieron factores como el lugar de residencia (urbano/rural), el estado civil y el contexto familiar. La realización del estudio piloto y la comparación con los resultados del proyecto piloto realizado en los diferentes países participantes permitió configurar el muestreo teórico.

En el grupo de investigación TUPP había grupos de trabajo más centrados en el estudio en mujeres jóvenes. Otro grupo se centró en hombres, y el resto formó muestras más heterogéneas similares a la del presente estudio.

Evidentemente lo que permaneció constante era el criterio que los informantes eran usuarios de ansiolíticos y/o antidepresivos,

especialmente de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina, durante al menos seis meses y que estuvieran dispuestos a colaborar en la metodología del estudio. Por tanto, la muestra debía ser homogénea en cuanto al fenómeno a estudiar, tal y como describe Strauss y Corbin (53). Pero hay que tener en cuenta todas las variaciones posibles dentro del fenómeno a estudiar.

En el caso de Tenerife, se decidió realizar un estudio amplio por lo que se incluyó una muestra heterogénea bajo el fenómeno a estudiar. De este modo para intentar abarcar toda la variación posible se continuó con el muestreo hasta incluir los diferentes perfiles identificados (ver tabla 2):

1. Participación de hombres y mujeres. Durante el análisis se pudo valorar las posibles diferencias entre la perspectiva de los hombres respecto a la de las mujeres.
2. Participantes de diferente rango de edad. El criterio de selección era mayores de 18 años sin límite superior de edad. Se incluyó personas de entre 35 y 85 años. Se perseguía buscar informantes en varias etapas de la vida y con contextos temporales diferentes.
3. Participantes de diferente estado civil. Partiendo de la base de que la propia enfermedad estaba influyendo en la evolución de la vida de los participantes y existe un efecto de acción y reacción, que va desde el paciente hacia su entorno y viceversa, se consideró que las relaciones sociales podrían influir en la experiencia de la enfermedad. De este modo se incluyó a participantes solteros/as, casados/as, separados/as y viudos/as.
4. Participantes que viven en diferentes tipos de familia. La estructura familiar fue apareciendo como un factor relevante que afectaba la percepción interna y externa del informante. De este modo se incluyó a informantes con y sin hijos, y a algunos que vivían con sus padres.
5. Analizando la distribución poblacional de la isla se tuvo en cuenta que habría al menos dos entornos diferentes. Por ello se incluyó participantes que viven en medio urbano (centro de ciudad como Santa Cruz y Ofra) y los que viven en un medio más rural (San Juan Perales y las Mercedes). El punto clave de esta sospecha de

diferencias vino dada por las dificultades relacionadas con la preocupación de algunos informantes de zonas rurales a ser entrevistados en sus domicilios por la posible interferencia de los vecinos.

Durante el reclutamiento del estudio hubo dos participantes, mujeres de zona rural, que accedieron a participar inicialmente, pero al intentar concertar la cita se retiraron del estudio.

Tabla 2. Perfil de los Participantes					
Código AtlasTi	Orden entrevista	Sexo	Lugar	Edad	Código identificativo
P1	1º	Mujer	Rural	45	P 1: 1.1.1(45)
P2	2º	Hombre	Rural	50	P 2: 1.0.2(50)
P3	3ª	Mujer	Rural	84	P 3: 1.1.3(84)
P7	4ª	Mujer	Rural	60	P 7: 1.1.4(60)
P8	14º	Mujer	Rural	37	P 8: 1.1.14(37)
P9	6º	Mujer	Urbano	37	P 9: 2.1.6(37)
P10	5º	Mujer	Rural	56	P10: 1.1.5(56)
P12	19º	Mujer	Urbano	46	P12: 2.1.19(46)
P14	7º	Mujer	Rural	37	P14: 3.1.7(37)
P15	12º	Mujer	Urbano	46	P15: 2.1.12(46)
P16	18º	Mujer	Urbano	50	P16: 2.1.18(50)
P17	15º	Mujer	Urbano	35	P17: 4.1.15(35)
P18	11º	Hombre	Urbano	46	P18: 2.0.11(46)
P19	9º	Hombre	Rural	42	P19: 3.0.9(42)
P20	10º	Hombre	Rural	66	P20: 3.0.10(66)
P21	8º	Mujer	Rural	52	P21: 3.1.8(52)
P22	13º	Mujer	Rural	47	P22: 1.1.13(47)
<p>P=Entrevista, Nº=orden análisis: Centro de Salud 1=San Juan Perales=Rural; 2=Barrio La Salud=Urbano; 3=La Laguna-Mercedes=Rural; 4=Ofra-Delicias=Urbano. Sexo 0=Hombre; 1=Mujer. Orden en que se realizó la entrevista. Edad del informante</p>					

El siguiente reto es el del tamaño muestral. En investigación cualitativa el tamaño muestral no se establece a priori, pero eso no significa que se haga subjetivamente. El cálculo del tamaño muestral no existe como tal, no hay una fórmula matemática que permita conocerlo a priori. Dependiendo del método elegido para responder a la pregunta de investigación, y dependiendo de la técnica de recogida de datos elegida se establece un número inicial aproximado que es flexible y se va modificando en función de los resultados (61). En *grounded theory* lo importante es alcanzar una muestra suficiente que permita obtener todas las variaciones posibles y que ofrezca una imagen completa del proceso.

¿Cuándo se alcanza el tamaño suficiente? La respuesta clave es: cuando se acumula información repetida, y no se aportan datos interpretativos nuevos (62). En todo estudio cualitativo llega un momento en que es posible darse cuenta de que por muchas entrevistas más que se analicen o más datos que se estudien no aparece nada nuevo, sino que todo va encajando en lo ya encontrado. Este hecho lo debe experimentar el propio investigador. Por ello, Glaser (56) hace hincapié en que este tipo de investigación solo se aprende haciéndolo.

En la práctica se objetiva cuando dejan de aparecer nuevos códigos, es decir, toda la información que aparece se puede incluir en códigos preexistentes. Y cuando se eleva el nivel de abstracción de descriptivo a interpretativo no hay hallazgos nuevos sino redundancia, alcanzando la saturación en el análisis.

“*Saturation*” es uno de los conceptos fundamentales del método de *grounded theory*. Hasta que no se alcanza no se puede dar por finalizado un estudio de estas características.

En este estudio se comenzó con un estudio piloto basado en 4 entrevistas. Según la literatura se considera que cuando se utiliza la técnica de la entrevista abierta se recomienda realizar entre 12 y 20 entrevistas (61). Por lo que se decidió que se ampliaría la muestra a un mínimo de 15 informantes. Dependiendo del muestreo teórico y la saturación se completaría con más entrevistas o, incluso si fuera necesario, con la realización de grupos focales.

Desde la entrevista 13 ó 14 del análisis, se empezó a percibir el inicio de la saturación que finalmente se confirmó en las entrevistas

analizadas sucesivamente hasta la 17, por lo que se culminó el “tamaño muestral”.

III.1.4.El reclutamiento

Una de las dificultades de un estudio cualitativo es el reclutamiento. Las consideraciones éticas y morales se unen a las de la viabilidad y oportunidad de acceder a los informantes que pueden articular una expresión enriquecedora del tema que se desea estudiar.

En este estudio había que tener en cuenta que el tema que se iba a tratar, la depresión, podía afectar a los participantes, tanto de manera positiva como negativa. Al tratarse de un tema delicado (*sensitive topic*) había que buscar la manera más correcta de solicitar la participación. Se inició la estrategia de reclutamiento a través de los médicos de atención primaria que conocían a sus pacientes y podían transmitir la información para solicitar su participación sin coacción.

Por motivos de oportunidad se comenzó por el Centro de Salud de San Juan Perales, contactando con el médico responsable y su médico residente. Dado que este es un centro de salud ubicado en una zona periférica y de características rurales, se realizó una búsqueda de médicos de atención primaria de centros de salud que estuvieran localizados en otra área de interés. Esto fue viable en los centros de salud del Barrio de la Salud, Ofra y La Laguna-Mercedes.

Un médico de cada uno de esos centros accedió a colaborar en el estudio. Se le explicó con detalle el estudio y el método que se iba a utilizar.

Se solicitó a los médicos participantes que a medida que atendieran a pacientes en su consulta que estuvieran consumiendo en la actualidad o en el pasado cualquiera de los medicamentos incluidos durante más de seis meses, fueran invitados a participar en el estudio y solicitar su permiso para ser localizados telefónicamente por los investigadores.

Una vez obtenido el permiso de los posibles participantes, el investigador principal (VM) contactaba telefónicamente. Se le

explicaba con mayor detalle en qué consistía el estudio y se confirmaba su deseo de participar. Esto permitía establecer una cita para la realización de la entrevista.

En todo momento se ofrecía a los participantes la posibilidad de discontinuar y de cambiar su decisión.

En el reclutamiento se encontraron algunas dificultades:

- En cuanto al reclutamiento de médicos como intermediarios hubo algunos que rechazaban participar, o bien aun habiendo aceptado, olvidaban realizar el reclutamiento.
- Con los potenciales participantes también hubo algunos problemas. En alguna ocasión se mostraban totalmente colaboradores con el médico y luego al intentar localizarlos o establecer la cita se producía un cambio de opinión. Incluso una vez establecida la cita para la entrevista no se presentaban.

Obtener informantes puede ser complejo. El trabajo coordinado con el grupo europeo TUPP permitió reflexionar sobre los diferentes contextos. De este modo era necesario utilizar estrategias diferentes dependiendo del país, de las características del equipo de trabajo y de la accesibilidad a los posibles informantes.

En el grupo TUPP las técnicas de reclutamiento fueron diferentes: el grupo de Francia utilizó la técnica de la “bola de nieve” porque tenían poco acceso a los sistemas sanitarios; el equipo del Reino Unido, acostumbrados a enviar cartas a los domicilios de los pacientes, utilizaron esta estrategia de reclutamiento; y el equipo de Dinamarca enviaron cartas a través de las farmacias. El factor más importante en estos casos era el medio en el que se mueve el investigador con más facilidad, es decir, el factor de oportunidad, y la organización de los sistemas sanitarios, ya que por ejemplo, en el Reino Unido la población está acostumbrada a recibir cartas de su médico en su domicilio.

III.1.5.Las técnicas de recogida de datos

En *Grounded Theory* “todo son datos”. La técnica de recogida de datos más utilizada es la entrevista. Se considera la entrevista como la mejor estrategia para obtener la reflexión de los participantes sobre

el fenómeno. Algunos consideran que ni siquiera el grupo focal debe utilizarse en *Grounded Theory* porque la interacción entre participantes influye sobre los datos que se pueden obtener de manera individual (56). Está claro que existe controversia entre las dos escuelas de *Grounded Theory* y sus seguidores, sobre cómo se recogen los datos. Pero todos coinciden en que las fuentes de datos deben ser múltiples, y siempre en relación a la teoría emergente.

Lo que esto implica es que el investigador debe realizar las entrevistas abiertas, pero debe estar atento hacia lo que las entrevistas indican, y *abrir los ojos y oídos* ante otras fuentes de datos que aporten luz o aclaren los hallazgos. A esto se refieren cuando se indica el uso de literatura no técnica, es decir, anuncios, películas, diarios, conversaciones informales, un programa de TV, etc.

Hay muchas formas de clasificar el tipo de entrevistas que se pueden llevar a cabo. Se trata de la técnica utilizada más comúnmente en investigación cualitativa.

Clasificación de las entrevistas según su grado de estructuración (33):

1. Entrevistas estructuradas: consiste en administrar cuestionarios estructurados y se entrena a los entrevistadores para preguntar los temas tal y como se presentan y casi siempre tienen respuestas predeterminadas. Por ejemplo, ¿Su salud es excelente, buena, regular o mala?
2. Entrevistas semi-estructuradas: se realiza con preguntas abiertas que definen el área a explorar, al menos inicialmente, y luego el entrevistador y el entrevistado pueden divergir para responder con más profundidad alguna idea. Por ejemplo, ¿Cómo cree que es su salud? ¿Cómo considera que es su salud?
3. Entrevistas en profundidad: son aún menos estructuradas, sólo cubren uno o dos temas, pero con gran detalle. Por ejemplo ¿Puede usted decirme sobre sus experiencias en salud? Y las siguientes preguntas se realizarían según la evolución y el camino que sigue la entrevista. El objetivo de una entrevista es descubrir el punto de vista del entrevistado y no imponer las estructuras y asunciones que pueda tener el investigador.

4. Entrevistas abiertas: El entrevistador debe intentar ser interactivo y sensible al lenguaje y conceptos utilizados por el entrevistado y debe intentar mantener una conversación en un tono muy flexible. El objetivo es profundizar en el tema del que se está hablando, explorar lo que dicen las personas con el mayor detalle posible, e, incluso, destapar nuevas áreas o ideas que no se anticipaban de los resultados del estudio. Es vital que el entrevistador entienda los significados de los entrevistados y no se base en sus propias conclusiones.

Técnica de las entrevistas

Todos los investigadores cualitativos deben considerar cómo son percibidos por el entrevistado, y los efectos de sus características personales como raza, sexo y diferencias sociales. Esto es aún más agudo si el entrevistado sabe que el entrevistador es un médico o una enfermera. A veces, el entrevistador puede dar respuestas según lo que cree que el médico o enfermera desea saber. En principio es preferible no entrevistar a los pacientes propios, si esto no se pudiera evitar, se les debe dar permiso explícito a los pacientes para hablar libremente y decir lo que piensan de verdad y no se les debe corregir cuando dicen algo que el sanitario piensa que es incorrecto (por ejemplo, que los antibióticos son el tratamiento para infecciones víricas).

También es probable que el entrevistado haga preguntas durante la entrevista, pero el problema es que al responder a las preguntas se podría imponer la opinión del entrevistador al del entrevistado. Por otro lado, si no se responden las preguntas esto puede disminuir el deseo del entrevistado a seguir contestándonos. Una posible solución es decir que las preguntas se resolverán al finalizar la entrevista.

La realización de las entrevistas, especialmente las abiertas, requiere de considerables cualidades por parte del investigador. El entrevistador novato debe valorar cómo de directivo es, si está recogiendo las claves o las ignora, si se les está dando suficiente tiempo a los entrevistados para explicarse, etc.

Es útil tener en cuenta la escala directiva de Whyte (63) para analizar la técnica del entrevistador:

1. Asentir con sonidos para potenciar la conversación.
2. Reflejar sobre comentarios realizados por el informante.
3. Apoyarse en el último comentario que ha hecho el informante.
4. Apoyarse en una idea precedente al último comentario que ha hecho el informante.
5. Apoyarse en ideas que han aparecido previamente a lo largo de la entrevista.
6. Introducir un tema nuevo.

(1=menos directivo y 6=más directivo)

También es importante mantener el control de la entrevista, ya que algunos informantes pueden ser muy habladores y desviarse del tema. Para ello, Patton (52) recomienda:

- saber bien lo que se quiere averiguar
- preguntar las cuestiones correctas para obtener la información que se necesita
- proporcionar feedback adecuado tanto verbal como no verbal.

Algunos de los riesgos a tener en cuenta según Field y Morse (64) al realizar una entrevista son:

- Interrupciones externas (teléfono, etc.)
- Distracciones (los niños, etc.)
- Miedo escénico del entrevistador o entrevistado
- Preguntar sobre temas embarazosos
- Saltar de un tema a otro
- Intentar educar sobre algo (dar consejos médicos, etc.)
- Presentar la opinión propia que puede predisponer al informante
- Entrevistas superficiales
- Recibir información secreta (tentativas de suicidio, etc.)
- Traducciones (inexactitud, etc.)

Estar atento a estos posibles riesgos puede ayudar a desarrollar estrategias para superarlo.

Para llevar a cabo este estudio se decidió, junto con el equipo de trabajo europeo TUPP un tipo de entrevista abierta con preguntas generales, elaborándose un guión básico que podía servir de ayuda al entrevistador pero en ningún momento era necesario seguirlo de manera rígida.

En cuanto a la elaboración del guión de las entrevistas Patton considera que en las entrevistas cualitativas una buena pregunta es abierta, neutral, sensible y clara. Él describió seis tipos de preguntas que se pueden hacer (52)

- sobre comportamiento o experiencias
- opiniones o creencias
- sentimientos
- conocimientos
- sensaciones
- detalles sobre datos demográficos o antecedentes.

Es preferible empezar con preguntas fáciles de contestar y luego seguir con las más difíciles o sensibles. La mayoría de los entrevistados son favorables a dar la información que el investigador necesita pero hay que darles una guía clara de la cantidad de detalle que se pretende. De esta manera se pueden recoger datos incluso en circunstancias estresantes.

La mayoría de los entrevistadores tienen una lista de preguntas que define las áreas que se quieren recoger basado en los objetivos del estudio. No se puede estandarizar las palabras utilizadas, ya que el entrevistador debe adaptarse al vocabulario del entrevistado. El entrevistador puede a lo largo de la entrevista introducir preguntas según se va avanzando en la entrevista a medida que se va familiarizando con dicho tema.

Patton (52) denomina a este tipo de entrevista "*the general interview guide approach*" (acercamiento mediante la guía general de la entrevista), a diferencia de la entrevista conversacional informal y la entrevista estandarizada con preguntas abiertas. Por tanto, se trata de una forma intermedia que permite al investigador mantener los temas

básicos del estudio del fenómeno, pero de una manera lo suficientemente flexible como para no interferir en la aparición de información nueva.

En el siguiente cuadro se detalla el guión utilizado para recoger los datos de este estudio:

1. Presentación y reinformación sobre el estudio, confidencialidad y anonimato. Solicitud de permiso para la grabación de la entrevista.

2. Experiencias y percepción con preguntas generales como:

-¿Cómo empezó con el tratamiento?

-¿Cómo empezó la enfermedad?

Con apoyo sobre otras preguntas para realizar la entrevista del tipo:

-¿Qué experiencias anteriores ha tenido?

-¿Cómo se sentía?

-¿Cómo se relacionaba con su familia?

-¿Qué le preocupaba?

-¿Qué expectativas tenía?

-¿Qué le dijeron sobre el diagnóstico?

-¿Qué le dijeron sobre el tratamiento?

-¿Tuvo efectos secundarios?

-¿Qué pensaba sobre sus medicinas?

3. Elección y estrategias de uso, con preguntas del tipo:

-¿Cómo maneja la medicación?

-¿Porqué lo usa? ¿Ha utilizado otras terapias?

4. Comunicación con preguntas como:

-¿Con quién habla de su enfermedad y del tratamiento?

-¿Cómo cree que lo ven los demás?

-¿Cómo ha sido su relación con los médicos y profesionales sanitarios?

-¿Dónde consigue apoyo?

5. Expectativas:

-¿Qué espera que ocurra a partir de ahora?

-¿Qué le gustaría que sucediera?

6. Siempre se deja la opción de: ¿Quiere añadir algo más que no me haya contado antes?

Hay que destacar que este es sólo un guión, en ningún momento se aplica como un cuestionario, no se fuerzan temas sino que según la evolución de la entrevista se va “tirando del hilo” por donde va el informante, ya que puede llevarnos a campos desconocidos por nosotros. El guión sirve también para ayudar en los momentos de corte en la entrevista o para recabar el hilo de la entrevista cuando el informante habla de otros temas no relacionados con el estudio.

Esta fase del estudio requiere el desarrollo de una buena técnica de entrevista. Para ello se llevó a cabo un proceso de entrenamiento y supervisión de las primeras entrevistas.

Los entrevistadores fueron dos: un hombre joven asiático no sanitario (VB) y una mujer joven asiática licenciada en medicina (VM) a los que se entrenó y puso a prueba en el proyecto piloto. El proyecto piloto sirvió para intentar identificar errores a la hora de realizar la entrevista así como de las posibles repercusiones de las características de los dos entrevistadores sobre los informantes. Se pretendía aprovechar la diferencia de raza porque ofrece un componente “etnográfico” que podía ser de ayuda. Otra preocupación importante era la posible interferencia del factor médico en la entrevista que podía ser bidireccional. Por un lado podía influir en el entrevistador en sus reacciones ante acontecimientos descritos desde el punto de vista del informante sobre los aspectos médicos o errores médicos que puedan hacer que el entrevistador intentara corregirlas y, por tanto, influir y cohibir al informante; y por otro lado, el informante podría decir lo que cree que el médico quiere oír y que no fuera del todo la verdad, o que quisiera obtener información de la entrevista más que darla. Todos estos posibles "sesgos" fueron valorados en el proyecto piloto.

A posteriori valorado el proyecto piloto y confirmado con el resto de las entrevistas objetivamos que no había diferencias en las entrevistas, que fuera quién fuera el entrevistador no había cambios en la obtención de los datos y que lo fundamental era la técnica de la entrevista y estar atentos de las posibles interferencias que pueda hacer el entrevistador. Estar alerta y reaccionar adecuadamente a lo largo de la entrevista permitía obtener una entrevista rica por ambos entrevistadores. Finalmente fueron realizadas aproximadamente la mitad por cada entrevistador.

Sobre el almacenamiento de los datos, Glaser (56) recomienda realizar la entrevista abierta sin grabar, sino solamente escribir las notas de campo. Sin embargo, Strauss recomienda grabar y transcribir toda la entrevista, para luego empezar haciendo el microanálisis línea a línea. En este caso se decidió optar por la recomendación strausiana de grabar y transcribir, ya que parece más adecuada para el investigador novicio (65).

Tipos de registro de datos (33):

- escribir notas al mismo tiempo: hay que tener en cuenta que esto puede interferir en el desarrollo de la entrevista

- escribir notas después de la entrevista: no interfiere pero se corre el riesgo de perder algunos detalles que podrían ser importantes

- grabar en audio: es lo ideal y la mayoría de los entrevistadores suelen aceptarlo, pero hay que tener en cuenta que en ocasiones es mejor tomar notas que grabar, ya que a algunas personas les puede cohibir a la hora de hablar ante una máquina.

Otro aspecto importante es el de las transcripciones. Las transcripciones suponen un proceso lento y que consume mucho tiempo, es importante usar un equipo técnico y micrófonos que lo faciliten, pero hay que tener en cuenta que una entrevista de una hora supone 6-7 horas de transcripción dependiendo de la calidad de la grabación. En el caso de este estudio la mayor parte de las entrevistas fueron transcritas por los dos entrevistadores.

III.1.6.El análisis de los datos

Grounded Theory es sobre todo un instrumento de análisis. También en este apartado hay ciertas diferencias entre el proceso de análisis descrito por Glaser (56) y el recomendado por Strauss & Corbin (60).

Hay diferentes herramientas utilizadas en *Grounded Theory* para realizar el análisis (*codificación, memoing, diagramming, sorting*):

1. Codificación. El proceso inicial de análisis de datos se realiza mediante la codificación.

Se identifican tres fases de la codificación:

-“*Open coding*” o **codificación abierta**: se trata de un análisis palabra por palabra, frase a frase que se realiza a medida que se obtienen los datos. El proceso pretende fracturar los datos para luego ser agrupados en conceptos que se generalizan. Estos conceptos y sus dimensiones llevan al investigador a dirigir su recogida de datos (muestreo teórico). Algunas reglas según Strauss (60) son:

- Busca códigos “in vivo” (son códigos elaborados con palabras textuales de los informantes) y relaciónalos con conceptos sociológicos existentes;
- Dale un nombre provisional
- Pregúntate sobre todos sus aspectos, ¿sobre qué son estos datos? ¿Qué está ocurriendo? ¿A qué categoría se está refiriendo?
- Céntrate en dimensiones que parezcan relevantes a palabras o frases
- Localiza casos comparativos a través de estas dimensiones
- Asegúrate de que la codificación se ha producido de manera meticulosa para todos los datos.

La idea fundamental es permitir que las categorías emerjan de los datos en vez de ser impuestos por el investigador. Esto forma parte de la perspectiva *EMIC*. *

* *La perspectiva ETIC se refiere a la visión de las experiencias desde fuera, mientras que la perspectiva EMIC se refiere a la visión desde el individuo que está dentro del contexto. Estos términos se aplican también a la forma de análisis de datos cualitativos en los que se puede partir desde un listado de códigos creado a priori que se aplican a los datos (ETIC) o bien, crear el listado de códigos a partir de los datos obtenidos (EMIC).*

Glaser considera que no siempre es necesario que el análisis y codificación sea palabra a palabra, sino que puede ser en párrafos o documentos completos dependiendo del propósito del estudio y la unidad de análisis que se establezca. Además considera que no es positivo fracturar los datos sino que lo que se debe hacer es una comparación continua.

De una manera u otra la codificación abierta es el primer nivel de codificación. Al final de esta fase se ha obtenido una larga lista de conceptos codificados procedentes de los datos.

-“***Axial coding***” o **codificación axial**: se trata del análisis de una categoría que se ha desarrollado durante el “*open coding*”. Se utiliza para establecer conexiones entre esta categoría y las subcategorías. Aquí es donde se involucra, según Strauss, los conocimientos y experiencias del investigador y sus conocimientos teóricos. Se trata de relacionar códigos que forman categorías, para dar sentido a los datos. Sin embargo, para Glaser esta fase es innecesaria si se realiza una constante comparación para cada categoría emergente.

-“***Selective coding***” o **codificación selectiva**: es un proceso de validación de la relación entre la categoría principal y el resto de las categorías. La categoría principal (*core category*) se puede identificar por ser central, frecuente, con buenas conexiones entre otras categorías o su implicación en la generación de más teorías.

La visión de Glaser es más simple, delimita la codificación a las variables relacionadas con la variable principal, con lo que continuar con el muestreo teórico y colección de datos ayuda a integrar la teoría llevando a la saturación. Básicamente se trata de seleccionar las variables más relevantes relacionadas con la categoría principal.

2. “*Memoing*”. Se trata de una herramienta imprescindible en *Grounded Theory*. Es un proceso que se inicia durante el proceso de recogida de datos y continúa hasta que se finaliza el análisis. Consiste en elaborar “*memos*” con tres posibles finalidades:

- hacer explícito las asunciones previas del investigador, para permitir ser examinadas
- registrar decisiones metodológicas relacionadas con el desarrollo del estudio
- teorizar y analizar los datos.

Lo que el investigador hace es registrar todas sus ideas relacionadas con el estudio, lo cual permite explicar, justificar y entender por qué se ha realizado el estudio de una manera y no de otra.

3. "*Diagramming*" Los diagramas permiten al investigador reflexionar y comprender las relaciones entre las categorías emergentes. Es útil para identificar zonas clave y zonas oscuras que necesitan aclararse.

4. "*Sorting*" Consiste en distribuir y organizar los memos. Permite realizar la integración de los datos.

Mediante este proceso y el uso de estas herramientas es posible elaborar una teoría formal basada en los datos. Una vez se identifica el "*core category*" es posible elaborar el proceso. Todos los estudios que utilizan *Grounded Theory* tienen un "*core category*", pero no todos tiene un *Basic social process*. El *BSP* es una acción, por lo que se suele presentar en forma de gerundio. También es posible en ocasiones identificar "*social structural processes*" (SSP), es decir, un proceso de la estructura social en la que el "actor" es un grupo, organización o sociedad. Este último apartado de elaboración del *BSP* o del *SSP* es el aspecto más difícil de alcanzar para el investigador que utiliza *grounded theory*.

El proceso de análisis descrito es el aplicado para el análisis de los datos de este estudio. El texto transcrito fue fragmentado en códigos por el proceso de "*open coding*" y constantemente comparado de delante hacia detrás y viceversa. Al mismo tiempo se fueron agrupando en categorías de conceptos más amplios buscando las posibilidades de los contrarios para cada código, y elaborando memos.

Así emergieron conceptos que pasaron de una interpretación inicial a una más compleja en la que se integró todos los conceptos llegando finalmente a los resultados de este estudio y a la teoría de la evolución “natural” del consumo de antidepresivos y ansiolíticos desde el punto de vista de los usuarios . Se trata de una tarea laboriosa con multitud de datos cuya integración ha sido muy compleja.

III.2. Metaetnografía de Noblit & Hare

El equipo europeo TUPP optó por la metodología descrita por Noblit & Hare (19) denominada metaetnografía para sintetizar los resultados de los diferentes estudios realizados en cada contexto. Existen en el paradigma cualitativo diferentes formas de sintetizar resultados de distintos estudios cualitativos*. Sin embargo, la metaetnografía es una de las más desarrolladas. Se trata de un forma de análisis que se origina a partir de la etnografía crítica, y sus autores, Noblit & Hare consideran que con esta técnica se puede pasar de la síntesis de datos agregativa a una interpretativa mediante un proceso inductivo, constituyendo una forma de comparación sistemática. El resultado no es simplemente la suma de las partes sino la elaboración de un concepto nuevo.

Originariamente Noblit & Hare (19) describen un proceso de siete etapas:

Fase 1.

Identificar un tema de interés y la formulación de la pregunta de investigación ha de responder al porqué y cómo de un fenómeno determinado.

Fase 2.

Identificar la información relevante.

Fase 3.

Lectura repetida de los estudios, fijándose en las metáforas y los relatos.

Fase 4.

Determinar cómo se relacionan los estudios entre sí. Para ello se crea una lista de metáforas clave, frases, ideas y/o conceptos utilizados para cada relato, y se organizan de forma que se facilite la comparación entre ellos.

* La autora de este estudio ha publicado un informe que profundiza en los diferentes métodos de síntesis de estudios cualitativos (37)

Al final de esta fase se puede comenzar el análisis iniciales sobre la relación entre estudios. Es posible encontrar tres formas diferentes de relación entre los relatos:

- Directamente comparables, en los que se pueden hacer traducciones recíprocas,
- Relatos en contraposición de forma *refutacional*,
- Estudios que al ser combinados logran representar una línea de argumentación, al valorar diferentes aspectos del fenómeno.

Fase 5.

Traducir los estudios entre sí. La traducción de los estudios se refiere al proceso de examen de los conceptos clave en relación a otros conceptos dentro de cada estudio y entre estudios. Se realiza de forma similar a la comparación constante. Se inicia con el primer estudio y se continúa con el siguiente analizando los conceptos que aún no siendo idénticos se refieren al mismo concepto clave. No se trata, solamente de hacer analogías, sino de profundizar en los conceptos sin perder la perspectiva de lo particular.

Fase 6.

Sintetizar las traducciones. Para ello, es preciso valorar la existencia de conceptos que pueden abarcar más de un estudio.

Fase 7.

Expresar y redactar la síntesis en un producto final.

Con el fin de llevar a cabo este proceso se organizó un total de once reuniones del equipo europeo entre 1996 y 2003, y posteriormente reuniones de subgrupos:

- Balaton Julio 1996
- Berlín Septiembre 1997
- Copenhague Marzo 1998
- Berlín Agosto 1998
- Copenhague Febrero 1999

- Mytilini Noviembre 1999
- Kuopio Junio 2000
- Tenerife Enero 2001
- Gottingen Junio 2001
- Segovia Junio 2002
- Ámsterdam Abril 2003
- Copenhague 2004
- Exeter 2006

III.3. *Arts based research*

La preocupación por la transferencia del conocimiento adecuada y suficientemente amplia y profunda ha sido uno de los factores que ha contribuido al desarrollo del movimiento denominado *Arts based Research*. De forma creciente los investigadores que utilizan métodos cualitativos han complementado las formas clásicas de diseminación de resultados con formas alternativas relacionadas con las artes y humanidades. Algunos de los factores implicados en este proceso es la determinada “crisis de representación” (66) producida en la investigación cualitativa por considerar inadecuado las formas tradicionales de los informes que permitan representar de forma fidedigna y justa la vida de los informantes. Un segundo factor, según Van Manen (67), es el deseo de los investigadores de provocar una comprensión más sentida de la experiencia humana. A esto se añade un tercer factor, la preocupación por producir cambios sociales y no, meramente, informar de resultados.

Los resultados de investigación cualitativa han sido transformados en novelas, poesía, teatro, danza y otras formas textuales y de representación (68;69).

Es importante no confundir *Arts based science* con la inclusión de material artístico como datos para analizar en un proyecto de investigación cualitativa.

Uno de los términos utilizados para denominar este movimiento es el “*a/r/tography*”, que se refiere a la investigación en el mundo a través de un proceso de producción de cualquier forma de arte y la creación de significados adicionales interconectados (70).

Ya en los años 70 se comienza a utilizar formas artísticas para representar resultados cualitativos, pero ha sido en esta última década cuando se ha producido su mayor auge. Sin embargo, sigue siendo una forma de investigación debatida existiendo seguidores y detractores. Actualmente empiezan a realizarse talleres y cursos específicos sobre este tema en el área de investigación cualitativa y se comienza a publicar en revistas científicas.

En este estudio se ha optado por el formato de cuento para representar los resultados. Para ello ha sido necesario identificar los datos más relevantes para representarlos de forma metafórica y comprensible para la audiencia a la que va dirigida que son tanto los profesionales sanitarios como la población en general. Se trata de un cuento para ser contado, por lo que se ha grabado en audio para su difusión (ver CD).

El uso de esta técnica ha sido inspirada en el trabajo de Arthur Frank "*The wounded storyteller*" (71) donde recomienda no solo pensar sobre una historia sino pensar con una historia.

III.4. Proyecto piloto

El proyecto piloto es útil para verificar las posibilidades del estudio, si es factible y las posibles limitaciones.

Se diseñó el proyecto piloto para llevarse a cabo en los diferentes países participantes en el estudio. Se trataba de poner en práctica el método e intentar obtener los datos mediante la entrevista abierta con un guión de apoyo sobre los temas relacionados con el uso de los fármacos (antidepresivos y/o ansiolíticos).

El estudio piloto consistió en cuatro entrevistas en el Centro de Salud de San Juan Perales, tres mujeres y un hombre. Se realizó un análisis preliminar de las características de los informantes y de su discurso. Esto fue útil para completar el guión y comenzar a codificar los datos.

Antes de continuar el reclutamiento se pudo comparar en líneas generales los resultados del proyecto piloto de los diferentes países participantes del TUPP. Destacaron las similitudes entre las entrevistas y los informantes de diferentes contextos, a pesar de haber sido reclutados por diferentes vías y de que los entrevistadores procedían de diferentes ámbitos (sociólogos, farmacólogos, médicos, etc.).

Se decidió tras el proyecto piloto que las entrevistas se realizarían en dependencias del Centro de Salud ya que se habían encontrado dificultades para que los informantes accedieran a ser visitados en su domicilio. En otros contextos del estudio europeo se realizaron las entrevistas en domicilio. Se tuvo en cuenta la posibilidad de que los informantes no se expresaran abiertamente por realizarse la entrevista en un medio sanitario. Sin embargo, no se encontró indicios de que esto ocurriera. Para confirmar se comparó con otros países en las que las entrevistas se realizaban en otros ámbitos como el domicilio o un sitio neutral como una cafetería. Este factor no parecía influir en la obtención de datos. De todos modos, para minimizar el efecto del lugar de la entrevista sobre el informante se intentó realizar la entrevista en algún otro tipo de sala del centro de salud, como la sala de reuniones o algo similar.

Una vez llevado a cabo el estudio piloto se continuó con el reclutamiento de médicos de los cuatro centros colaboradores y de los informantes, hasta llevar a cabo un total de 17 entrevistas.

III.5. Herramientas de software *Atlas.Ti*

Se ha ido desarrollando, con la aplicación de la informática a las ciencias sociales, una serie de programas de ayuda para el análisis de datos cualitativos. Existen programas como el NUD*IST, NVivo, y el ATLAS.Ti ampliamente usados. Y otros más novedosos como el ANNOTAPE que permite grabar en el ordenador las entrevistas y realizar un análisis de voz. Existen diferentes versiones de estos programas y el más reciente intenta combinar NVivo con NUD*IST.

Sobre el uso de programas informáticos para el análisis de datos cualitativos existe gran controversia. Algunos investigadores, como Glaser (56), opinan que este tipo de programas restringen e inhiben el desarrollo de las cualidades del investigador. Sin embargo, hay muchos otros investigadores que los consideran útiles (65;72).

Hay que tener en cuenta que los datos cualitativos son muy extensos y, en ocasiones, difíciles de manejar y organizar. Por lo que este tipo de software puede ser una herramienta adecuada para ayudar a mantener la codificación, los memos y la distribución de manera ordenada y fácilmente accesible.

Los programas informáticos solamente nos proveen de una herramienta para ayudar en el análisis, pero no pueden hacer el análisis por sí solo. No son comparables con los programas estadísticos.

Puede ser de utilidad para colaborar en los siguientes aspectos (73):

- Tomar notas en el campo
- Escribir o transcribir notas de campo
- Corregir, ampliar o revisar notas de campo
- Codificar: unir palabras claves o etiquetas a segmentos de texto, gráficos, audio o vídeos para luego analizarlas
- Guardar los textos en una base de datos de forma ordenada
- Buscar y localizar segmentos de texto y hacerlos disponibles para su valoración
- Conectar datos relevantes de segmentos de datos entre ellos formando categorías o *networks*

- Escribir reflexiones en relación a algún aspecto de los datos, teoría o metodología para hacer un análisis más profundo
- Contar frecuencias, secuencias o localizaciones de palabras y frases
- Mostrar de una manera organizada los datos para ser valorados
- Ayuda en la interpretación de datos mostrados y probar o confirmar hallazgos
- Crear diagramas gráficos que describan los hallazgos
- Escribir el informe final.

Para este estudio se ha utilizado el *ATLAS/Ti*. Se trata de una herramienta poderosa para el análisis cualitativo de gran cantidad de textos, datos gráficos o audio. Permite descubrir los fenómenos escondidos entre los datos de una manera exploratoria. Permite manejar, extraer, comparar, explorar y agrupar piezas con sentido de la gran cantidad de datos que componen los estudios cualitativos (74).

El *Atlas Ti* tiene dos sistemas (documentos y hermenéutico), permite codificación ilimitada, búsqueda de caracteres, crear *networks*, etc. Su principal diferencia con otros programas de elaboración de teorías es que conceptualiza *Grounded Theory* como un entramado horizontal y no jerárquico produciendo conexiones no reguladas ni adheridas permitiendo que cualquier elemento se relacione con otro (27).

Aprender a usar el Atlas Ti y aplicarlo ha sido de gran utilidad ya que tiene una serie de ventajas desde mi experiencia:

- mantener ordenados los datos
- sentir que no se pasa por alto ningún dato y que absolutamente todo es codificado
- poder buscar en todos los documentos hipótesis emergidas
- poder, de una manera visual, agrupar los códigos en categorías
- acceder rápidamente a todos los textos relacionados con un código o categoría
- hacer comentarios de interpretación inicial en relación a los códigos principales

- una vez analizadas las tres o cuatro primeras entrevistas y creada una base de códigos se amplía la velocidad de análisis de las entrevistas siguientes
- permite identificar el concepto de saturación de una manera tajante y “palpable”.

III.6. Rigor metodológico

El rigor metodológico es un concepto que siempre se desea alcanzar cuando se realiza cualquier estudio de investigación. Sin embargo, los cánones habitualmente utilizados en investigación cuantitativa para establecer la calidad de un estudio han de ser modificados cuando se trata de evaluar un estudio cualitativo, tal y como se ha comentado previamente.

En el caso de *Grounded Theory*, Strauss (60) describió los siguientes valores que se debía tener en cuenta para evaluar un estudio que utiliza este método:

- ¿Cómo se seleccionó la muestra original? ¿En qué se basó?
- ¿Cuáles son las principales categorías que emergieron?
- ¿Cuáles fueron los indicadores que apuntaron estas categorías principales?
- ¿En base a qué categorías se realizó el muestreo teórico?
- ¿Cuáles fueron las hipótesis y en base a qué términos fue probada?
- ¿Hubo casos en los que las hipótesis no se mantuvieron? ¿Cómo se manejaron las discrepancias?
- ¿Cómo y por qué se seleccionó el “*core category*”? ¿En base a qué se tomaron las decisiones analíticas?

En realidad lo que establece son una serie de preguntas que debemos hacer al estudio, especialmente si se ha cumplido el muestreo teórico con sensibilidad teórica y si se han revisado todas las posibles variaciones del fenómeno que se está estudiando.

De forma general para asegurar el rigor metodológico en este estudio se han utilizado los criterios y estrategias recomendados por Lincoln y Guba, ampliamente aceptados (34). Dichos autores establecen una serie de técnicas que pueden ser de utilidad para aumentar el rigor (trustworthiness). A continuación se describe brevemente cómo se aplican estos criterios en este trabajo.

- Compromiso prolongado y Observación persistente, especialmente importante en etnografía.

La duración de este proyecto fue suficientemente larga como para permitir el contacto en profundidad con el fenómeno a estudio.

- Triangulación. Las limitaciones del investigador y su subjetividad se pueden minimizar a través de mecanismos de triangulación.

En este caso las entrevistas fueron contrastadas por al menos dos investigadores, además de la comparación y complementación en las sesiones de trabajo del grupo TUPP con respecto a los estudios individuales de los diferentes países participantes. Por tanto, se aplica en este estudio la triangulación interna del observador, la triangulación entre observadores y la triangulación espacial entre los diferentes países participantes del estudio.

- Referencias suficientes (*Referential adequacy*). Estos son materiales que ofrecen significado a los antecedentes para apoyar el análisis de datos, la interpretación y la auditoria (75). Estos se obtienen de una manera intrusiva como son fotografías, o de manera no intrusiva a través de periódicos, televisión, Internet, etc.

Para la realización de este estudio se recogieron múltiples datos en forma de anécdotas, espacios televisivos, periódicos, revistas, etc.

- Interrogatorio con colegas (*Peer debriefing*). Lincoln y Guba recomiendan que la persona que tenga este papel debe ser alguien que sea colega del investigador, y no debe ser alguien que tenga alguna relación de autoridad sobre él. El proceso debe ser informal con amigos y colegas. Una vez que se identifica a la persona adecuada se deben realizar discusiones que se deben registrar en resúmenes incluyendo los problemas, preocupaciones, hipótesis emergentes y demás.

En este estudio este papel lo ejercían los tutores de tesis, el segundo entrevistador y colegas.

- Comprobación con otros (*Member checks*). Según Lincoln y Guba esta técnica es la más importante para establecer la credibilidad. Esta se conduce continuamente de manera formal e informal.

En este estudio se realiza la verificación en entrevistas sucesivas de los datos de entrevistas previas, y conversaciones informales con personal sanitario y pacientes sobre los resultados de este estudio.

- Diario reflexivo (*Reflexive journal*). Esta técnica apoya la credibilidad, *transferabilidad*, *"dependabilidad"* y *confirmabilidad*. Según Lincoln y Guba un diario reflexivo es el tipo de diario en el que el investigador recoge la información sobre sí mismo.

El investigador mantuvo notas en forma de memos de la experiencia del proceso de investigación. Parte del material está incluido en el apartado de metaetnografía en forma de reflexiones personales.

- Descripción profunda (*Thick description*). Esta es la técnica que permite la transferencia de los resultados.

El estudio se inicia con una primera fase de análisis descriptivo. Posteriormente, se realiza un nivel superior de análisis mediante la elaboración de una teoría. En la tercera fase se realiza un análisis comparativo con los estudios realizados en los diferentes contextos europeos y finalmente se elabora un producto narrativo que permite facilitar la diseminación de los resultados.

- Muestreo intencionado (*Purposive sampling*). De este tipo de muestreo depende el diseño emergente a diferencia del diseño a priori, y la decisión sobre cuándo terminar el muestreo viene dada por la redundancia en la información obtenida.

En este estudio se realiza el muestreo teórico dirigido por los datos.

- Rastro para la auditoria (Audit trail). El *audit trail* (75) deriva en la “*dependability*” y *confirmabilidad* ya que permite a un auditor determinar la validez (*trustworthiness*) del estudio. Es importante mantener informes adecuados del proceso del estudio. Para Lincoln y Guba hay 6 categorías de materiales para mantener el rastro para la auditoria: datos crudos, productos de análisis y deducciones, productos de reconstrucción y síntesis de datos, notas del proceso del estudio, materiales relacionados con las intenciones y disposiciones e información relacionada con cualquier instrumento desarrollado.

En este caso se ha mantenido un registro de los datos y los memos que se han elaborado en el proceso de la investigación.

IV. Resultados y Discusión

Como es frecuente en los estudios de investigación cualitativa, se presentan de una forma conjunta los resultados y su discusión, ya que así fueron elaborados y responden a la forma concreta de llevar a cabo este tipo de investigación.

Para la realización de este estudio se concertaron 19 entrevistas, de los cuáles dos informantes no quisieron colaborar. Por tanto, los resultados que se presentan se basan en los datos obtenidos de 17 informantes.

La distribución de los informantes es la siguiente: *(En el apartado de método se representa con detalle las características de los participantes Tabla 2)*

- Según el sexo, son 13 mujeres y 4 hombres
- El rango de edad es de 35 a 85 años
- Según la zona de residencia, 7 viven en zonas rurales y 10 en zonas más urbanas

Con la primera fase del análisis de las transcripciones según el método de “open coding”, se obtuvo 223 códigos de las 1287 citas textuales seleccionadas.

La codificación inicial y el análisis de los códigos y familias se hicieron en inglés para facilitar el trabajo del grupo internacional TUPP sobre este tema. En el Anexo I se puede observar la frecuencia de aparición del código, sin embargo, eso no es tan importante, lo que tiene verdadero valor es la relación de informantes que hablan de una misma idea y cuales hablan de ideas diferentes o contrarias. Esta tabla permite estudiar las posibles contradicciones aparentes que pueden aparecer en un mismo informante, aunque en muchas ocasiones no son tales, sino reacciones contrarias según la etapa de evolución de la enfermedad de la que están hablando en ese momento. Por ejemplo, si se centra la atención en el código de autonomía SI y autonomía NO se

puede comprobar que los informantes P2, P12, P14, P20 y P22 hacen referencia a ambos conceptos, lo que podría parecer contradictorio. Sin embargo, es necesario analizar el texto para ver si hablan de épocas diferentes o matices diferentes de la autonomía en el manejo de los fármacos.

El siguiente paso en el proceso de análisis ha sido agrupar los códigos en categorías o familias. (Anexo II)

Las categorías son un grupo de códigos que están relacionados entre sí por referirse a un mismo concepto o tema. Por tanto, son un concepto más amplio de agrupación de códigos que permite ver en conjunto los datos sobre un tema y poder iniciar el primer nivel de interpretación.

De esta manera todos los códigos se incluyen en al menos una categoría, aunque en muchas ocasiones se relaciona un mismo código con varias categorías.

Del análisis de las entrevistas y los códigos emergieron doce categorías, a partir de las cuales se realizó el proceso de interpretación. El primer nivel consta de un análisis de resultados obtenidos sobre cada tema y el peso específico de lo que en este caso perciben los informantes sobre el uso de antidepresivos y ansiolíticos, intentando, en la medida de lo posible, diferenciar el uso de los antidepresivos del de los ansiolíticos, aunque, en muchas ocasiones, son sinónimos para los informantes, por lo que este proceso de diferenciación no siempre ha sido posible.

Mediante este proceso es posible transferir de lo específico a lo general. En esta fase del análisis es posible identificar las categorías con mayor peso específico:

- los síntomas de la enfermedad,
- la incomprensión de los síntomas, especialmente por parte de los propios informantes,
- la limitación en la vida que producen,
- la peregrinación en la búsqueda de ayuda,
- la relación con el médico,
- los beneficios del fármaco con el consiguiente cambio de vida,

- los efectos secundarios de los fármacos,
- la necesidad del uso,
- el tabú que rodea el consumo,
- la influencia del entorno sociofamiliar,
- los desencadenantes de la enfermedad,
- y la falta de información que existe respecto al tema.

Esta etapa de análisis tiene como finalidad interrelacionar los diferentes temas entre sí y a la vez con cada informante y sus características y contextos para obtener explicaciones de los resultados.

Para ello se elaboró una tabla que ofreciera una visión general de los datos (Anexo I), valorando las categorías creadas de nuevo sobre cada informante. De esta manera se objetivan una serie de situaciones que se repiten entre los informantes y los matices y variaciones de cada uno. El resultado de este nivel de análisis ha sido la identificación y valoración de las diferentes etapas y fases que se suceden en los informantes desde el inicio de la enfermedad hasta el momento actual.

El primer nivel de análisis ha resultado en la percepción de los informantes acerca de la historia natural o evolución de su enfermedad, desde la aparición de los primeros síntomas (inexplicables), hasta el momento del diagnóstico y uso de medicamentos e, incluso, sobre las perspectivas de cara al futuro.

Esta hipótesis se ha trasladado a cada caso en particular, para confirmarla o por el contrario para descubrir matices diferenciales entre los informantes y poder valorar las posibles causas de esas diferencias según ellos las perciben y verbalizan.

El segundo nivel de análisis es el de la elaboración de una teoría sobre el proceso psicosocial básico del fenómeno estudiado. Para ello es necesario realizar un proceso inductivo de interpretación de los resultados que permite explicar mediante una hipótesis dicho fenómeno. En este caso, el fenómeno predominante identificado en el primer nivel de análisis es el proceso de lucha que sufre el paciente

cuando se encuentra ante el dilema del consumo de psicofármacos como son los ansiolíticos y antidepresivos estudiados. A este proceso se le ha denominado “Luchando interna y externamente”.

El siguiente nivel de análisis se basa en la aplicación del método de Noblit & Hare denominado metaetnografía, que permite la comparación de los resultados de los estudios realizados por el equipo europeo. Este nivel de análisis permite identificar las diferencias y similitudes más relevantes entre diferentes contextos.

Por último, y aplicando métodos de investigación basados en el arte, se elaboró un “cuento” que permitiría ampliar la diseminación de los resultados de este proyecto.

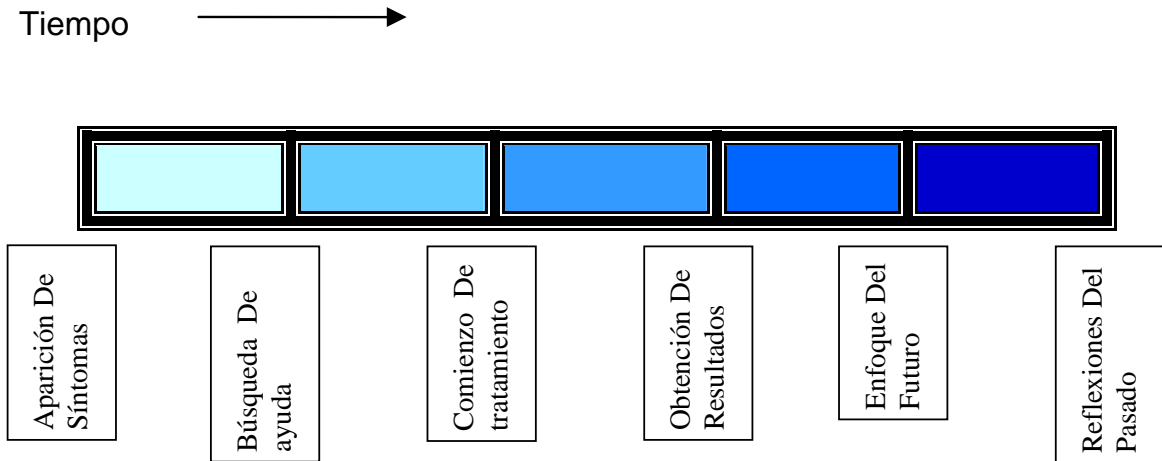
IV.1. Primer nivel de análisis. *Trayectoria de consumo*

La trayectoria se inicia desde que aparecen una serie de síntomas que afectan al paciente y a su entorno, provocando cambios importantes en su vida cotidiana. En un momento dado se comienza a buscar ayuda para resolver esos síntomas y se llega a “alguien o algo” que ofrece esa ayuda. En estos casos se inicia un tratamiento farmacológico a base de ansiolíticos y/o antidepresivos obteniendo con ello una serie de resultados beneficiosos pero también aparecen efectos perjudiciales y riesgos relacionados con el tratamiento. Finalmente, se tienen que tomar decisiones sobre qué hacer con el tratamiento. Además se intenta reflexionar sobre porqué se inició la enfermedad y qué se podría haber hecho para evitarla o al menos para mejorar la situación.

En el momento de las entrevistas, nos encontramos con personas que ya han obtenido unos resultados del tratamiento pero que comienzan su narración mucho antes. Todos en el momento de la entrevista están consumiendo o han consumido antidepresivos y/o ansiolíticos pero al preguntar sobre su experiencia con los fármacos comienzan su narración desde el inicio de la enfermedad y también se hace referencia a la visión del futuro.

En el siguiente esquema se representan las fases de la trayectoria basado en los hechos acontecidos a lo largo de la vida de los informantes. Lo que varía entre unos informantes y otros es el tiempo en años que transcurre de una fase a otra, que depende de diferentes factores y circunstancias que se analizarán. Por tanto, se trata de un viaje en el tiempo de la vida de personas que han sufrido o sufren aún ansiedad y/o depresión y han acudido a tratamiento farmacológico para ello.

EVOLUCIÓN “NATURAL” DEL USO. Trayectoria de vida.



(Para permitir una mejor lectura de los resultados se exponen las referencias textuales de los participantes de forma ilustrativa como notas al pie de página)

IV.1.1. Aparición de síntomas

La mayoría de los informantes inician su relato con la explicación sobre los aspectos más relevantes sobre cómo comenzaron a aparecer los síntomas.

En cierto momento de la vida de los informantes aparecen una serie de síntomas, generalmente incomprensibles para ellos, y que provocan varios tipos de limitaciones.

La historia de los informantes comienza con la aparición de síntomas físicos y/o emocionales que describen de diferentes maneras según su vivencia personal.

Hablan de síntomas típicos de ansiedad y crisis de ansiedad² con sensación de muerte inminente, además de los de tristeza y desgana³ y

2 P9: 2.1.6(393:397): “lo primero que piensas es que te va a dar un infarto, porque cuando te está dando todo eso lo primero que piensas es que te vas a morir, me va a dar un infarto, tengo algo en el corazón, es lo primero que piensas”

en algún caso agorafobia y otras fobias^{4 5}. También se menciona el vértigo y mareo, vómitos, dolores de cabeza, taquicardia y temblores, sofocos y dificultad para respirar, problemas de sueño, llanto, falta de ganas de hacer el trabajo diario, limitación de la vida social, incluso de ensimismarse.

El problema inicial más comúnmente referenciado es la incompreensión de dichos síntomas, tanto los físicos^{6 7} como los emocionales⁸. Los síntomas físicos, precisamente por ser físicos, resultan difícilmente atribuibles por los informantes a una situación emocional que sea capaz de desencadenarlos. Y los emocionales, por el hecho de no haber un motivo suficientemente claro al que puedan objetivamente atribuírselos como causantes, resultan también incomprensibles o insuficientemente justificados.

Esos síntomas, sobre todo los físicos, y en especial, los de ansiedad, se confunden fácilmente con otros diagnósticos, como por ejemplo problemas cardiológicos o neurológicos, por lo que el cardiólogo y el neurólogo⁹ son los especialistas por los que en muchos casos pasan previamente estos pacientes antes de acudir al psiquiatra o incluso al médico general. Se trata de buscar una explicación orgánica para sensaciones físicas.

3 P10: 1.1.5(16:19): *"me notaba mal y siempre mal, ni ganas de hacer de comer, iba a caminar y el cuerpo decaído, mmm, la vista como nublada, ganas de llorar, ganas de estar sola, ganas de acostarme"*

4 P9: 2.1.6(138:140): *"le cogía fobia, ahora mismo a la Plaza España yo no te voy sola, soy incapaz de ir sola"*

5 P14: 3.1.7,435:437): *"grandes superficies me ha pasado como que me ahogo y me dan las taquicardias eso y tengo un terror a ir"*

6 P14: 3.1.7(351:357): *"¿Cómo puede ser todo de la depresión, si yo me siento mal físicamente, y Don P, el pobre me há hecho pruebas, me manda aquí, me manda allí y me dice que no, que es todo de la depresión, eso, sí, sí, sí, sí...que es de ahí, y que si yo no estoy bien de ahí pues nada."*

7 P21: 3.1.8. (16:20): *"Me cogí una depresión y yo me encapriché que era otra cosa, no que era un depresión realmente, me decían son los nervios, yo decía no, porque a mí lo que me daba era como vértigo, se me movían las cosas y yo no podía caminar, entonces me pusieron un tratamiento, eh."*

8 P9: 2.1.6 (699:702): *"yo digo que ¿porqué soy egoísta?, yo misma, lo que te decía antes, me ponía a llorar, yo decía Dios mío, si las chiquillas están bien de salud, estudiando..."*

9 P22: 1.1.13. (169:171): *"me mandaron a hacer un scanner...que el problema mío era de la cabeza...hicieron un scanner y no encontraron nada, yo no lo traje aquí"*

Cuando se trata de síntomas predominantemente depresivos es aún más complejo porque muchas veces no se puede “justificar” ¹⁰, ya que, con frecuencia no son capaces de objetivar un desencadenante o motivo.

El hecho de que los síntomas de depresión y ansiedad no suelen ir aparejados de signos objetivos o patognomónicos es una característica diferencial con el resto de enfermedades. Este hecho tiene consecuencias importantes en el reconocimiento del desarrollo de la enfermedad y del tratamiento, además de ser uno de los motivos por los que se dificulta la interrelación social y la aceptación de la enfermedad por el entorno. Esto se debe a que no pueden justificar ante los demás su sensación de enfermedad, lo que les hace sentirse personas diferentes ¹¹ y sólo comprendidas por otras que hayan sufrido lo mismo ¹². Esta puede ser una de las bases del desarrollo del “tabú” relacionado con la enfermedad.

También aparece alguna referencia sobre la similitud con otras enfermedades ¹³ pero son escasas. Aunque el paciente se considera un enfermo como cualquier otro, confirman que el entorno que les rodea no lo hace y eso no les ayuda, ya que tienen la sensación de que no es lo mismo que tener una enfermedad física, sino que se considera como algo diferente, e incluso de “menor importancia” ¹⁴, contribuyendo al aislamiento social y el tabú que rodea la situación.

10 P1: 1.1.1 (309:321): “Te preguntan ¿qué te pasa?, y ¿qué te duele?, no sé, no es una enfermedad que te sube unas décimas de fiebre, si te suben décimas de fiebre diría, ah “pues tiene fiebre, vamos a darle una aspirina y vamos a dejarla tranquila”, ¿comprendes? , “pero tiene nervios, ah, esta lo que está es maniática, lo que está loca, manía, manías es lo que tiene”, ¿entiendes?, o sea, debería ser una enfermedad con fiebre, por ejemplo, o que se te hinchara un ojo, o algo así...

E: sí, y sino, no se considera una enfermedad.

P: exacto, como no tienes síntomas exteriores, externos, pues no, piensan que estás maniática, y que tienes caprichitos.”

11 P12: 2.1.19 (546:551): “Que esto es un misterio. Esto es un misterio, que no se sabe por qué... eh... eh... las personas, unas tienen una personalidad y otros otro, por qué tú eres moreno y otros son rubios. En fin... que todo me parece un misterio.”

12 P10: 1.1.5 (787:790): “porque veo a otras que están también como yo, no sé, si no igual que yo, más o menos, y se ponen a hablar conmigo y yo con ellas, entonces estas personas sí nos entendemos”

13 P15: 2.1.12. (333:336): “tengo este problema como el que puede ser alcohólico o el que tenga problemas deee que tenga que hacerse una diálisis, pues yo tengo este problema, lo... lo acepto”

14 P20: 3.0.10.(43:47): “Sí, una depresión parece que no. Y dicen que no, que no tiene importancia... pero una depresión. No tiene nada. No tiene nada, pero es que... claro”

Todo esto es lo que dificulta en ocasiones hallar una “causa de la enfermedad” y realizar un diagnóstico precoz.

Estos síntomas incomprendidos van a mantenerse así un tiempo, incluso años, hasta que se deciden a buscar ayuda. A veces, el problema está en que como no se comprende no se sabe dónde acudir ni qué hacer. Hay sobre todo miedo, que es una sensación que se repite con frecuencia y tiene un alto peso específico.

El miedo es una constante en los informantes, es un miedo que paraliza y que repercute en sus vidas ^{15 16} perpetuándose en el tiempo. Puede ser un miedo que aparece repentinamente a modo de fobia o agorafobia y que no existía previamente, esto va a condicionar conductas de evitación que se añaden a la lista de limitaciones en la vida, sobre todo, del día a día.

En ocasiones ese miedo provoca sentimientos de culpabilidad ¹⁷ y cobardía ¹⁸. Esto producirá limitaciones a la hora de tomar decisiones sobre la vida, provoca sensación de debilidad y falta de autoestima.

Todos estos síntomas a los que se refieren los informantes son muy incapacitantes, provocando limitaciones importantes y actitudes de evitación ^{19 20}.

15 P18: 2.0.11. (40:49): “Miedo a... pues no sé...a meterte en un ascensor, a coger el avión cuando yo he estado viajando pues...mucho no, pero he estado...incluso he cruzado el Atlántico varias veces ¿ no?...he estado en Canadá, Nueva York, en fin he volado...en Europa tal...Alemania...Checoslovaquia...y vamos...o sea...un ascensor...o...ya digo...ir a meter la tarjeta y de repente ponerme todo nervioso...diciendo...“pero bueno...y ahora esta tarjeta, y tal....” no sé...sonar el teléfono y empezar ya ahora a preocuparme”

16 P14: 3.1.7 (241:245): “después de la depresión he cogido tal miedo tal miedo tal miedo, que no quiero separarme por nada del mundo, porque me da la impresión de que él es mi seguridad de que lo necesito y que sin él no soy nada de que....”

17 P14: 3.1.7 (131:133): “era yo la problemática, entonces la niña no se sentía bien en casa, no sé, no lo sé, pero yo pienso que es mi culpa”

18 P21: 3.1.8. (143:150): “Yo no tengo miedo a trabajar ni tengo miedo a pegar pa’lante en la vida...Soy muy miedosa ...incluso para salir sola tengo mucho miedo...Pero lo que de verdad a mí me acongoja...me acoquina es eso...la enfermedad el yo verme impotente ante eso...tu ver que tu quieres hacer cosas, que tú quieres hacer algo y que no puedes ya...que estas limitada...y también tengo un prolapso mitral para eso no tengo tratamiento ninguno sino irlo observando....”

19 P14: 3.1.7(424:434): “empecé la semana pasada, a ver si empiezo a ir, pero no soy constante en nada, no, no

E: ¿y por qué no va?

P: porque me levanto por la mañana me duele todo, me siento mal, me da por llorar, es que cuando me da por llorar me pego días y días llorando, me meto en los rincones a llorar y punto, y eso es lo que

En realidad, la fuerza que tienen estos síntomas limita la vida habitual de una manera drástica impidiendo la realización de tareas comunes que se realizaban previamente con consecuencias negativas sobre sí mismos, el trabajo ²¹, la relación con la familia ²² y el entorno ²³, provocando, con cierta frecuencia, sensación de soledad ²⁴ y ensimismamiento ²⁵.

Estos síntomas incomprensibles, sobre todo debido a la limitación que producen, van a llevar al paciente a iniciar un proceso de búsqueda de ayuda. ¿Qué hacer? ¿Dónde ir?

IV.1.2. Búsqueda de ayuda

¿Qué hacer? ¿A dónde ir? Estas son las preguntas que se plantean los informantes en esta etapa.

hago, no me gusta salir tampoco de compras ni de nada, por que eso se me ponen los pelos de punta de pensarlo"

20 P14: 3.1.7 (438:441): *"he cogido miedo a conducir, no quiero el coche, que va, que va, no cojo el coche por nada, siempre "llevame, por favor", prefiero coger un taxi, o..."*

21 P15: 2.1.12. (351:355): *"cuando llegas al tope de bajas que se considera que esta enfermedad puede... pues te dicen "mire a usted. ya le damos el alta", me dieron el alta y yo, yo no podía ir a trabajar"*

22 P20: 3.0.10. (566:576): *"Que no... no... no quería ver a nadie... no hacía más que dormir, dormir... Me levantaba de la cama y estaba bien. Podía caminar y todo. Pero, ¡pum!, al tresillo otra vez a... allí a... sí que... como si lo demás... como si... si no me importara nada de... de lo que hubiera... de lo que pasaba... sí, sí... Y ahora mismo empiezo a recordar y digo, bue... y ¿eso qué es?"*

23 P10: 1.1.5 (318:321): *"me daba como miedo, me daba como miedo y me decía "venga arréglate vamos a ir a la fiesta un ratito o dónde fuera" y "Ay yo no tengo ganas, yo no voy, yo no voy". Pues iba pero después cuando eso, mira una agonía."*

24 P21: 3.1.8.(670:685): *"y sola...la soledad... la soledad es lo más que me aterra... aparte del miedo a las enfermedades la soledad es lo más que me aterra y pensar que cada vez voy a estar peor....que cada vez voy a estar peor..que cada vez voy a estar más sola..porque es así..la sociedad cuando tu ya no das, no funcionas, no estás alegre, no estas divertida...no tal...la sociedad te da de lado..porque sí ..porque la gente lo que quiere es jolgorio, divertirse....yo esperaba mucho de los testigos de Jehová...yo esperaba en ellos que fueran diferentes...como predicán tanto tanto amor...tu esperas de ellos que te iban a dar eso....y a la vez tú a ellos también dentro de tus posibilidades... pero no es así, desde que entras dentro todo eso se acabó, todo es hipocresía..y entonces esperabas tanto y te llevastes una desilusión tan grande"*

25 P12: 2.1.19 (360:366): *"Soy...Soy una persona con una gran capacidad para hacer...eh... relaciones personales. Ni me siento aislada ni estoy aislada. Ni nada, ni nada. Aunque sí reconozco que cuando... eh... he estado depresiva sí que a veces me he sentido así. ¿Eh? Sí que a veces me he sentido así"*

Esta situación de los informantes en la que aparecen síntomas incomprensibles provocando una importante limitación en las actividades diarias, va a iniciar un proceso de búsqueda de diagnóstico, de tratamiento y de información. Las dificultades más importantes son: los médicos no les dan respuestas claras²⁶ o que no saben dónde buscar la ayuda²⁷.

En algunos casos pasan años intentando conseguir una solución, acuden a múltiples médicos, tanto generales como diferentes especialistas, psicólogos, y psiquiatras²⁸.

A algunos se les realiza incluso pruebas complementarias buscando un diagnóstico²⁹.

En alguna ocasión acuden en contra de su voluntad y arrastrados por la familia³⁰, aunque mayoritariamente por necesidad de volver a la “normalidad”³¹.

La normalidad es la situación previa a la de la aparición de los síntomas³², es fundamentalmente la desaparición de esa normalidad que presentan y que les hace ser diferente a los demás.

En algunos casos, los pacientes se sienten desafortunados porque creen que si se les hubiera diagnosticado y tratado antes todo hubiera ido mejor³³.

26 P7:1.1.4(368:372): “pero ninguno me ha dicho mira, tú tienes esto, yo quisiera saber... yo sé que de algo viene, que viene de atrás, pero yo quisiera que alguien me dijera mira tú tienes esto, tienes que llevar esto de esta forma esta y esta, no tú tienes algo, mira estas pastillas”

27 P21:3.1.8.(715:717): “no yo nada...lo que el médico me dice y nada más, porque no sé pa donde caminar, ni sé pa donde ir...ni sabes donde buscar nada...,o sea, preguntas que es lo que tengo”

28 P9:2.1.6 (230:232): “me costó bastante, fue un año y pico con psiquiatras, psicólogos, porque ya me trabé total ,de hecho estoy trabada todavía.”

29 P22:1.1.13. (169:171): “me mandaron a hacer un scanner...”que el problema mío era de la cabeza...” me hicieron un scanner y no encontraron nada, yo no lo traje aquí”

30 P10:1.1.5 (36:40): “en tal sitio me dijeron que había un médico bueno, bueno allá vamos, en tal sitio dijeron hay un médico que dicen que es tan bueno pa esto porque fue a lo mejor la vecina o porque fue la otra, y mira así me lo pegué un buen poco tiempo.”

31 P18:2.0.11.(438:440): “yo le que si digo es que es un problema...y que es difícil...porque eso de llegar de ser una persona normal..tal...con vitalidad...”

32 P9:2.1.6 (357:365): “sigo manteniendo mi vida , lo único que no hago, es lo que me falta que quiero hacerlo, es romper, salir de mi esquina, como digo yo, de la esquina que parece que hay un muro ahí, salir yo sola, yo sola, coger una guagua, irme a la Plaza de España....verme tiendas... lo que yo hacía antes, porque yo pienso que ya yo no voy a volver a ser la misma de antes, no, no, he luchado un montón, montón, montón, he llorado pero nadie sabe lo que he llorado yo sola, y de rabia y.... ah, bastante, pero bastante, bastante”

En otros casos se consigue el resultado de la búsqueda de manera casi inmediata³⁴ lo cual repercute positivamente en el desarrollo de su enfermedad y tratamiento ya que es un diagnóstico más precoz y produce ahorro de años de sufrimiento.

Este hecho parece que depende en gran medida de su médico de cabecera, que suele ser el primero al que se acude por este problema según los informantes³⁵. Aunque como se mencionó anteriormente, también acuden a otros especialistas como el cardiólogo o el neurólogo y hay muy pocas referencias sobre plantearse acudir desde el inicio al psiquiatra. Por ello el médico de cabecera según refieren juega un papel muy importante.

A este peregrinaje por los diferentes profesionales es lo que en este estudio se ha bautizado con el término anglosajón “*doctor shopping*”, ya que describe perfectamente esa situación por la que pasan la mayoría de los informantes durante su fase de búsqueda de ayuda.

Durante el proceso de búsqueda de ayuda se establece una relación con el médico que puede ser valorada de diferentes maneras por los pacientes. Su rol puede variar, pero lo que parece claro es que la relación con el médico es un factor importante en la evolución de la enfermedad.

Una vez que el paciente se encuentra con un médico con el que entabla una buena relación es cuando empiezan a surgir cambios como se verá más adelante.

33 P9:2.1.6(123:125): “si en aquel entonces me hubiera mandado cualquier cosa o...de hecho me hubiera mandado a un psicólogo y yo no me hubiera trabado como me trabé”

34 P12:2.1.19(14:22): “Sí. Bueno... Yo... yo empecé con la depresión hace aproximadamente...los primeros indicios de depresión eh... fueron hace siete u ocho años. Estuve en tratamiento farmacológico y en tratamiento psiquiátrico. Es decir se me... el médico de cabecera...eh... me sugirió la visita a... a... al psiquiatra. Y así se hizo. Estuve visitando la consulta del psiquiatra... y tomando los medicamentos apropiados.”

35 P18:2.0.11.(27:38): “de repente empezó...mm...vamos..empezó hace 9 meses o así..me encontraba con una presión en el pecho un nerviosismo..una excitación, un miedo..un temor...a todo sea era una cosa.....y eso cada día fue a más..más..más...me preocupaba por cualquier cosa que era anemia...que no tenía vamos que....con mis hijas a veces...me enfadaba..me...con la gente...no sé trabajando en la....aquí en donde yo trabajo...en la C de la C (se ha obviado el nombre del lugar de trabajo)..pos cualquier cosa me molestaba..me.....hasta que ya tomé la decisión de ir al medico...de contárselo a Doña M ..la Dra. C...y empezar poco a poco.”

Inicialmente se acude al médico de cabecera³⁶. Dependiendo de la relación médico-paciente que se establece se continúa con él³⁷, o bien, se cambia a otro o se busca solución en otra parte. Por tanto, esa relación inicial es un factor decisivo para que aparezca o no el “*doctor shopping*”.

Habitualmente transcurren varios años en localizar un médico “adecuado”, que puede ser un médico de cabecera o un psiquiatra. Ocasionalmente, algunos informantes consiguen el “médico adecuado” al primer intento de búsqueda de ayuda.

El mayor problema con el psiquiatra es el tabú que ronda sobre esa especialidad³⁸ lo que en ocasiones hace que se prefiera prescindir de él. Esto complica aún más las cosas.

Otro problema importante es la falta de tiempo y las listas de espera^{39 40} tanto para el médico de cabecera como para ser atendido por el psiquiatra.

36 P16:2.1.18.(971:978): “yo a las demás personas que tengan una depre, con mi experiencia, lo único que le diría es que... que busquen ayuda lo primero pero... si puede ser desde que se lo noten mejor, para que no... se haga muy fuerte ¿no? porque yo estuve 4 meses soportando eso y no sabía lo que era, entonces bueno, entonces lo primero que cuando se noten un poco raro que acudan a un médico”

37 P12:2.1.19 (85:94): “En estos cuatro años a los dos años y medio Dña. M, mi médico de cabecera... que yo no he ido a la psiquiatría en todo el tiempo. ¿Eh? No, no, eh... no lo he necesitado. Yo no he visitado la consulta del psiquiatra en todo el tiempo.

E: solamente el médico de cabecera.

I: Nada más. Exclusivamente. Exclusivamente”

38 P22: 1.1.13.(264:265): “antes decirle a uno que tienes que ir al psiquiatra....o eso...ya todo el mundo miraba que si estabas loca.”

39 P21:3.1.8.(229:236): “el ratito que hablas con ella el tiempo que te pasas esperando en los despachos de los médicos..y eso...a todos los despachos que vas te pasa lo mismo..eso si esta tan mal tan mal tan mal...porque a ti te dan una hora pues uno sabe que a la hora en punto no puede ser, no puede ser...pero hombre que tu esperes media horita...o 20 minutos..o mas o menos...pero siempre..nunca voy a ningún sitio que yo espere menos de una hora , hora y media..dos horas...”

40 P22: 1.1.13.(127:144): “yo veía que se preocupara o sea, a mi me lo parecía, porque una persona que tiene cita a una hora, iba de aquí para allá, llama a sus amistades a entrar, yo estaba allí, tenía para las 12 y media, para las 11 y media salimos de una consulta del hospital para mi marido, seguimos para T (se ha obviado nombre del lugar)...y ya llevo un montón de años, está la psicóloga, la asistente social...“eh, que son los del psiquiatra”, “ah, yo, pero yo no tengo cita”, pero chica jovencita, sale y mira “pasen”, media hora dentro con la chica...cuando viene la otra dice que tampoco tenía cita, cuando la ve pasa en el mismo momento, que dice, lo que tu estas oyendo, o sea que yo tengo que pedir cita un mes antes y estas porque son sus amistades entran..oye esta bien que pase una, pero dos...de eso nada, dice “quédense ustedes que yo me voy...”y me marché...pero no creo que fuera yo sola la que tuviera el problema con este señor....porque de buenas a primeras.....y la doctora L me mandó: “pero ¿porque

Los pacientes requieren de los médicos una serie de características como son dedicación e interés, y más aún cuando ellos no perciben su enfermedad como depresión o ansiedad, así como por el uso de “fármacos tabú”, y los efectos secundarios y riesgos que conllevan.

El médico (tanto de cabecera como el especialista) juega una serie de funciones, por un lado los propios y tradicionalmente caracterizados como médico-científicos:

-**Sanador**⁴¹. Se refieren al médico como aquel que les cura la enfermedad, es la persona que resuelve el problema por el que se acude.

-**Prescriptor**⁴². El médico es al que se acude para la prescripción de un medicamento.

-**Informador**⁴³. El médico es aquél al que se acude para recibir información.

Y por otro lado, traslado de funciones que antes eran realizadas por otros miembros de la comunidad o por la familia como son:

-**Intermediario**⁴⁴. El médico también puede tener la función de intermediario entre el paciente y otros miembros de su

no vas?", "porque yo no estoy loca,", "pero mira....", "que no voy...si usted me quiere mandar algo pa los dolores me lo manda y si no..."

41P20:3.0.10.(48:53): "entonces yo estuve en manos de... del médico... Don A. Estuve yo 2 ó 3 años tratándome con él. Y me... me sacó adelante. Sí señor. Me sacó adelante..."

42 P7:1.1.4 (87:90): "venía todos los días aquí al médico, todos los días, la verdad es que se han portado de maravilla conmigo, todos los días me cambiaban de tratamiento"

43 P10:1.1.5 (176:178): "el psiquiatra ya me lo explicó "tú tienes que estar hasta la próxima vez que vengas", era muy buenísimo."

44 P1: 1.1.1(116:148): "Ah sí, mi marido por supuesto también al principio le costaba mucho hasta que yo empecé a ir al Dr. F, y no sé, encontré a una persona que me entendió y me empezó a tratar y entonces habló con él, y después habló con él delante de mí y le dijo que, bueno él me obligaba "tienes que coger más el coche pues tienes que coger , tienes que no se qué ", mmm, yo tenía agorafobia, que no podía salir de mi casa, no me podía montar en una guagua sola, me daba miedo coger el coche, me daba miedo..., me mareaba si iba por ahí por por ..., los síntomas que dan la enfermedad

E: sí

P: entonces el me obligaba, me obligaba porque pensaba que así lo estaba haciendo bien ¿no?, pero claro si él me obligaba, yo pues me sentía fatal. Íbamos en el coche y él, "venga lleva el coche tú", y yo siempre poniéndole disculpas "es que estoy mareada", "otra vez estas mareada", y no se qué y no se cuanto, y así, y mal, y cuando ya F habló con él pues, como que él lo vió claro, le dijo "no la obligues porque si ella te dice que está mareada es que está mareada, y si se siente mal es que se está mal"

E: usted sabe cómo está...

entorno, puede explicar a los demás la situación del paciente y cómo ayudarlo.

-**Escuchante**⁴⁵. Se puede acudir al médico para hablar de otros temas como son los problemas en el trabajo, con la familia, etc., y aunque no sean estrictamente médicos influyen en la salud y bienestar del paciente.

Estas cinco funciones que los informantes relacionan con el médico son las que valoran positivamente y facilitan una relación positiva con el médico.

La falta de cumplimiento de estas funciones son las que pueden conllevar a una relación negativa con el médico y contribuye al “*doctor shopping*”. Esto implica una pérdida considerable de años y un mayor tiempo de sufrimiento para el paciente.

Esta consideración negativa parece que viene dada por la falta de información ofrecida por el médico⁴⁶, si no se explica bien la enfermedad, el tratamiento que requiere, la posibilidad de efectos secundarios, la duración del tratamiento, las posibles causas de la enfermedad y, en ocasiones, si no se informa al entorno del paciente se contribuye a la mala evolución de la enfermedad y al incumplimiento terapéutico lo que lleva, en ocasiones, al “*drug shopping*”. Del mismo modo en que se ha utilizado el término anglosajón de “*doctor shopping*”, utilizamos el de “*drug shopping*” para referirnos a la búsqueda del fármaco ideal que permita beneficios suficientes para su consumo.

Otro aspecto identificado es el de miedo al médico⁴⁷ que puede contribuir a una mala relación. El miedo al médico viene dado porque

P: no la obligues que ya poco a poco ya verás, bueno, de hecho, así ha sido, luego volví a coger el coche y todo eso otra vez, pero con comprensión, no con ¡vengal! ¡tienes que hacerlo porque....! Bueno, él pensaba que así era lo..., que se me iba a quitar el miedo ¿no?

45 P16:2.1.18.(1095:1099): “que comente lo que le pasa, yo creo que eso es bastante importante, porque ya si sacas todo para fuera, ya es un camino bastante recorrido, la mitad de... del tratamiento yo creo que también se basa en eso.”

46 P7: 1.1.4(368:372): “pero ninguno me ha dicho mira, tú tienes esto, yo quisiera saber.... yo sé que de algo viene, que viene de atrás, pero yo quisiera que alguien me dijera mira tú tienes esto, tienes que llevar esto de esta forma esta y esta, no tú tienes algo, mira estas pastillas.”

47 P1:1.1.1(51:61): “incluso con los mismos médicos, yo a veces me pongo a hablar con ellos y te dicen ¿cuánto tiempo lleva?...ya tu te quedas.... es lógico que te pregunten eso.

E: por que ¿Vd lleva mucho tiempo?

es el médico quién puede modificar el tratamiento o suspenderlo, y si no existe libertad para hablar y preguntar, así como una relación de confianza entre el médico y el paciente, se dificulta dicha relación, que repercute en la evolución de la enfermedad.

No todos los informantes sienten la necesidad de acudir al médico cuando se presentan los síntomas, sino que existe un amplio abanico de posicionamientos. Que abarca desde que se considera que debe ser el primero al que hay que acudir ante un problema⁴⁸ hasta la situación extrema de no necesitarlos sino de ser autónomo, con lo que se puede llegar a considerar como innecesario.^{49 50}

Los informantes también hacen referencia sobre las diferencias entre la medicina pública y la privada. Fundamentalmente las listas de espera y la falta de tiempo en el sistema público⁵¹ que repercute en la atención percibida. Por otro lado, el desembolso económico⁵² que supone la privada hace que su uso sea limitado.

Hay informantes que prefieren la medicina pública porque, en su experiencia no han encontrado diferencias con la privada^{53 54}.

P: Si mucho, y entonces ya te trabas ahí, y ti dices, ya este me las va a quitar... o ya me va a cambiar el tratamiento, yo ahora me encuentro bien y siento pavor cada vez que me dicen de un cambio de tratamiento porque siempre me va a más."

48 P16:2.1.18.(971:978): "yo a las demás personas que tengan una depre, con mi experiencia, lo única que le diría es que..., que busquen ayuda lo primero pero... si puede ser desde que se lo noten mejor, para que no... se haga muy fuerte ¿no? porque yo estuve 4 meses soportando eso y no sabía lo que era, entonces bueno, entonces lo primero que cuando se noten un poco raro que acudan a un médico"

49 P3:1.1.3 (69:70): "Yo estoy bien yo soy mi médico"

50 P7:1.1.4 (60:63): "entonces prácticamente yo me entiendo más que los mismos médicos, yo entonces sé si Trankimazin me hace bien o me hace mal, porque yo me lo tomo y me encuentro mejor."

51 P21:3.1.8.(724:729): "mi problema también dice que es psicossomático, entonces yo claro, necesitaría eso, un tratamiento psicossomático que claro, no te lo van a dar en una consulta de la seguridad social.....porque eso necesita mucho tiempo, y vamos, ellos no disponen de ese tiempo, y como yo cuanta gente y cuanta gente habrá...porque yo veces hablo con personas"

52 P16:2.1.18(424:428): "claro me gasté dinero también, bastante, aparte de... de que vamos que yo no fui a un psiquiatra, la doctora de cabecera fue la que me llevó el tratamiento y al psicólogo si le pagaba porque era particular."

53 P7: 1.1.4 (183:184): "y mira yo creo que todos me dicen por un estilo y para que estoy gastando dinero."

54 P7:1.1.4 (175:178): "mi marido lo que me dice es que vaya al médico pago, mis hijos me dicen lo mismo, que vaya al médico pago, qué le voy a decir al médico pago, cuando los médicos estos mismos me han tratado muy bien"

Una vez que coinciden con un médico que inicia el tratamiento farmacológico con ansiolíticos o antidepresivos comienza el siguiente planteamiento ¿Tengo que tomarme estas pastillas?

IV.1.3. Comienzo del tratamiento

¿Tengo que tomarme estas pastillas?

Una vez encontrada la ayuda, que para estos informantes va a ser un médico, se inicia un tratamiento básicamente farmacológico; aunque en ocasiones se puede asociar con la visita a otros especialistas y terapias no farmacológicas coadyuvantes.

Existe un amplio mercado en la “psicofarmacopea” con lo que como ocurre con otros muchos tratamientos hay que recurrir al sistema de “prueba hasta que aciertes”, esto se ve reflejado en los informantes como la historia de uso de ansiolíticos y antidepresivos de diferente índole hasta obtener la respuesta deseada en cada paciente. Tal y como se ha mencionado anteriormente, a este peregrinaje farmacológico es a lo que se denomina en este estudio con el término anglosajón “drug shopping”.^{55 56 57}

Las características de los propios fármacos van a potenciar el “drug shopping”, ya que el retraso normal en aparecer los efectos beneficiosos con el uso de antidepresivos y apreciar una mejoría clínica hace que sean retirados precozmente por el propio paciente sintiendo que no le están haciendo efecto.⁵⁸ Si se informa previamente al paciente de que es normal el retraso en la aparición de efectos beneficiosos se obtiene una mejora en el cumplimiento y

55 P10:1.1.5(98:99): “han sido tantas que si te las voy a nombrar no me acuerdo”

56 P19:3.0.9(55:59): “me mandó a un... al psiquiatra, Dr. A, me mandó el... después de muchos tratamientos y de mirar cuál me venía bien...me mandó el Anafranil 75”

57 P22:1.1.13(157:160): “me mandaba me quitaba, me mandaba me quitaba, ¿sabes? Hasta él...encontrarme no, que yo me encontrara relajada, no porque lo mío era llegar y se me bajaban las lagrimas...o por cualquier cosita...o por nada entonces claro...”

58 P2:1.0.2(332:336): “estuve una semana que decía “bah! esto no me hace nada”, y me dijo “T a partir de los 15 días es cuando realmente va a hacer efecto, y efectivamente, a partir de cuando fueron pasando los días empecé a notar la diferencia total”

expectativas.⁵⁹ La información completa sobre el fármaco y sus características, aparece en este contexto como esencial.

Al problema de comprensión y aceptación de la enfermedad, la dificultad de establecimiento del diagnóstico, o el retraso en el inicio del tratamiento se añade un nuevo punto de conflicto que consiste en comenzar un tratamiento que provoca una lucha tanto interna como externa. En algunos casos el hecho de tener que admitir un diagnóstico con el que, a veces, ni siquiera están de acuerdo, sobre todo cuando no tienen la información suficiente que necesitan⁶⁰ supone una lucha interna consigo mismo. Por otro lado, sienten que tienen que enfrentarse al resto del mundo que parece rechazar este tratamiento psico-farmacológico⁶¹, lo que implica una lucha externa con la familia y la sociedad. El concepto que habitualmente existe en el entorno de los informantes hacia este tipo de enfermedad y medicamentos parece que son predominantemente negativos. A ello se añade la visión negativa que existe asociada a la figura del psiquiatra. Todo ello establece un continuo conflicto interno y externo con el que tienen que convivir los pacientes. Los informantes perciben el apoyo del entorno como un factor beneficioso y necesario. Solicitan un apoyo por el entorno pero que no sea algo que les empuje sino que camine con ellos, por lo que les es más fácil cuando hablan con personas que han pasado por lo mismo.

Con esta lucha interna y externa surgen problemas sobre ¿Cómo manejo el uso del fármaco? ¿Qué mecanismos se establecen para justificar el uso?

Cada uno lo hace de diferente manera. Básicamente se ha podido identificar en las entrevistas diferentes estrategias de uso: asumir la situación (1), resignarse (2), ocultarlo (3), apoyarse en el

59 P10:1.1.5 (168:171): *“Pero no estaba sino unos días, a lo mejor me tomaba, a lo mejor estaba un par de días y “Ay esta no me van” ya era como una que... claro que si tampoco te pones un poco tiempo de decir “no pues tienes que estar con este”*”

60 P1:1.1.1(13:17): *“tengo una lucha conmigo misma porque, por ejemplo, yo no quiero estar enferma, yo no quiero estar tomando fármacos, soy la primera que no quiere y hasta que yo no me convencí de que esto tenía que ser así me costó muchísimo”*

61 P1:1.1.1(40:44): *“Pero ahí están los síntomas, que yo siento y que, bueno, que me tomo las pastillas y punto, y ellos no lo entienden, y es una lucha con la sociedad, y conmigo misma. Yo pienso que eso no es más grave a veces que la propia enfermedad, aunque la enfermedad es muy mala.”*

criterio del médico para justificarse (4), modificar la dosificación (5), tenerlo como un “seguro” (6) o simplemente verlo con “normalidad” (7).

1. La estrategia de **asumir la situación** facilita el proceso⁶². Tener información suficiente y objetivar beneficios con el tratamiento son factores que influyen en la asimilación⁶³. Conocer la enfermedad y asumir que es algo crónico ⁶⁴ ⁶⁵ es una manera de manejar el consumo. También lo aceptan mejor el entorno cuando observan cambios y mejoría de la actitud del paciente. En ocasiones el haber intentado dejar el tratamiento y ver que empeoran los síntomas potencia la visión del fármaco como beneficioso aceptándose y asimilando su consumo⁶⁶. Estos informantes sienten que es algo que necesitan y eso es suficiente justificación para usarlos ⁶⁷ ⁶⁸.

62 P1:1.1.1 (13:17): “tengo una lucha conmigo misma porque, por ejemplo, yo no quiero estar enferma, yo no quiero estar tomando fármacos, soy la primera que no quiere y hasta que yo no me convencí de que esto tenía que ser así me costó muchísimo”

63 P12:2.1.19 (773:776): “Si tengo que tomarlo, lo tomo, porque yo obviamente lo que quiero es estar bien. No estar mal”

64 P10:1.1.5 (532:534): “dejarla del todo (hace gesto negativo con la cabeza), no he podido, no he podido porque, ya te digo, tantos años siempre he tenido que tener tratamiento.”

65 P12:2.1.19 (151:161): “Y, bueno, Dña. M pues un poco me dice que... que... que me haga a la idea, y no tengo ningún inconveniente hacerme a la idea porque yo lo que quiero es estar bien, que esa dosis, pues como una persona que tiene una enfermedad crónica, una úlcera... que tiene que tomar una pastillita diaria, pues casi que yo voy a tener toda la vida que tomarme, esa pastillita diaria. Y, bueno, esa es en general la...el planteamiento de mi...de mi enfermedad. La evolución a grandes rasgos.”

66 P12:2.1.19 (307:312): “Saben que cuando he dejado el Seroxat, me han rebajado...me he puesto fatal. Ellos... (refiriéndose a sus padres) ellos mismos ven la diferencia. Ven que estoy cariñosa, normal, contenta y ven cuando... Han visto cuando no lo he estado”

67 P7:1.1.4 (245:248): “no es que yo tenga todas las cosas solucionadas, es que yo noto que las necesito, si yo no me las tomo yo me pongo así temblando que da miedo oye y no sé, creo que no saco nada con eso, no, con no tomármelas y verme mal”

68 P14:3.1.7 (469:476): “ahora mismo yo con el tratamiento yo sé que lo necesito, pero yo puedo decir ¿por qué no me encuentro bien? Entonces a veces pienso: pues yo me lo quito, por que me está haciendo algo, no me está haciendo, sí, algo me estará haciendo porque si veo que lo necesito es que algo me estará haciendo, pero es que no sé qué pensar del tratamiento”

2. En otros casos lo que hacen es **resignarse**. Se llega a admitir la enfermedad y que se debe tomar un tratamiento, incluso aunque no lo quiera hacer realmente ^{69 70}.

3. Otra estrategia consiste en **ocultarlo** a los demás para evitar juicios de valor. Esto es una consecuencia del tabú que rodea el tema de la depresión y los antidepresivos. A veces lo hacen para disminuir el conflicto externo aunque con ello pueden aumentar el conflicto interno^{71 72}.

4. También parece útil si se **traslada al médico** la responsabilidad de tener que consumir el fármaco. Se sienten justificados, y normalmente el entorno también lo admite mejor^{73 74}. Es como si hubiera que “obedecer” al médico y por eso se toma el tratamiento. Ayuda el pensar que lo que hacen es seguir la indicación de otra persona que tiene un mayor conocimiento del tema.

5. Estrategias como la de **modificar la dosis** parece que ayuda al consumo porque piensan que al tomar menos se tienen menos riesgos lo cual da más tranquilidad ^{75 76}. Incluso llegan a abrir las cápsulas y

69 P1:1.1.1(535:538): “no se acaba de salir, y eso es lo malo, para mí, no se sale del todo, porque yo estoy ahí todavía tomando las pastillas, lo llevo con más resignación, o con menos, o tengo días mejores y peores pero no”

70 P10:1.1.5 (151:154): “con el otro yo me encontraba mejor pero de todas formas cuando me mandaron este pues no me importó, porque hasta yo decía “Ay Dios mío” porque tantas me habían cambiado”

71 P1: 1.1.1 (342:345): “la sociedad no está mentalizada, que, que no eres comprendida, que tal de todas todas, que es una enfermedad que como no sé, como una lepra, que a veces hay que ocultar.”

72 P17:4.1.15.(212:214): “Nunca le digo que es pa' la depresión ni nada. Sino que pa' no me mareo.”

73 P10:1.1.5 (286:287): “Ma si el médico te las manda es que las necesitas” (refiriéndose a lo que el hijo le dice a la informante)

74 P15:2.1.12.(679:683): “Ahora si a mi me dice el médico mire que si Vd. no se toma esto y sigue así, vamos es que va a perder la cabeza, pues bueno, me resignaría a tomar la medicación”

75 P10:1.1.5 (520:526): “yo pensaba, bah!, y si yo ahora cojo y en vez de tomarme la pastilla, lo hacía yo pero pa' mi sola, si yo ahora cojo la pastilla, la abro, mira quitaba un poquito de lo que tiene dentro, lo hacía yo, tiraba un poco pa'l fregadero, malamente, luego la cerraba y me la volvía a tomar, por buscar yo misma la aquella de a lo mejor en vez de tomarme la así ya en vez de más menos.”

retirar una pequeña cantidad de fármaco, o bien, cambiar la pauta establecida por su médico a su propio criterio.

6. Otra forma de manejar el uso es considerar que es suficiente con mantener el acceso al fármaco, aunque no se consuma, o sea, saber que se tiene acceso libre al fármaco en el momento necesario es suficiente para mejorar. Esto ayuda a combatir ese miedo como síntoma principal que aparece con frecuencia y sólo “llevarlo encima” puede ser suficiente para estar bien, y el no llevarlo puede implicar el desencadenante de la aparición de los síntomas de nuevo ^{77 78}. Esto se relaciona habitualmente con los ansiolíticos. Por tanto se mantiene como un “seguro”.

7. Hay algunos casos, aunque pocos, en los que hay escaso conflicto interno o externo existiendo una visión de **normalidad** del fármaco. En estos casos el fármaco se considera como algo positivo ⁷⁹ y al igual que otras circunstancias o enfermedades que necesitan de un tratamiento, ésta enfermedad también requiere de un tratamiento farmacológico⁸⁰.

En cuanto al uso de otras terapias hay referencias sobre todo de la terapia de grupo, al trabajo como apoyo y a las técnicas de relajación. Se trata de situaciones complementarias al tratamiento farmacológico pero no como sustituto. El hecho de ir al psicólogo y/o acudir a terapias de grupo donde uno puede hablar con personas que ellos

76 P17:4.1.15.(556:568): “Y no sé hasta cuando iré con la medicación esa porque.... El otro día... el otro día yo pensado... Digo, “Dios mío pero tengo que controlarme”. Porque tengo que ser... dime, así. A ver si la dejo, un día sí, un día no. Bueno, porque de eso hace quince días. Me lo tomé un día sí, un día no.”

77 P10:1.1.5 (569:573): “si voy a salir, digo yo, si tengo que salir a las doce vamos a poner, o a las once, según donde vaya, y mi pastillita en la cartera, enrolladita en una servilleta, o en donde quiera.. aquí no porque me la tomé antes de salir y aquí no, pero, la llevo...”

78 P15:2.1.12. (632:637): “hay veces yo antes tenía que salir con las...las pastillas en el bolso a todas... a todas partes, eso ha sido otra cosa que se me ha ido de la cabeza, o sea, yo ya antes pensaba, antes de salir de mi casa... puff! a ver, las pastillas del armario tun,tun,tun las pastillas al bolso”

79 P2: 1.0.2 (466:466): “el prozac es bueno...”

80 P15:2.1.12. (674:676): “si... otras personas tienen que tomar otras cosas, pues bueno me las tomo, pero es que no”

consideran similares a ellos mismos, ayuda a algunos de nuestros informantes ^{81 82}.

Aprender una técnica de relajación o de autocontrol ^{83 84}; o usar hierbas “naturales” ⁸⁵ u otras “técnicas de curación” ⁸⁶ son otras maneras de tratar la enfermedad de manera complementaria.

El tema del trabajo generalmente se ve como algo positivo siempre y cuando no haya sido la causa de la depresión, el hecho de estar ocupado y sentirse útil es una ayuda ^{87 88 89}, aunque para alguno

81 P1: 1.1.1 (183:221): “Y entonces empecé ya aquí en el centro de salud de Tacoronte, hicieron un grupo de personas que estábamos más o menos todos igual.

E: ¿ terapia de grupo?

P: terapia de grupo, exacto, esa es la palabra, y ahí fue donde yo empecé a sentirme mejor, fíjate, porque yo la primera vez que fui a la terapia de grupo, todo el mundo empezó a decir los síntomas y las cosas y yo me sentía identificada con toda aquella gente.

E: ¿ como comprendida....?

P: entonces yo pensé: ¡pues hombre, no soy un bicho raro! Porque yo me sentía un bicho raro, y decía hombre si a toda esta gente le pasa pues mira, yo que sé, egoístamente yo me sentía bien, porque digo, caramba, yo me sentía como que era una persona que a nadie le pasaba lo que a mí me pasaba, que yo era muy rara, que yo era tal y cual, y bueno, aquella gente hablaba hablaba hablaba y todo lo que les pasaba a ellos, casi todo, no todo, pero casi todo lo había pasado yo también...

E: lo entendía mejor...

P: sí, entonces lo comprendía, y entonces ahí fue un poco cuando ya yo vi la luz, digo porque, caramba yo no soy tan eso, tan ...

E: que hay más gente igual, que no es ninguna cosa rara

P: sí, entonces me enseñaron a relajarme, hablábamos, me fue muy bien; sobre todo mujeres hay muchas, pues hablábamos entre nosotras ya, veíamos que aquello... y ahí fue cuando yo empecé a entender la mi enfermedad, y ahí fue cuando yo dije bueno ni hablar, esto es una enfermedad igual que otra cualquiera, y no tengo porque avergonzarme porque es que sientes vergüenza.”

82 P15: 2.1.12.(443:449): “puees las terapias de aprender a relajarte, terapia de grupo que hicimos, que fue fantástico, eso fue maravilloso, yo creo que lo mejor de todo, porque hablar con la psicóloga durante muchos meses fue estupendo ¿no?”

83 P9: 2.1.6 (462:463): “digo “no me pasa nada, no me pasa nada” y no me pasó nada, y ya al siguiente fin de semana nos fuimos a la playa”

84 P15: 2.1.12 (316:317): “me enseñó a relajarme y empezó a tirar del hilo”

85 P10: 1.1.5 (133:137): “sí hay momentos que me encuentro veces media mala, si cojo disgustos o algo, a lo mejor me noto media aquella, me acuesto un ratito, me hago una tacita de agua salvia”

86 P16: 2.1.18 (242:242): “curso de reiki”

(250:251): “ayuda a curar el dolor, o sea a través de la imposición de manos.”

(272:274): “Sí, y luego hay un segundo nivel que puedes ayudar incluso a través de la lejanía a las personas.”

87 P12: 2.1.19(694:700): “El trabajo es la esencia, es tu manera de... de hacerte... de sentirte realizado. Si... si te dejas de sentir realizado pues, lo contrario: No te sientes realizado. Obviamente, luego te deprimes es que es... para mí es la esencia y para cualquier otra persona.”

dejar el trabajo sea la liberación⁹⁰. Lo importante y lo que habitualmente se les ha recomendado es mantenerse ocupado y parece que eso da resultado ^{91 92}.

¿Qué tal me va con el tratamiento?

IV.1.4. Obtención de resultados

Una vez iniciado el tratamiento con ansiolíticos y/o antidepresivos, y a pesar de los problemas relacionados con el comienzo del tratamiento entre conflictos y luchas, se empiezan a obtener resultados y efectos del tratamiento. En unas ocasiones es beneficioso y en otras no, llegando incluso al extremo de suponer riesgos del tipo físicos (por ejemplo, aparición de efectos secundarios) a psíquicos o emocionales (por ejemplo, el tabú que supone su uso desde el punto de vista social.). Los beneficios superan los riesgos en la mayoría de los casos.

1. BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL TRATAMIENTO.-

Los beneficios percibidos por los informantes son variables y se describen a continuación. En cada caso puede aparecer más de uno. Todos, excepto una informante, consideran que le aporta beneficios en una u otra medida, a pesar de que muchos de ellos son reacios al

88 P14: 3.1.7(269:271): "Gracias a eso, gracias a eso en Tacoronte, guardería MN, uy! Gracias a eso, si no no sé dónde estaría"

89 P17: 4.1.15(513:515): "Ahora quisiera, por ejemplo, irme a trabajar. Y digo a lo mejor... trabajando me entretengo más"

90 P15: 2.1.12 (409:415): "E: Y después de dejar el trabajo ¿cómo se sentía? ¿mejor?"

I: Ah! Me sentía muy bien, me sentía libre, empecé a salir, empecé a..., claro yo es que he estado, estuvo como ocho años sin tener tiempo para mí"

91 P15: 2.1.12(701:705): "yo me busqué muchas cosas para distraerme, cursos de...por correspondencia, ir a ...a cosas de manualidades, que son muy buenas, desde luego, son muy relajantes"

92 P18: 2.0.11(106:111): "pero gracias a Dios ...se fue arreglando... se fue...no sé...con los medicamentos...y sobre todo el apoyo del psicólogo...la auto...esto de relajación...esto ha sido..... otra cosa que hacia era ir a caminar, por ejemplo, a las Teresitas o a ver el mar...a caminar...esto me lo decía la psicólogo ¿no?"

tratamiento y como ya se describe en etapas anteriores supone la aparición de conflictos internos y externos. El caso excepcional se trata de una mujer de 84 años que no solicitó el tratamiento sino que le fue “impuesto” por su hijo médico, con lo que se trata de un caso muy diferente al resto que habían solicitado ellos mismos la ayuda.

BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL TRATAMIENTO

1. Cambios positivos de vida
2. Vida normal y NORMALIDAD versus Enfermedad
3. Realizar actividades concretas
4. Seguridad
5. *Pharmacotopia*
6. Curación de la enfermedad
7. *Panacea*
8. Solución
9. Mejoría parcial
10. Alivio de síntomas
11. Obtener atención y beneficio secundarios

Cambios positivos de vida.- Tal y como se mencionó anteriormente (primera etapa) la aparición de síntomas supone, además de la incompreensión, una serie de LIMITACIONES en la vida, incluso para realizar tareas simples y cotidianas, siendo esto casi una constante en los informantes aunque en grados diferentes. Por ello cuando se habla del inicio de los efectos del tratamiento, generalmente relacionado con los antidepresivos, aparece como uno de los beneficios principales por los cambios generales que permiten evadir las limitaciones producidas por los efectos de la enfermedad lo que repercute en cambios en la vida diaria ^{93 94 95}. Puede ser debido a un cambio en la visión general de la

93 P9:2.1.6 (444:448): “el tratamiento yo pienso que me va bien, lo único pienso que no he puesto yo lo poco que tengo que poner de mi parte, que bastante hago ya para lo que no hacía nada, los fines de semana, que no hacía nada, porque hasta le cogí miedo a la playa”

94 P10:1.1.5 (312:314): “ya me hallo mejor, y si me apetece de ir pues voy, pero cuando eso pues no me apetecía nada, nada, ni ir veces a la venta sola, como miedo..”

95 P22:1.1.13.(340:347): “bueno...si me encuentro como estoy ahora no me importaría seguir con él...porque me encuentro bien, estoy relajada hago las cosas de mi casa lo que antes no hacía, antes

vida, lo que permite y ayuda a esos cambios en la cotidianidad y la superación de las limitaciones que aparecían debidas a la enfermedad ⁹⁶ ⁹⁷ ⁹⁸. También influye la desaparición de síntomas que provocan dichas limitaciones⁹⁹. En ocasiones el cambio de visión de vida y la capacidad de superar las limitaciones ayuda a obtener la fuerza interna suficiente para solucionar los problemas. Esto es posible para algunas personas que consiguen identificar la causa de la enfermedad, ya que, como se expondrá más adelante, la causa principal objetivada por los informantes de la aparición de la enfermedad se encuentra en factores desencadenantes externos susceptibles en muchas ocasiones de solucionarse¹⁰⁰. Aparece como el camino para conseguir una posible “curación”. Los cambios de vida y del propio enfoque de la vida afecta

empezaba uno lo dejaba a medias y empezaba con otro...ahora no...la verdad que.....de momento si sigo como estoy pues estupendo... si me lo quitan...me lo tienen que quitar ahora...y la cosa me va mal...pues tampoco voy a preocuparme porque sé que me lo tienen que quitar, para hacerme lo que tienen que hacer..¿no?”

96 P12:2.1.19(539:545): “Sin embargo, ahora no quiero morirme. ¿Eh? No... yo no quiero morirme. Yo estoy bien. Ahora mismo no quiero morirme, no. La vida me parece atractiva. Me está empezando aparecer atractiva. Sé que es dura pero he empezado a ver que esa dureza entre comillas de la vida es el atractivo que tiene.”

97 P15:2.1.12.(507:509): “ya no me angustio, o sea ahora hasta me río de las cosas que me pasan”

98 P19:3.0.9.(595:601): “ahora me duele pero lo asimilo. ¿No? [Chasquido] Ya por lo menos puedo verlo. ¿No? Aunque me siguen doliendo las barbaridades que pasan en el mundo. ¿No? Lo... lo crueles que somos las personas. ¿No? Pero bueno, ya lo asimilo como todas las personas deben asimilarlo.”

99 P15:2.1.12 (105:107): “los mmm síntomas desaparecieron, oye yo, oye de maravilla, estaba más feliz que en mi vida.”

100 P19: 3.0.9 (46:59): “Sí, sí... del trabajo. De estando de encargado tuve problemas familiares porque [chasquido] porque me presionaban mucho y entonces me... no... no busqué un apoyo en mi mujer, en los niños... para no preocuparla y no meterla en esto ¿no?. [Respira] Y entonces al sufrir yo me veían sufrir y claro, mi mujer sufría también, ¿no?. Y ella porque me veía sin saber lo que estaba pasando realmente. Al cesarme pues fue por mi mujer la que me dijo de venir al médico, vinimos al médico, me mandó a un... al psiquiatra, Dr. A, me mandó el... después de muchos tratamientos y de mirar cuál me venía bien....me mandó el Anafranil 75...”

(122:133): “que el mejor que me iba era el Anafranil ¿No? [Respira] Y bueno, la verdad es que con el Anafranil no he tenido... muy bien, muy bien, muy... seguro. Ahora soy una persona distinta. Soy una persona diferente, seguro de mí mismo. Sé... sé ahora mismo lo que quiero en todo momento. Me va bien en la empresa... aunque estoy en otro puesto [Chasquido] Y siempre tengo esa cosilla de... ¿no? De lo injusto que fue el quitarme porque lo consideré una injusticia ¿no? Pero bueno... por eso mismo fue por lo que caí en la depresión. ¿No?”

también a la relación con los demás y les saca de su ensimismamiento repercutiendo positivamente en la evolución de la enfermedad¹⁰¹.

Vida normal y NORMALIDAD versus Enfermedad.- Para algunos informantes el concepto de vida normal es lo que marca la diferencia con las personas que no tienen síntomas depresivos. Se trata de una visión general de la vida. Además se convierte en la meta a alcanzar de una manera u otra, es una palabra casi mágica “ser Normal”, ya que con los síntomas y las limitaciones hace que se consideren “diferentes” que no es lo mismo que “anormales”¹⁰². El beneficio de la medicación puede ser en algunos casos alcanzar lo que consideran como la “normalidad” de sí mismos y de su vida ^{103 104}. Para los informantes el concepto de “normal” es estar como antes de que aparecieran los síntomas, es poder hacer cosas cotidianas. Parece que también el entorno familiar puede apreciar esa “normalidad” recuperada por el paciente ejerciendo un efecto positivo¹⁰⁵.

Realizar actividades concretas.- De una manera más específica el uso de fármacos también ofrece la posibilidad de realizar actividades concretas que de otro modo no serían posibles; este tipo de utilización se relaciona sobre todo con los ansiolíticos. Son fármacos usados en ocasiones porque su beneficio a corto plazo permite determinadas

101 P2: 1.0.2 (235:237): “he notado bastante diferencia, estar encerrado a dejarme salir a la calle, ya yo sé que he cambiado bastante.

(336:337): “empecé a notar la diferencia total, bueno yo y mi familia, mi padre, mi madre en general”.

102 P12: 2.1.19 (233:245): “yo ahora no estoy... no estoy depresiva. Estoy normal. Yo estoy bien.

E: o sea, tomando el seroxat..

I: Sí, estoy bien. Yo sé lo que es estar bien porque no lo estuve en su día. Y sé muy bien lo que es estar bien. Lo que es estar en crisis tal. En crisis menos tal. Yo eso lo...lo tengo perfectamente analizado porque lo he vivido todo.”

103 P19: 3.0.9.(326:329): “Y ahora pues sí. La verdad es que... me gusta salir, me gusta vivir, ir al cine. eh... no sé... todo. Todo lo que normalmente hace una persona que es feliz. ¿No?”

104 P20: 3.0.10.(593:598): “Yo ahora vivo estupendamente bien. Claro. Yo tengo mi apetito. Como.. como normal... bastante... así. No tengo nada, ningún problema.”

105 P12: 2.1.19(307:312): “Saben que cuando he dejado el Seroxat, me han rebajado...me he puesto fatal. Ellos (refiriéndose a sus padres)... ellos mismos ven la diferencia. Ven que estoy cariñosa, normal, contenta y ven cuando...Han visto cuando no lo he estado.”

actividades que anteriormente estaban limitadas por los síntomas de enfermedad, sobre todo los síntomas físicos de ansiedad ^{106 107}.

Por tanto, el fármaco se convierte en la llave que permite realizar tareas concretas, y se utilizan en el momento concreto de realizar la tarea porque sino sería imposible de llevarla a cabo.

Seguridad.- En ocasiones para hacer algunas actividades no es necesario tomar el fármaco sino que es suficiente llevarlo encima. Es tal la relación con el fármaco que les es suficiente el saber que tienen acceso “material ó físico” para seguir adelante, tenerlo en el bolso o en la mesilla de noche o cualquier sitio a su alcance. Además sólo por el hecho de que no sean accesibles puede desencadenar los síntomas ^{108 109}. Volvemos a la dicotomía MIEDO-SEGURIDAD que rodea a los informantes en todo momento. El fármaco ofrece la sensación de seguridad frente a la de miedo experimentada en la primera etapa.

“Pharmacotopia”.- En ocasiones se ha hablado de los fármacos antidepresivos como “pastillas de la felicidad” y preocupa el abuso que parece que se realiza en casos no indicados o situaciones anímicas en las que no sería necesario acudir a los fármacos pero que por la propaganda que se ha hecho de ellos y el hecho de que los nuevos parecen tener mayor seguridad, se utilizan en exceso. Esto se ha bautizado en algunos sectores de la psicología como “pharmacotopia”

106 P10:1.1.5 (234:237): “Yo, a veces, voy a salir, y si voy tal que al hospital, tú sabes que ir al hospital pues por lo menos si uno está así pues siempre afecta de que si vas..., yo me tomo la media pastillita y me voy tranquila.”

107 P21:3.1.8.(513:521): “digo es que si no voy a trabajar no como...y cuantas veces me tomo una pastillita para poder ir a trabajar...y cuantas veces he ido a trabajar y me arrimo a los sitios para poder estar ...limpiaba unas oficinas... limpiaba unas oficinas y que ahora ya este mes las voy a dejar...porque ya es que ya no puedo...limpiando los cristales...o sea limpiando los cristales ..las visitas y eso...y haciéndolo ¿sabes como? arrimada así por miedo a caerme de los vértigos y de lo mareada y de lo mal que me siento....digo y sin embargo voy...pero luego llego rendida mareada a mi casa”

108 P 7:1.1.4(283:288): “yo quisiera quitarme todas esas cosas entiendes, pero noto que mi cuerpo las necesita, y si el día que no me las tomo, me da miedo, a lo mejor una noche la pongo sobre la mesilla y pongo un vaso de agua pa los nervios ¿no? Y a lo mejor me dejo dormir y por la mañana me veo la pastilla ahí.”

109 P15:2.1.12.(632:637): “hay veces yo antes tenía que salir con las... las pastillas en el bolso a todas... a todas partes, eso ha sido otra cosa que se me ha ido de la cabeza, o sea, yo ya antes pensaba, antes de salir de mi casa... puf! a ver, las pastillas del armario tun,tun,tun las pastillas al bolso”

Pharmacotopia: A future world in which there will be a chemical or pharmaceutical product not only to treat each disease but also to counteract each inconvenient symptom of life. (<http://www.encyclo.co.uk/define/pharmacotopia>) (46)

Entre los informantes se ha podido identificar posibles situaciones de “pharmacotopia”. El uso de los antidepresivos viene dado por el beneficio que ofrecen para poder soportar la vida tal y como es, sin tener que hacer cambios por los motivos que sean. Como se explicó anteriormente para algunos informantes el tomar el tratamiento les había dado fuerzas para solucionar los posibles problemas externos causantes de la enfermedad y eso era lo que en realidad permitía la curación. En otros casos se produce el fenómeno de *pharmacotopia* con lo que el tratamiento permite soportar la situación que experimentan, pero no se deciden a solucionar los verdaderos problemas causantes del trastorno del estado de ánimo, aunque hayan sido capaces de identificarlos¹¹⁰. El beneficio que ofrece el fármaco es como el de vivir en otra dimensión pudiendo ignorar la realidad¹¹¹. Parece que lo que ocurre es que el antidepresivo es capaz de crear una especie de “gafas de color de rosa” que permite ver los acontecimientos de una manera diferente a como se veían aunque sean los mismos ^{112 113 114}. En cierta medida también los ansiolíticos pueden

110 1.1.14 (30:35): “sabe que depende de sus pastillas para seguir adelante, dice que sin ellas no es capaz de afrontar los problemas con su marido, de hacerlo todo sola, si un día deja de tomárselo no es capaz de salir a trabajar, y sabe que depende de sus pastillas, pero no quiere dejarlas, al menos de momento...”

111 P14: 3.1.7 (748:756): “Si yo lo voy a soportar de todas maneras, yo no me voy a separar, no, entonces solo tengo sufrimiento con lo que me cuentan, sé que es verdad, que no es ningún rollo, pero no lo quiero saber, entonces a esa gente yo le he dado de lado, y le he dicho no quiero saber nada, separate de mí y no me cuentes nada porque no quiero saberlo, prefiero no saberlo, porque eso me ha hecho mucho daño...”

112 1.1.1 (65:71): “yo me encuentro perfectamente, yo puedo decir que no sé si se trata también un poco del prozac, o no sé, me imagino que será todo en general pero me ha ido muy bien con el prozac, y no sé, veo la vida de otra forma, mucho más optimista, y eso sí que estaba fatal, fatal, fatal,..... y ahora lo tengo que usar incluso para tomar fuerzas para enfrentarme con.....”

113 2.1.19(572:573): “Seroxat, Que me ha ayudado a ver las cosas de otra manera.”

114 P2: 1.0.2 (397:400): “quizás lo que ha hecho el prozac es hacerme despertar, o sea, borrar y hacer cuentas nuevas, porque eso era todos los días, si no era por una cosa era por otra, la observación, que si esa preocupación... que estaba encerrado en mí”

tener un uso similar, como es soportar situaciones difíciles con fármacos en vez de asumirlos o utilizar otras técnicas de autocontrol¹¹⁵.

El concepto del uso de los medicamentos para sobrellevar la vida cotidiana ya ha sido referido por varios autores en los años 70 (18;76).

Curación de la enfermedad.- También hay quien llega al máximo beneficio del fármaco que sería obtener la curación^{116 117}. En realidad esto supone que se trata de un fármaco casi perfecto. Los que lo ven así son informantes que han encontrado un gran cambio en su vida con respecto al estado anterior y lo atribuyen casi en su totalidad a los efectos del fármaco, son personas en las que el paso de una fase a otra ha sido relativamente rápido en comparación con otros informantes, y con buena relación con su entorno y apoyo familiar.

“Panacea”.- Para otros sí que puede ser la perfección, se hacen referencias que en ocasiones pueden parecer exageradamente positivas^{118 119 120 121 122} y están también relacionadas con el cambio que ha

115 P10: 1.1.5(234:237): “Yo, a veces, voy a salir, y si voy tal que al hospital, tú sabes que ir al hospital pues por lo menos si uno está así pues siempre afecta de que si vas..., yo me tomo la media pastillita y me voy tranquila.”

116 P19: 3.0.9.(157:161): “Sin problema. ¿No? Ya le digo que estoy totalmente recuperado. Totalmente animado. Totalmente ... llevo una vida muy buena, muy normal, salgo más con mi mujer. Estoy muy bien con ella, con mis hijos”

117 P20: 3.0.10.(90:97): “Sí. Ya. Yo to... Yo ya llevo mucho tiempo tomándomela. Y me dijo: “No la deje”. Aunque ya.. ya no ve mucho con tanta frecuencia. Y entonces yo ahí me curé. Me pasaron por tribunal. Me die... porque no podía subir al trabajo.”

118 P 1: 1.1.1 (327:328): “yo no tengo nada más que decir, que “Santo Prozac””

119 P 2: 1.0.2(176:182): “P: no hacía nada, me tomaba pastillas, pero pastillas Tranxilium, Tranxilium era lo que me mandaban.

E: ahora ¿cómo lleva el tratamiento?

P: eso es una maravilla.”

120 P12: 2.1.19 (179:186): “Yo me siento mejor. Ahora... nunca he estado mejor en mi vida, que...ahora (sonríe). Estoy fantástica... todos los aspectos.”

121 P15: 2.1.12.(99:107): “Tropargal (espacio largo sin hablar) Tropargal en una dosis que para él era mínima porque no sé, no sé cuántas se pueden tomar al día, o sea, el desayuno, almuerzo y cena (traga saliva) Aquello fue como una varita mágica porque al cabo de como 4 semanas o así los mmm síntomas desaparecieron, oye yo, oye de maravilla, estaba más feliz que en mi vida”

122 P19: 3.0.9.(298:307): “La verdad es que no tengo ningún problema... y si tuviera que volver a tomar el Sero..., el Anafranil lo tomaría sin...sin dudarlo.

E: Sin dudarlo.

supuesto es sus vidas el tratamiento, pero no tiene que ver con que las aprueben sus familiares sino con los grandes beneficios que les ha aportado a cada uno de ellos. Se llega incluso a recomendar su uso a otras personas¹²³.

Solución.- Hay informantes que no hablan de curación porque no lo identifican de esa forma pero sí ven el fármaco como la solución a la situación que viven¹²⁴.

Mejoría parcial.- En ocasiones los beneficios son parciales ^{125 126}, se produce una mejoría que satisface a los pacientes pero que no es completa. Esta mejoría es suficiente para seguir tomando la medicación a pesar de la existencia de conflictos con el consumo de psicofármacos ¹²⁷.

Alivio de síntomas.- Otro beneficio, es que al menos sirven para aliviar los síntomas aunque no se solucione del todo el problema, esto es ofrecido tanto por los antidepresivos como por los ansiolíticos ^{128 129 130}.

I: Sí, sí, sí... Sin dudarlo. Porque es muy... muy bueno. Muy bueno para mí es más... me ha salvado la vida... como se suele decir ¿no?"

123 P2: 1.0.2(470:471): "yo creo que hasta a mi querida esposa le vamos a tener que mandar el prozac"

124 P1:1.1.1(21:23): "hasta que yo no me convencí de que los fármacos iban a ser, de momento mi solución no empecé a tomar yo conciencia de lo que era la enfermedad"

125 P17: 4.1.15.(81:82): "No. Pues hay días que me siento mejor, hay días que...siento mucha ansiedad..."

126 P21: 3.1.8.(787:792): "los nervios con este tratamiento, ya te digo con el tepavil y el frankimazin, estoy un poquito sujeta, estoy mal los ratos que tengo de desespero, pero, algo me han ayudado, si no estuviera tomando estaría peor, porque yo estaba peor cuando lo empecé a tomar y cuando ya llevaba un poquito de tiempo tomándolo yo empecé a sentirme un poquito mejor"

127 P21: 3.1.8.(114:124): "después estaba muy angustiada..muy desesperada..yo, ya no podía estar de ninguna manera, cuando don J me mandó el Tepavil, con el Tepavil si me ha ayudado...el tepavil a mi me ha ayudado....no te voy a decir que es mano de santo...porque tengo muchos vértigos..tengo mareos...pero yo me despertaba y la angustia...no me podía estar quieta de ninguna manera..y aunque a veces la tengo...y los vértigos a caerme y tal...y me ha ayudado bastante...el tepavil yo noto que me ha ayudado, mira que yo soy un poco negativa y desconfiada de las cosas y....y pienso que nada.... nada no tengo fe en que este medicamento te vaya a curar, pero reconozco que sí...que estoy mejor con él..."

128 P 1:1.1.1 (40:41): "Pero ahí están los síntomas que yo siento y que, bueno, que me tomo las pastillas y punto"

Obtener atención y beneficio secundarios.- Es muy frecuente que la condición de “enfermo”, sea cual sea se acompañe de un beneficio secundario por el cual el entorno del paciente habitualmente presta más atención al enfermo. El problema de la depresión y la ansiedad es que como en muchas ocasiones no es palpable en signos físicos puede ser visto por el entorno como menos importante¹³¹. Sin embargo, el hecho de tener que ir al médico y tener tratamiento para ello justifica mejor que la persona está enferma por lo que el beneficio del tratamiento puede ser conseguir un beneficio secundario con el apoyo de diferentes personas del entorno o mejoras en las condiciones sociolaborales por ese instinto de protección que existe en una gran mayoría de personas por las personas enfermas.

Se puede conseguir la atención de la pareja, si es el hombre el enfermo puede conseguir cuidados de su pareja ¹³² e incluso es la pareja quien acude con él al médico¹³³, o es quien se ocupa de confirmar la administración del fármaco ^{134 135}. Si es la mujer la paciente encuentra

129 P 7:1.1.4(245:248): “no es que yo tenga todas las cosas solucionadas, es que yo noto que las necesito, si yo no me las tomo yo me pongo así temblando que da miedo oye y no sé, creo que no saco nada con eso, no, con no tomármelas y verme mal”

130 P20:3.0.10.(360:365): “Porque no me gusta abusar de los medicamentos. ¿Eh? Hoy me encuentro yo un poquito alterado por la... oye... que yo tengo ganas de descansar y no... no... sino que quiero...Entonces me tomo media. Tomo Transi...”

131 P1: 1.1.1(309:321): “te preguntan, qué te pasa , y qué te duele, no sé, no es una enfermedad que te sube unas décimas de fiebre, si te suben décimas de fiebre diría , ah pues tiene fiebre , vamos a darle una aspirina y vamos a dejarla tranquila, comprendes?, pero tiene nervios, ah, esta lo que está es maniática, lo que está loca, manía, manías es lo que tiene, entiendes, o sea, debería ser una enfermedad con fiebre por ejemplo, o que se te hinchara un ojo, o algo así...”

E: sí, y si no se considera una enfermedad.

P: exacto, como no tienes síntomas exteriores, externos, pues no, piensan que estás maniática, y que tienes caprichitos.”

132 P20: 3.0.10.(236:245): “No...a mí me han ayudado mucho. Mi mujer no... bastante me ha ayudado. Porque es ella la que ha hablado con el médico. Le ha dicho, más o menos, mi comportamiento. "No ya... que tal de tal.. en el trabajo y tal" y entonces ella cuando yo tenía la depresión esa es la que me... me... la que me ha dado el medicamento... medicamento. También tiene... tiene un mérito.”

133 P19: 3.0.9.(53:58): “Al cesarme pues fue por mi mujer la que me dijo de venir al médico, vinimos al médico, me mandó a un... al psiquiatra, Dr. A, me mandó el... después de muchos tratamientos y de mirar cuál me venía bien.... me mandó el Anafranil 75.”

134 P 2: 1.0.2(208:211): “ahora mismo ella es la primera que se preocupa de traer la pastilla, a ver si me he tomado el Prozac, o sea, que realmente lo que estoy tomando es eso.”

135P18: 2.0.11.(321:324): “al contrario,...mi mujer en seguida, si no me lo tomo...en seguida me lo dice, porque yo a veces me despisto, ella me lo tiene preparado por la mañana y tal...no, no hay problema en eso”

en su pareja el apoyo para acudir en caso de crisis¹³⁶. En ocasiones la paciente lleva a su pareja a ver al médico para que haga de intermediario¹³⁷. A diferencia de la pareja del hombre paciente que acude generalmente de forma más natural a la visita con el médico.

También se puede conseguir una mayor atención de los hijos durante estas situaciones. Los pacientes cuando se quejan¹³⁸, consiguen apoyo psicológico¹³⁹ y reciben más atención¹⁴⁰.

El resto de la familia como padres y hermanos también ofrecen su apoyo para atenderles o ir con ellos al médico o psiquiatra ¹⁴¹ ¹⁴².

136 P 1: 1.1.1.(490:497): "Si me ha dado una fatiga me la he aguantado, como mucho llamo a mi marido"

137 P 1: 1.1.1 (116:148): "Ah sí, mi marido por supuesto también al principio le costaba mucho hasta que yo empecé a ir al Dr. F, AF, y no sé, encontré a una persona que me entendió y me empezó a tratar y entonces habló con él, y después habló con él delante de mí y le dijo que, bueno él me obligaba "tienes que coger más el coche pues tienes que coger , tienes que no se qué ", mmm, yo tenía agorafobia, que no podía salir de mi casa no me podía montar en una guagua sola, me daba miedo coger el coche, me daba miedo..., me mareaba si iba por ahí por por..., los síntomas que dan la enfermedad

E: sí

P: entonces el me obligaba, me obligaba porque pensaba que así lo estaba haciendo bien ¿no?, pero claro si él me obligaba, yo pues me sentía fatal. Íbamos en el coche y él, "venga lleva el coche tú", y yo siempre poniéndole disculpas "es que estoy mareada", "otra vez estas mareada", y no se qué y no se cuanto, y así, y mal, y cuando ya F habló con él pues, como que él lo vio claro, le dijo "no las obligues porque si ella te dice que está mareada es que está mareada, y si se siente mal es que se está mal"

138 P7: 1.1.4(321:325): "yo la familia mía, por suerte, son todos muy sanos, no tengo problemas ni con mis nueras, ni con mis hijos, que tengo una hija sola, y tres varones, todos son ellos me ven quejándome y enseguida vamos al medico, ese es el ese de ellos..."

139 P21:3.1.8.(200:204): "ellos tambien son....así... el mas viejo sobre todo es muy nervioso...aunque cuando estaba en casa (traga saliva) él me animaba..fijate..él.....con depresión...malo de los nervios..tomando un tratamiento bastante fuerte, él esta con el psiquiatra ese con el que yo estuve"

140 P22:1.1.13.(323:335): "E: ¿y ellos(refiriéndose a su familia) en cuanto a los medicamentos no le dicen nunca nada.....?"

I: al contrario...mamá, ¿cuando te toca ir? Esto mismo para venir me dijo "mamá, te llama un chico por teléfono", que fue el miércoles por la tarde cuando me llamo el chico...no hay compromiso ninguno,...que me llamen a la hora que quieran, entonces el me dijo que el viernes...y cuando termino de hablar con el chico le digo "bueno, hasta el lunes" dice "señora que es el viernes..."cogí una libretita que yo tengo...un bolígrafo, una nota..lo hice, lo puse en el almanaque...y entonces me preguntó mi hijo...bueno...lo que tienes en el almanaque pa cuando es: el viernes con su fecha y su hora, esto mismo lo tengo preparado ya para la clínica, esto es el doctor A...esto lo hice yo misma, yo no tengo problema ninguno..."

141 P9: 2.1.6.(342:345): "tengo una hermana, bueno, tengo varias hermanas, ¿no?, pero una que tengo aquí, también le decía "C, si me encuentro mal ¿me entiendes?, ¿no te molesta que....?",!para nada, para nada, no te preocupes""

142 P12:2.1.19(263:272): "Y están totalmente... Hmm... Tengo totalmente su apoyo, totalmente su apoyo, el apoyo de mis padres que me han ayudado muchísimo. De hecho ellos han sido quien me ha

También pueden conseguir la comprensión de “otras” personas y el resto del ambiente social o laboral¹⁴³.

Por tanto, aparecen ventajas especiales de enfermar por depresión o ansiedad a diferencia de otras enfermedades. Al ser un tema emocional o psicológico, el entorno evita situaciones y acontecimientos a estos pacientes lo cual parece que les beneficia según su perspectiva¹⁴⁴. Además, el que se les considere diferentes no siempre es algo negativo sino que les ofrece ventajas con respecto a otras personas y atenciones especiales¹⁴⁵.

La baja laboral o la justificación para no tener que ir al trabajo es uno de los beneficios ^{146 147} .

2. RIESGOS PERCIBIDOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO.-

Este es un tema muy interesante pero a la vez muy complicado de analizar. Es un reto hablar de conceptos médicos y de farmacología desde el punto de vista de los ciudadanos de a pie porque ni siquiera los más expertos tienen los conceptos claros en temas como adicción, tolerancia, dependencia física o dependencia psíquica. Los informantes a lo largo de su discurso van hablando en distintos momentos de los riesgos que se relacionan con el consumo de estos psicofármacos, en

llevado a la consulta del psi.. psiquiatra privado cuando me puse fatal. En fin, es decir, ellos están... hmm....saben que tomo antidepresivos.”

143 P16:2.1.18.(640:641): “los compañeros me ayudaron bastante, pero... ellos me entendían”

144 P12:2.1.19 (273:276): “Cuidan mucho, lo típico, los padres. No decirme esto, no decirme lo otro para que no me afecte. Sí, sí, muy bien.”

145P16:2.1.18.(1114:1125): “hoy está pasando tanto eso ¿no? creo que cuanto más lo hables mejor, no es el saber decir tengo una depresión, porque puedes volver a caer ¿eh? y si la tienes por lo menos hay una comprensión, entre las personas que saben que has tenido una depresión, por lo menos ...(espacio) tiene ya como más cuidado o... o intentan, “contra pues esta persona ha pasado unos malos momentos y no vamos a hacerle que pasa un mal momento” o sea, que yo creo que te ayuda para que lo sepan, no que no lo sepan”

146 P15:2.1.12.(409:415): “E: Y después de dejar el trabajo ¿cómo se sentía? ¿mejor?”

I: Ah! Me sentía muy bien, me sentía libre, empecé a salir, empecé a..., claro yo es que he estado, estuvo como ocho años sin tener tiempo para mí”

147 P20:3.0.10.(90:97): “Sí. Ya. Yo to... Yo ya llevo mucho tiempo tomándomela. Y me dijo: “No la deje”. Aunque ya.. ya no ve mucho con tanta frecuencia. Y entonces yo ahí me curé. Me pasaron por tribunal. Me die... porque no podía subir al trabajo.”

ocasiones no es de una manera explícita, o sea, no nos dicen que tomar determinado medicamento les produce dependencia física o psicológica, sino que van a hablar de problemas que tienen para dejar un tratamiento o que se sienten enganchados y no saben cómo dejarlo, o que les preocupa tener que aumentar la dosis porque no les hace efecto, etc. Por ello ha sido complicado analizar estos conceptos que la farmacología aún intenta definir.

Cuando se intentó analizar este tipo de información mediante el mismo enfoque que se había seguido a lo largo de todo el análisis de los datos no se pudo identificar muchas referencias sobre los riesgos. La duda que surge es si ¿es eso posible? ¿Es posible que no aprecien adicción, tolerancia o dependencia? ¿O será que el análisis es erróneo? Para comprobarlo, se realizó un enfoque *ETIC*. Se establecieron las definiciones para estos conceptos y se buscaron en los datos. Una vez definidos los conceptos para poder diferenciar la adicción de la tolerancia y de la dependencia física o psicológica y de todas las referencias que había en relación a los riesgos se pudieron localizar aspectos relacionados con los diferentes apartados.

A los conceptos previos se añade en el apartado de los riesgos las referencias sobre efectos secundarios, incomprensión y falta de apoyo, el retraso en el efecto o su falta de efectividad en algún caso y las limitaciones producidas en la vida por consumirlos.

RIESGOS PERCIBIDOS DEL TRATAMIENTO

1. Recaída
2. Dependencia psicológica
3. Dependencia física
4. Tolerancia
5. Adicción
6. Incomprensión
7. Falta de eficacia
8. Retraso en el efecto
9. Efectos secundarios
10. Limitación en la vida

Recaída.- *La recaída supone la reaparición de los síntomas y la enfermedad una vez suspendido el tratamiento.*

La suspensión o disminución de dosis de antidepresivos supone, en los casos con IRSS concretamente, la reaparición de los síntomas y una diferencia significativa en el comportamiento de los afectados¹⁴⁸. El hecho de que se tome la decisión de suspender o disminuir la dosis, que suele realizarse por el propio paciente¹⁴⁹, provoca que la mejoría obtenida con el tratamiento se aprecie aún más cuando se sufre una recaída de los síntomas. Por ello, cambia la visión que tiene el informante del fármaco, ya que, en ocasiones se trata de pacientes con un enfoque negativo del fármaco y que intentan abandonarlo, pero cuando se dan cuenta de que al dejar el tratamiento vuelven a sentirse como estaban anteriormente, intentan ver el tratamiento de otra forma, pasando a ser más positiva y como una necesidad.

Dependencia psicológica.- *Se trata de una apetencia psicológica por una sustancia química o confianza psicológica en ella, como resultado de habituación, abuso o adicción.*

Se objetiva la aparición de dependencia psicológica sobre todo cuando se hace referencia a los ansiolíticos. Se trata de una necesidad a tomarlos^{150 151}. Sin embargo, a veces es suficiente con saber que están cerca y que se puede acceder a ellos en cualquier momento con lo que simplemente olvidarlos en casa puede suponer un desastre para su estabilidad y la aparición de síntomas que no asomarían si tuviera el

148 P12:2.1.19(307:312): "Sabían que cuando he dejado el Seroxat, me han rebajado...me he puesto fatal. Ellos (refiriéndose a los padres)... ellos mismos ven la diferencia. Ven que estoy cariñosa, normal, contenta y ven cuando... Sa... Han visto cuando no lo he estado"

149 P18:2.0.11.(425:432): "porque yo creo que también la recaída mía fue porque estuve unos días sin...ya me encontraba prácticamente...y dejé de...no sé si eso fue por..pos cuando yo tuve la recaída no sé si...que est...un puente que hubo que me fui a La Palma y tal...no me llevé los medicamentos...no los tomé...si,si,si, bueno...hay que seguir a raja tabla todo el proceso porque sino...no..no..no"

150 P22:1.1.13.(196:199): "Pero yo no sé...si ha sido por mucho tiempo que lo he tenido ya, pero yo no noto nada...lo que noto sí, es que si no me tomo la gotas...y el triptisol para dormir, no.....o sea no sé que irá a pasar el día que me lo quiten...no sé..."

151 P10:1.1.5 (546:550): "pero yo me levanto y me levanto bien, buena, ahora desde que yo me voy notando que ya empiezo a traquinar, ya yo el cuerpo me voy notando como si fuera... no sé, media rara, ya enseguida me acuerdo, "ay, no me he tomado la pastilla", cojo un vasito de leche"

fármaco accesible (pastillas en el bolso) ^{152 153}. En este caso se identifica una dependencia física pero de origen psicológico, o sea que lo que necesitan es tener el medicamento en su posesión física por una dependencia psicológica, y con aparición de síntomas si no se dispone de los fármacos.

En cuanto a los antidepresivos también aparecen referencias sobre dependencia psicológica si tenemos en cuenta la “pharmacotopia”¹⁵⁴, en el sentido en que el fármaco se utiliza para soportar las circunstancias de la vida en vez de modificarlas o asumirlas. No se desea dejar el tratamiento porque de esa manera no hay que solucionar problemas sino que es posible hacerlos invisibles y permite seguir adelante en la vida.

Dependencia física.- *Se trata de un estado que adquiere el organismo tras el contacto repetido con un fármaco, merced al cual aparece un Síndrome de Abstinencia cuando el fármaco deja de actuar.*

Sobre dependencia física sí aparecen referencias explícitas en los datos. En muchas ocasiones el tratamiento se prolonga durante años por la imposibilidad de disminuir dosis o de retirarlos¹⁵⁵. Aunque no hay referencias claras de un posible síndrome de abstinencia sí que hablan de malestar y encontrarse mal ^{156 157} (quizá la dificultad en esta

152 P10: 1.1.5 (594:599): “si por casualidad me olvidé, ya yo estoy pensando, “ay Dios, y si ahora me noto medio mala” o en vez de marcharme a tal hora tengo que estar hasta la noche y me olvidé de la pastilla, bueno, entonces es una cosa como que ya tú estás, no se te quita del pensamiento”

153 P15: 2.1.12.(638:643): “yo antes me daba cuenta de que estaba en la calle porque me había olvidado antes me daba cuenta de que estaba en la calle porque me había olvidado a lo mejor de que no tenía mis pastillas y me entraban los temblores”

154 P8:1.1.14(30:35): “sabe que depende de sus pastillas para seguir adelante, dice que sin ellas no es capaz de afrontar los problemas con su marido, de hacerlo todo sola, si un día deja de tomárselo no es capaz de salir a trabajar, y sabe que depende de sus pastillas, pero no quiere dejarlas, al menos de momento...”

155 P12:2.1.19(95:106): “En... en este tiempo, a las... a los dos años y medio en...Dña. MC, viendo la mejoría y demás, y yo mi insistencia de que yo quería reducir la dosis hasta dejar... hasta eliminarla totalmente. Pues se intentó reducir la dosis progresivamente, muy lentamente... pero yo noté que me puse fatal...me puse muy mal cuando se me redujo la dosis.”

156 P7: 1.1.4(245:248): “no es que yo tenga todas las cosas solucionadas, es que yo noto que las necesito, si yo no me las tomo yo me pongo así temblando que da miedo oye y no sé, creo que no saco nada con eso, no, con no tomármelas y verme mal”

interpretación viene dada porque se mezclan posibles síntomas físicos de un síndrome de abstinencia con la reaparición de los síntomas de enfermedad muy difícilmente diferenciables por los informantes). Lo que sí parece que tienen claro es que cualquiera de estos medicamentos deben retirarse de una manera gradual para evitar problemas¹⁵⁸.

Tolerancia.- *Es el fenómeno por el que disminuye la intensidad de la respuesta a un fármaco cuando se repite la misma dosis. Es decir, es preciso aumentar la dosis para conseguir un efecto de igual intensidad.*

La tolerancia se relaciona con los ansiolíticos, obligando a un aumento de dosis progresivo por un fenómeno de adaptación para conseguir su efecto, lo cual no es bien visto por los informantes sino más bien todo lo contrario, es un motivo más para considerar sus efectos perjudiciales^{159 160}.

Adicción.- *Proceso caracterizado por un irrefrenable deseo de continuar tomando un fármaco al que una persona se ha habituado por su consumo repetido.*

Hay referencias sobre el posible efecto de adicción, tanto para los ansiolíticos¹⁶¹ como para los antidepresivos¹⁶². De nuevo, hay que

157 P14:3.1.7 (476:478): "hace como un año y pico la locura esa, fuera todo, no quise tomármelo, nada, lo quité.... me lo quité y a la semana estaba fatal, fatal, fatal, fatal"

158 P18:2.0.11.(240:250): "irlos quitando poco a poco...si, si, si...porque yo le dije...mira si yo hago la relajación..no tomo el tranxilium.....dice...no..no..no puedes dejarlo de golpe..porque eso has estado...has adquirido una especie de habito y tal...y nada bien, o sea..por esa parte....

E: ¿que ha adquirido una especie de hábito dijo?...

P: si el tranxilium parece ser que puede llegar a crear una especie devamos...que si no lo tomas....no te duermes...o en fin...o sea que...no sé...no sé explicarlo...pero vamos...que no lo cortara de golpe sino que fuera bajándolo poco a poco"

159 P15:2.1.12.(111:115): "pasado ese año o así ya ví como que los síntomas empezaban a aparecer otra vez, de vez en cuando, o sea el organismo se me fue habituando a la a la dosis y requería una dosis mayor"

160 P21:3.1.8.(131:135): "el Trankimasin me lo mandó una doctora en el hospital general..de medicina interna..me tranquiliza un poco..un poquito porque yo ya creo que estoy un poquito adaptada a él yy ya cuando llega la hora de tomarlo yo ya me noto muy.....no sé..algo..me tomo el trankimasin y eso se me pasa un poco..."

161 P7:1.1.4(283:288): "yo quisiera quitarme todas esas cosas entiendes, pero noto que mi cuerpo las necesita, y si el día que no me las tomo, me da miedo, a lo mejor una noche la pongo sobre la mesilla y

tener en cuenta que es posible que ese deseo de consumo venga dado porque es lo que permite en muchas ocasiones seguir con la vida adelante, ya que, como se explica en la etapa de reflexión sobre el pasado, figuran a la cabeza de las causas de la enfermedad los problemas del entorno acontecidos previamente y no superados, o incluso problemas actuales que provocan un consumo “pharmacotópico” de los medicamentos. En vez de solucionar el problema por las posibles consecuencias se hace uso del tratamiento como un parche para seguir adelante con la vida tal y como es sin realizar cambios. Este hecho puede potenciar la adicción.

Sobre los cinco conceptos descritos es importante resaltar que las citas son fácilmente intercambiables entre las diferentes subcategorías. Al estar definidas “a priori” –ETIC- no aparecen claramente definidas en las citas de los informantes y no responden a verdaderas categorías propuestas por los propios informantes. Para representar la complicación a la hora de realizar el análisis se incluye un ejemplo en el que el informante relata lo que se define como dependencia física y que él cree que es adicción¹⁶³.

Incomprensión.- La problemática asociada a la depresión sobre cómo es valorada por la sociedad influye claramente sobre el consumo de tratamientos farmacológicos. En el apartado anterior relacionado con la percepción de beneficios se ha comentado el hecho de obtener apoyo como beneficio secundario, sin embargo, esto no ocurre en todos los casos. Muchas veces la falta de apoyo se debe a que se trata de una enfermedad y un tratamiento mal valorado y que estigmatiza a las

pongo un vaso de agua pa los nervios no? Y a lo mejor me dejo dormir y por la mañana me veo la pastilla ahí.”

162 P10:1.1.5(532:534): “dejarla del todo (gesticula negativamente), no he podido, no he podido porque, ya te digo, tantos años siempre he tenido que tener tratamiento.”

163 P14:3.1.7(86:93): “Y me dice, pues tome media tal, y no puedo... O sea yo he dejado una noche de tomarlo, y llego al medio día del otro día, me dan una especie de taquicardias, temblores, cosas raras, que no..., que voy desesperada a la pastilla, y con el miolastan igual, yo no sé si tengo ya adicción o qué, que es lo más propio por supuesto”

personas, convirtiéndose en un riesgo ^{164 165}. El hecho de que la depresión sea una enfermedad “tabú” estigmatiza a la persona y hace que si no pueden hablar sobre su enfermedad tampoco puedan hacerlo de su tratamiento ^{166 167}, quizá incluso menos porque decir que se está “depre” a decir que se está tomando tratamiento para la depresión es aún peor porque el estigma es más intenso. El consumo de fármacos antidepressivos es algo que personas del entorno social pueden utilizar para desacreditar el sufrimiento por enfermedades que afectan al estado de ánimo¹⁶⁸. En algunos casos se habla de una lucha con el entorno por este motivo, lo cual unido a la propia lucha de intentar superar la enfermedad por uno mismo duplica el sufrimiento relacionado con la enfermedad.

Hay pocas enfermedades de las que las personas se avergüencen y se intenten ocultar (casi siempre son las infecto-contagiosas) pero parece que una de ellas es la depresión y con ella su tratamiento ^{169 170}. Los factores involucrados son la comparación

164 P1:1.1.1(342:345): “la sociedad no está mentalizada, que, que no eres comprendida, que tal de todas todas, que es una enfermedad que como no sé, como una lepra, que a veces hay que ocultar.”

165 P21:3.1.8.(349:357): ““tu estas muy preocupada con lo que tienes, vamos no te quitamos la importancia de lo que tienes pero tu estas demasiado preocupada, y no se que.....” y se pusieron conmigo y yo me puse tan nerviosa tan nerviosa porque yo estaba interpretando que lo que me estaban diciendo..ellos quizás lo que estaban eran animándome, yo no lo sé..pero para mi que lo que me estaban diciendo... yo me estaba agobiando, ya tenia un nudo en la garganta, unas ganas de llorar y aguantándome a ver si no lloraba que dios mío.”

166 P8:1.1.14(45:48): “Tiene una muy buena relación con sus 7 hermanos, de los cuales solo mantiene contactos frecuentes con el menor, al que ella misma crió, pero no es capaz de contarle lo que le ocurre, ni lo que toma.”

167 P19:3.0.9(251:263): “Sin problema. Porque ni con... mis suegros son maravillosos. Mis padres muy bien también... En fin, que no.

E: Y ellos tampoco les preocupaba que tuviera... que tomara un tratamiento. O....

I: No, porque es que no lo sabían.

E: No lo sabían...

I: No lo sabía nadie.”

168 P14:3.1.7 (162:168): “mi marido del trabajo, y claro hizo, no sé si es lo mejor que pudo o qué, darnos de lado y hacer su vida, y para mí eso fue otro problema gordo, el que él no nos ayudara en nada, que eso además desde el principio, mi marido además no entiende lo que es una depresión...nada dice que son tonterías e idioteces”

169 P1:1.1.1(48:53): “En estar todo el día luchando, algunas veces incluso con vergüenza y con miedo de decir “yo estoy tomando fármacos”, “yo estoy tomando un prozac”, “yo estoy tomando lexatin”, incluso con los mismos médicos, yo a veces me pongo a hablar con ellos y te dicen ¿cuánto tiempo lleva?.....ya tu te quedas..... es lógico que te pregunten eso.”

peyorativa con la “locura”, “los manicomios”¹⁷¹ o “los psiquiatras”¹⁷² arraigada en el entorno social por los antecedentes históricos que han rodeado este tema y posiblemente la difusión que se ha realizado por los medios de comunicación.

A esto se añade la comparación de estos medicamentos con “drogas”^{173 174}, son vistos, en ocasiones, no como terapias curativas sino como pastillas que provocan adicción y dependencia y cambian a las personas igual que los drogadictos¹⁷⁵. Sin embargo, los informantes que valoran los beneficios del tratamiento, el hecho de que produzcan cambios en las personas son un efecto positivo, ya que es lo que les permite volver a la normalidad y realizar su vida cotidiana.

Falta de eficacia.- En ocasiones el tratamiento no resulta efectivo¹⁷⁶ lo que condiciona el “drug shopping”¹⁷⁷ (explicado anteriormente) y además, produce una desmotivación importante. Con frecuencia los

170 P12:2.1.19(331:335): “Y tal, pero no... ellos no saben que estoy tomando antidepresivos. No. No es que me avergüence de ello pero...no... Soy una persona con... con mucha discreción. Y no... no lo he dicho.”

171 P1:1.1.1(227:229): “que tú le digas a una persona que te estás tomando un tratamiento para los nervios, poco menos que estás ya para el manicomio”

172P19:3.0.9.(221:229): “Claro... es que no sabía tampoco que... lo llevamos entre mi mujer y yo muy estricto secreto. No era decirlo “niños, mira, papá está yendo a un psiquiatra, pero lo primero que dices ¿es que está loco!”. Lo manteníamos, ¿no?, en secreto. Que sí iba al médico pero no a... un psiquiatra porque sabe que la palabra psiquiatra se relaciona con locura. ¿No?”

173 P1:1.1.1(81:84): “mamá te estás drogando, tú no te das cuenta, mejor que te fumes un porro”, me dice, “eso te hace menos daño”, y tal vez tenga la razón, yo no lo sé, dice porque si tal, “eso que tú te estás tomando todos los días....”

174 P10:1.1.5(502:505): “me decían “ah! Porque tú estas drogada así con los medicamentos”, hablando a lo mejor me decían “muchacha, tú estas loca, estás tomándote eso, que te estás drogando...”

175 P19:3.0.9.(210:221): “Y cuando empezó con el tratamiento alguna vez sus hijos. El mayor más supongo, les preocupaba que lo tomaran...”

I: No, no, no... El primer mes el mayor vio el cambio tan radical que le dijo a la madre que si yo estaba drogado.

E: [Ríe]

I: Qué le pasa que está drogado (riéndose) que cambió de la noche a la mañana.”

176 P3:1.1.3(52:54): “yo empecé a tomarme prozac, me da lo mismo tomarme prozac que no tomármelo porque estaba yo siempre igual”

177 P1:1.1.1(171:172): “estaba tomando algún tratamiento pero como que no me iba tan bien”

informantes hablan de multitud de tratamientos de los que no recuerdan ni los nombres¹⁷⁸.

Uno de los informantes hace referencia a la ineffectividad del hypérico¹⁷⁹, ni siquiera asociado a IRSS. El informante atribuye a que la suya no era la indicación correcta para el hypérico sino que sólo es útil para casos de menor gravedad.

Retraso en el efecto.- Otro problema que surge en relación a los antidepresivos es el tiempo, más o menos largo, que va desde el inicio del tratamiento y la aparición de los primeros efectos terapéuticos. Esto supone un riesgo si no se informa al paciente porque favorece que suspenda el tratamiento precozmente y se potencia el “drug shopping”¹⁸⁰. Parece que toda la información que se ofrezca al paciente sobre el medicamento va a disminuir este riesgo de incumplimiento terapéutico¹⁸¹.

Efectos secundarios.- En la mayoría de las entrevistas aparece el tema de los efectos secundarios pero solamente cuando el entrevistador expone el tema, ya que no surge de forma espontánea. En algunos casos los informantes comentan que no han sufrido ningún tipo de efectos secundarios. Los que comentan sobre efectos secundarios se refieren a ellos de forma muy variable, predominando la queja sobre la somnolencia que producen¹⁸². En ocasiones, los efectos secundarios

178 P2:1.0.2(60:62): “Sí, sí, antes había tomado solo eso, Valium, Tranxilium, y no me acuerdo de cual otro, todos los antidepresivos así que contraatacan pero no me hacían nada.”

179 P12:2.1.19(660:662): “Pero a mí personalmente no me hizo nada. Yo lo he dejado de tomar, por cierto.” (en referencia al hyperico)”

180 P10:1.1.5 (168:171): “Pero no estaba sino unos días, a lo mejor me tomaba, a lo mejor estaba un par de días y “Ay esta no me van” ya era como una que... claro que si tampoco te pones un poco tiempo de decir “no pues tienes que estar con este”.”

181 P2:1.0.2(332:336): “estuve una semana que decía” bah! esto no me hace nada”, y me dijo “T a partir de los 15 días es cuando realmente va a hacer efecto , y efectivamente , a partir de cuando fueron pasando los días empecé a notar la diferencia total”

182 P7:1.1.4 (372:380): “porque yo me fui a E, me mandó un tratamiento y la primera pastilla que me tomé estuve todo el día durmiendo, y yo eso no lo quiero, yo quiero que me controlen, lo que no quiero es estar durmiendo todo el día como una tonta, o sea, me mandó tres clases de pastillas, me tomé una un día, estuve durmiendo desde las 9 a las 6 de la tarde, las tiré, no me acuerdo cuales eran, las tiré todas, lo llamé, me cambió tres medicamentos y ocurrió igual, no volví más.”

obligan a modificar el tratamiento lo que puede repercutir en algunas ocasiones en el “drug shopping” (por ejemplo el de la amenorrea¹⁸³ o malestar¹⁸⁴). Otros efectos secundarios son valorados como insignificantes o bien a pesar de ellos se sigue adelante ya que pesan más los beneficios que ofrece que los problemas ocasionados¹⁸⁵. Cuando el fármaco supone la vuelta a una vida “normal” y cambios en la propia persona de manera positiva, los efectos secundarios se ven como algo superable lo que puede explicar el hecho de que este tema no aparezca espontáneamente a lo largo de la entrevista. A veces, el beneficio es tan intenso que todo lo demás carece de importancia. El caso más llamativo es el de un informante que sufría de eyaculación precoz que se relacionó con el antidepresivo. Sin embargo, él afirma que los beneficios del antidepresivo eran mayores que ese tipo de efecto, y que hubiera preferido que no le cambiaran el tratamiento¹⁸⁶.

En ocasiones los médicos advierten sobre los efectos secundarios lo que facilita su identificación ¹⁸⁷ y disminuye las dudas sobre los síntomas que aparecen. En otras ocasiones, el médico no advierte de los posibles efectos secundarios y se ha intentado resolver acudiendo de nuevo a su médico para consultarlos, o bien buscar información en otras fuentes para intentar explicar las percepciones personales y atribuciones de síntomas ^{188 189}.

183P9:2.1.6 (217:219): “Tepasepan al poco tiempo me lo quitaron al par de meses, porque tuve un retraso, 4 meses sin venirme la regla y creo que fue debido a eso, porque fue quitármelo y me vino”

184 P15:2.1.12.(59:61): “me mandó una medicación que me sentó muy mal, no me acuerdo ya cómo se llama.”

185 P10:1.1.5 (197:198): “se me ponía la boca pues mira seca como el esparto...”

186 P19:3.0.9.(75:79): “pero luego me surgieron unos problemas de... eyaculación precoz debido... no sé si al tratamiento (se refiere al anafranil) o al sistema nervioso... no lo sé y ahora me lo estoy tra..tratando con el Seroxat”

187 P18:2.0.11.(191:197): “los síntomas del seroxat es que me estreñeron un poco...entonces..pues no sé...la doctora me dijo que tomase...pues no sé...un poco en ayunas pues..no sé...kiwi...y ..o ciruelas.....una cosa de esta..y tal...pues porque me estreñía un poco...pero vamos...no...estuve unos días así..pero luego ya...tomé esas precauciones y nada...lo único así...”

188 P12:2.1.19(195:209): “...por la medicación que no llega a ser... hmm... eh... preocupantes. [Chasquea] Pero a veces, claro como hmm... en el sector en el que trabajo se... hmm... Yo lo que sí he notado por ejemplo... eh... como yo estudié idiomas lógicamente porque tal... que se me han olvidado muchísimo... muchísimo.... He perdido una enorme fluidez en... en la cuestión de... de mis idiomas. Es lo único que he notado en.. hmm... por el Seroxat... y eso sí después lagunas, muchas lagunas que yo no soy... por lo menos nunca he sido una persona despistada para nada, y pequeños despistes... Hmm... [Chasquea] Ese tipo de cosas es lo único.”

A pesar de posibles efectos secundarios predomina la necesidad de buscar una solución para sus problemas con otros medicamentos o con el mismo¹⁹⁰.

En ocasiones pueden aparecer antes los efectos secundarios que los efectos beneficiosos, por lo que la información parece fundamental para evitar el “drug shopping”¹⁹¹.

En resumen, los efectos secundarios que han aparecido en los datos son el de la somnolencia, la amenorrea, sequedad de boca, ansiedad, “lagunas mentales”, aumento de peso, malestar, estreñimiento y síntomas digestivos. Sin embargo, existe una diferencia entre el peso que se le concede a dichos efectos dependiendo de la perspectiva de cada uno, así como de los cambios que experimentan los informantes. Con lo que es posible que efectos que suelen ser percibidos por los médicos como justificación para modificar el tratamiento, no lo sean para los pacientes.

Sobre la no presencia de efectos secundarios, e incluso el hecho de que el tema de los efectos secundarios no fuera espontáneo en las entrevistas, hace pensar aún más en su baja importancia para los informantes¹⁹². En ocasiones se considera que el hecho de informar a los pacientes de los posibles efectos secundarios pueda favorecer su

189 P17:4.1.15.(339:342): “tengo el estómago destrozado. Que siento ya que... que...que el medicamento ya me está haciendo daño en el estómago.”

190 P21:3.1.8.(128:131): “pues llevo.....como 20 meses con el Tepavil...he subido 18 kilos desde que lo empecé a tomar, y ahora me lo estaba disminuyendo...pero me he puesto otra vez nerviosa y me lo volvió a subir un poquito”

191 P12:2.1.19 (165:178): “I: Al principio cuando empecé a tomar el Seroxat pues lo típico, vienen los... los... eh... la... Hmm... Los efectos malos de la...

E: secundarios...

I: Sí, y después fueron los efectos beneficiosos.

E: ¿Qué efectos? ¿Qué efectos beneficiosos?

I: Pues lo típico. Las... las ansiedades. Yo estaba in...inclusive hasta peor. Pero nada, ya después fueron vinieron los efectos... positivos.”

192 P2:1.0.2(263:269): “I: efecto ninguno.

E: algo negativo que usted haya visto?

I: no, porque una pastilla que me haga daño, pues la dejo, sinceramente yo lo dejo, no hubiera seguido, una pastilla que me cae mal la dejo. A veces es también psicológico.”

aparición por sugestión psicológica, sin embargo, una de las informantes hace referencia a lo contrario ^{193 194}.

Limitación en la vida.- La toma de estos fármacos tienen beneficios en la vida de los pacientes tal y como se ha descrito en etapas anteriores, pero sus efectos secundarios e interacciones provocan limitaciones, como el hecho de no poder conducir¹⁹⁵ debido a la posible somnolencia que provocan las benzodiazepinas y algunos antidepresivos, así como la limitación en la ingesta de alcohol¹⁹⁶ que es un hábito social común en nuestro medio y que obliga a no consumirlo mientras dure el tratamiento. Este tipo de efectos condiciona la actitud ante la toma del tratamiento y las decisiones sobre su consumo, ya que según la importancia que tienen para cada uno supone un factor importante sobre el cumplimiento y cómo se valora el tratamiento.

IV.1.5. Enfoque del futuro

¿Y ahora qué hago?

Una vez percibidos los beneficios del tratamiento y alcanzar una situación de “vida normal”, “mejoría de la enfermedad” o “cambios beneficiosos” se llega a una etapa en la que se plantea cómo va a ser el futuro. Algunos informantes manifiestan sus expectativas y realizan un proceso de evaluación teniendo en cuenta los riesgos percibidos relacionados con la enfermedad.

193 P20:3.0.10.(374:379): “Ni me dejo dormir, tampoco, ni nada. Porque dicen vas a estar todo el día durmiendo. No señor. No estoy todo el día durmiendo. Y al rato sigo mi tarea. Y... y... me tranquilizo más.”

194 P18:2.0.11.(197:201): “lo único así...porque estuve...al dímelo la doctora, la psiquiatra..me dijo que....estuve tomándolo pues no sé unos días...pos que síntomas tendría y tal..porque para el estómago podría tener alguna repercusión...pero no..no”

195 P16:2.1.18(299:301): “te recomendaban que no conduieras por el tratamientooo, sí porque te entraba somnolencia o algo” (hace referencia al lexatín).

196 P15:2.1.12.(115:126): “no estaba dispuesta a subir, iba al médico y me decía, “mira J eestás tomando la dosis mínima, tampoco te preocupes” (espacio), si yo llego a saber en aquel momento...

E: O sea, Ud. no quería tomar más de lo que...

I: Yo no quería tomar más no, no sé porque es que la medicación te condiciona a no poder tomar alcohol.”. (Este ejemplo es en referencia al tropargal).

En la evaluación se incluye el conflicto interno y externo al que se ha referenciado en etapas anteriores, y, en ocasiones, se producen situaciones contradictorias que al realizar el análisis han resultado complejas de describir. Se han identificado tres diferentes posibilidades relacionadas con el consumo de los antidepresivos y/o ansiolíticos. Esto no pretende diferenciar a los informantes en tipos sino en perspectivas de manejo de los medicamentos que resultan de valoraciones contradictorias y basadas en la lucha interna y externa que sufren los informantes. Uno de los factores más importantes es el relacionado al miedo a volver a encontrarse como al principio de la enfermedad y con las limitaciones en la vida que este hecho supone.

Continuar el tratamiento.- La opción de continuar con el tratamiento en el futuro es una referencia frecuente. Uno de los motivos es el sufrimiento previo al tratamiento que ha sido tan importante que desde que se dan cuenta de la mejoría obtenida deja de preocuparles el resto de condicionantes aunque fueran conflictivos. Lo importante es hacer lo necesario para mantenerse en su situación de normalidad. Mientras se sigan obteniendo beneficios del tratamiento están dispuestos a seguir con él lo que haga falta¹⁹⁷, aunque suponga una lucha externa por el tabú que rodea este tratamiento ^{198 199}. El consumo del medicamento es algo a lo que se llegan a acostumbrar como un acto cotidiano de la vida²⁰⁰. Puede convertirse es una especie de hábito como cualquier otro. Por tanto, en el proceso de evaluación, la balanza tiende a apoyar claramente la continuación del tratamiento y no hay planteamiento ninguno sobre su abandono.

197 P21:3.1.8.(30:31): "Sí, mejoré bastante, no llegué a dejar de tomar las pastillas nunca."

198 P1:1.1.1(95:103): "si con el prozac yo puedo estar de pie y hacer una vida normal..... El otro día, sí no, el otro día discutí con mi hija, digo, mira yo qué quieres que te diga, prefiero vivir 5 años menos y tranquila que vivir 10 y de agonía, de agonía que me entra en el cuerpo, que esto no es vivir, esto no es dormir, y no sé qué, pues no merece la pena vivir así, sinceramente y bueno, y sí, el chiquillo lo intenta comprender y dice que él..... y bueno, es eso, es la lucha."

199 P12:2.1.19 (767:769): "Si tengo que tomarlo toda la vida así... con noventa años me muero y tengo que tomarlo... pues lo seguiré tomando."

200 P2:1.0.2 (215:216): "Y luego te acostumbras, y dices tú, ¿me desayuno? Pues Prozac, y ya está."

Deseo de abandonar “sí pero no”.- En algunos casos, se habla del deseo de abandonar el tratamiento pero no se está dispuesto a ello por los beneficios que les ofrece el continuar el consumo²⁰¹. De este modo aunque se plantea en algunos momentos el deseo de dejar de tomar los fármacos, en realidad no se haría. En otras ocasiones, la continuación del tratamiento se relaciona con situaciones de adicción que imposibilitan su abandono²⁰².

Finalizar el tratamiento.- Sobre la posibilidad de finalizar el tratamiento hay menos manifestaciones, pero son claras referencias sobre el deseo de dejar de tomar el tratamiento una vez alcanzado sus resultados beneficiosos²⁰³ sobre todo para no tener que depender de algo externo y para evitar los riesgos²⁰⁴ que se han mencionado anteriormente.

¿Qué me ha pasado?

III.1.6. Reflexiones sobre el Pasado

¿Qué me ha pasado?

Llega un momento en el que los informantes se plantean porqué se llega a las situaciones de ansiedad y/o depresión. En algunos casos surge espontáneamente a lo largo de la entrevista y en otros se pregunta explícitamente a qué atribuyen su enfermedad. También se

201 P1:1.1.1(339:345): “no, que daría lo que fuera por quitarme todo eso de encima, pero no, por un lado te lo digo, por otro lado también pienso, me tocó y punto, llevarlo dignamente, como mejor pueda, pero que la sociedad no está mentalizada, que , que no eres comprendida , que tal de todas todas, que es una enfermedad que como no sé, como una lepra, que a veces hay que ocultar.”

202 P7:1.1.4(283:288): “mira, yo quisiera quitarme todas esas cosas entiendes, pero noto que mi cuerpo las necesita, y si el día que no me las tomo, me da miedo, a lo mejor una noche la pongo sobre la mesilla y pongo un vaso de agua pa los nervios ¿no? Y a lo mejor me dejo dormir y por la mañana me veo la pastilla ahí”

203 P15:2.1.12.(683:686): “pero me encantaría prescindir de ella (refiriéndose al fármaco), pero totalmente, pero no sé si lo conseguiré, pero vamos, ese es mi objetivo primordial.”

204 P19:3.0.9.(396:407): “Bueno lo único que espero y le pido a Dios es que lo me está pasando ahora, lo que estoy sufriendo ahora pues se me se corrija ¿no?. Y ya entonces no tendría ningún tipo de problemas....Es decir, que deje de tomar el Seroxat. Que no me haga falta tomar el Seroxat para el problema que tengo y que no sea ninguna enfermedad grave ni mala, ni nada... ¿no?”

plantean qué problemas han tenido y cómo solucionar la situación o de qué manera se podría mejorar.

Causa de enfermedad.-

*Mayoritariamente la atribuyen a **causas externas**. Los acontecimientos vitales son los causantes del desarrollo de la enfermedad. Los problemas de pareja²⁰⁵, mal ambiente de trabajo²⁰⁶, las responsabilidades de la vida, el nacimiento de un hijo²⁰⁷, enfermedades o accidentes propios o de alguien en el entorno²⁰⁸, la muerte de un familiar²⁰⁹ y las exigencias de la sociedad²¹⁰ son factores estresantes que pueden originar y, en ocasiones, perpetuar la enfermedad. La mayoría de los informantes se refieren a múltiples circunstancias que se van acumulando a lo largo de la vida como el origen de su enfermedad, e incluso de la existencia de un límite al que se llega en un determinado momento que desemboca finalmente en la aparición de los síntomas.

205 P14: 3.1.7 (190:192): "el principio de mi primera depresión y de mis problemas que en realidad fueron con mi marido, las cosas como son."

206 P9:2.1.6(521:522): "también yo le achaco esto, no, le achaco esto a problemas de trabajo que hubo, ¿no?"

207P10:1.1.5(44:45): "Yo empecé más o menos que yo me notara más mal cuando yo tuve al niño, ¿sabes?"

208P7:1.1.4 (117:129): "Después mi suegro se enfermó y mi suegra, estuvieron 7 años enfermos, mi suegro con demencia senil, no eran sino 3 hijos, nos teníamos que ir a quedar un día y una noche cada una, pues mi marido como le falta una pierna, también a los 47 años le cortaron una pierna, fue otro problema grande que tuve, que de esto hace diez años precisamente hoy, pues todo se fue juntando, ¿entiendes? Después mi hijo a poco de lo del padre con 26 años se pinchó un ojo con un destornillador, se quedó ciego de un ojo, ahí tuvimos una serie de problemas con el que trabajaba que no le quería pagar, tenía un niño, estaba pagando un alquiler, claro uno no puede todo, y todos son nervios y todo eso lo vas guardando, ¿entiendes?"

209 P 7: 1.1.4 (11:12): "Yo empecé que mi padre se mató en un coche hace 19 años."

210 P12:2.1.19(405:431): "Y claro, tal como está planteado hoy la sociedad... Hoy la sociedad a todas las personas, mujeres y hombres, nos exige muchísimo. Tienes que ser muy guapo, tienes que ser muy alto, tienes que tener un currículum "cum laude", tienes que hablar perfectamente los idiomas, tienes que ser la mejor. Y encima, eres la mejor... eh... si alguna vez coincide... coincide con... eh... siempre, siempre habrá gente mejor que tú, porque forzosamente... Y... hmm...porque tú eres joven como yo, según veo, lo que te... lo que el mercado laboral te exige. Cuando consigues un trabajo encima has tenido que... eh... conseguir eh... un montón de obstáculos. Has salvado un montón de obstáculos. Pero llegas al trabajo y te vas a enfrentar a otro montón de obstáculos. A... a... competencias... eh...profesionales, en fin... ¿Qué te voy a contar que tú no sepas seguramente? Muchas cosas. Sa... sacar la carrera es difícil, ya sacar ca.. cualquier carrera es difícil. A mí Turismo, que tiene fama de que es una carrera fácil, pues a mí costó."

*Por otro lado, hay referencias importantes que lo atribuyen a una **causa intrínseca** del informante. A una forma de ser ²¹¹ ²¹² y de reaccionar propia y diferente de los demás. Por ello es más fácil entenderse con personas que padecen la misma situación ya que son más similares y hablan otro “idioma”, reaccionando de una manera más sensible a la vida en general²¹³.

*Muchos informantes relacionan las situaciones externas o ambientales con una repercusión sobre ellos más intensa que en otras personas por esas peculiaridades que ellos presentan, la actitud o personalidad sobre la que recaen los “problemas” o simplemente “el devenir de la vida”²¹⁴. Es la **combinación entre las dos causas** citadas previamente, una circunstancia que recae sobre una determinada persona produciendo como efecto la enfermedad.

*Las causas genética²¹⁵ u hormonal²¹⁶ tienen escasa representación en los informantes, no parecen influir demasiado e

211 P3:1.1.3(9:15): “Toda la vida he sido una persona nerviosa.

E: ¿Nerviosa?

P: De temperamento nervioso .Una persona muy activa, que todo lo quiero hacer y todo me preocupa, y quiero cumplir, y bueno.

212 P15:2.1.12.(327:329): “he llegado a aceptar que soy así, que para todo soy así, no sé si tiene una solución o no la tiene”

213 P1:1.1.1 (276:284): “somos personas más sensibles o... yo pienso que sí , que tenemos una sensibilidad que todo el mundo no tiene , no todo el mundo es fuerte y...

E: ¿fuerte?

P: fuertes de espíritu será, me refiero, y bueno, yo igual eso, pues no tengo tanta voluntad o no tengo tanto espíritu como los demás”

214 P12:2.1.19 (377:393): “I: Yo soy una persona con un grado de exigencia muy elevado. Soy muy exigente. Y, claro, cuando una persona se exige, cuanto más te exiges, más capacidad de...más posibilidades, pienso yo, esa es mi... mi... mi análisis personal de mi... de mi depresión, que en... las causas de otras depresiones serán distintas. Pero yo pienso que soy una persona con una alto grado de exigencia. Y, claro, cuanto más te exiges, más posibilidades tienes de fracasar. Y con el fracaso, cuanto más fracasos y más fuertes, pues más... posibilidades de deprimirte. Si tú pasas de todo y no te...no eres exigente, pues, pienso yo, que tienen menos posibilidades de deprimirte, porque no tienes por qué.”

215P1:1.1.1 (577:581): “algunas veces ella también se siente mal y a mí me da mucho miedo que coja una depresión, mucho miedo, mucho miedo, fíjate, a veces no quiero obsesionarme con eso, pero me da pánico que los chiquillos vayan a heredar la enfermedad..”

216 P1:1.1.1(265:278): “a veces me pongo a pensar y ¿ porqué? Y ¿porqué me da todo esto a mí? ¿porqué?, no se si será las hormonas, o qué será pero yo pienso que también tienen algo que ver en las mujeres

E: puede ser

incluso hay quien piensa que la genética, por ejemplo, no tiene nada que ver²¹⁷. Los cambios hormonales se relacionan con una personalidad de base que hace que sean más sensibles.

*No hay ninguna referencia sobre causas de tipo bioquímico o de neurotransmisores cerebrales.

*Hay referencias sobre posible relación con causas orgánicas²¹⁸, como cesáreas previas²¹⁹, el “azúcar” o el riego sanguíneo²²⁰, pero sin demasiado énfasis ni claridad.

*En nuestro entorno en el que el factor esotérico de las enfermedades es importante hay que tener en cuenta las referencias sobre creencias por parte de familiares de mayor edad que atribuyen el origen de la enfermedad a un “mal de ojo”²²¹ pero que no son valoradas como válidas por los informantes y no creen en esa posibilidad ni en buscar tratamiento o curación fuera del ámbito médico²²², en todo caso aceptan lo que hacen sus familiares como “rezos”²²³ o actos en los que no tienen que participar activamente.

P: sí si tiene que ver porque siempre te pones peor, esos días cuando te va a venir la menstruación, y todo eso, pero lo notas, el organismo influye mucho en..., a mí me influye, no sé si a los demás, pero a mí me influye Muchísimo”.

217 P20: 3.0.10.(531:545): “Lo que pasa es que eso son... no son enfermedades... eh... hereditarias. Son enfermedades que vienen. ¿No? La presión, que se descompensa. Una depresión no es que sea hereditaria, que sea heredada de... de un familiar. Me... me supongo que no. Esa es una cosa que da. Porque yo soy muy optimista. Soy soy bromista. Yo... no estoy callado, ni de estas personas que tienen un carácter... No, no, no. Yo hablo. Yo hablo y salgo con los amigos, estoy charlando, voy a la iglesia, charlo y... Sí.”

218 P21:3.1.8.(16:20): “me cogí una depresión y yo me encapriché que era otra cosa no que era un depresión realmente, me decían son los nervios, yo decía no, porque a mí lo que me daba era como vértigo, se me movían las cosas y yo no podía caminar, entonces me pusieron un tratamiento, eh.”

219 P10: 1.1.5 (54:55): “me decían los médicos que podía ser a consecuencia de las cesáreas”

220 P10:1.1.5 (487:490): “de la misma depresión, no sé, cosa que afecta, no sé si será el riego sanguíneo, que si esto que si lo otro, ya de eso no te digo porque de eso no sé”

221 P10:1.1.5(364:365): “mi madre se ponía “pero ay yo no sé qué te pasa, qué te han hecho a tí, porque estás tú así si tu no eras así”

222 P22: 1.1.13.(292:297): “no, tuvieron la suerte de que ellos hablaban ¿no?...eran mujeres..ellas lo que decían era que no quería que llorara sino que le contara los problemas que tenía.....entonces no sé..es una gente que no sé que trapiches tiene..no sé...yo fui para contentar a mi marido de tanto que me decían...”

223 P22:1.1.13(272:281): “E: su familia y sus amigos, ¿todo el mundo sabe lo que está tomando?

I: ah...si sí....nadie me dice nada....yo tengo... unas tías que me lo dijo el otro día...que es una maravilla para mí...y cuando ella llegó un día a mi casa y me vió me dijo L, ella me llama L, "oye ...pero ¿que pasa?". Las lagrimas se me bajaban por la cara pa abajo, Cuando se me quitó... "¿pero tu que

Tabú-estigma.- Otra de las reflexiones que realizan los informantes es el grave problema del tabú²²⁴ que existe tanto para el diagnóstico de depresión como para el tratamiento con psicofármacos²²⁵ al que se ha hecho referencia en el apartado de riesgos percibidos. Los pacientes se sienten marginados y diferenciados si hablan sobre estos temas, por lo que normalmente sólo escogen a determinadas personas, a veces ni siquiera las más cercanas sino hasta desconocidos para hablar de ello. Un ejemplo es el de dos de las informantes que se conocieron en una de las terapias de grupo a la que acudían y continuaron con su amistad posteriormente.

Una de las posibles repercusiones en el futuro puede aparecer a la hora de buscar un trabajo²²⁶. Es un problema tanto si se habla de ello como si no, por eso no saben si deben contarlo o no. El hecho de que la enfermedad limite su vida y afecte al trabajo hace que crean que deben contarlo antes de iniciarlo pero a la vez da “miedo” el hecho de que se les rechace por tener la enfermedad como si fuera la “lepra”.

La psiquiatría en general está rodeada de ese halo de extrañeza y marginación y aún siendo como dicen los propios informantes una enfermedad frecuente y habitual no hay manera de separarla de lo que popularmente se incluye dentro de la “locura”²²⁷. Se considera que la visión que tiene la sociedad debe cambiar y que la información sería una manera de solucionarlo.

tienes?..luego empieza la familia a darme ritos..te habrán hecho daño""..¿pero qué daños?...a rezarme pa ya pa ca.....todo el mundo decía lo mismo..."esta señora lo que tiene es un problema de huesos y un problema de nervios"

224 P16:2.1.18.(1101:1104): *"hay muchas personas que... que como que tienen miedo a hablar, a decir que están pasando por una depresión, que...que están tomando tal medicamento."*

225 P17:4.1.15.(212:214): *"Nunca le digo que es pa' la depresión ni nada. Sino que pa'no me mareo."*

226 P15:2.1.12.(724:729): *"ya me ha entrado el gusanillo ese de volver a trabajar, lo que pasa es que claro, choco con el hecho de decir, bueno yo empiezo a trabajar en un sitio y ¿qué hago?, o sea, ¿digo algo o no digo nada?"*

227 P19:3.0.9.(221:229): *"Claro... es que no sabía tampoco que... lo llevamos entre mi mujer y yo muy estricto secreto. No era decirlo "niños, mira, papá está yendo a un psiquiatra, pero lo primero que dices ¿es que está loco!". Lo manteníamos, ¿no?, en secreto. Que sí iba al médico pero no a... un psiquiatra porque sabe que la palabra psiquiatra se relaciona con locura. ¿No?"*

Una de las informantes presenta otro punto de vista respecto al tabú, considerando que la situación está cambiando y que ese tabú se está superando con el tiempo²²⁸.

Información como ayuda.- El tabú se suele relacionar con la falta de información que hay sobre el tema²²⁹ o la información incorrecta que se transmite entre las personas o por los medios de comunicación. Por ello la solución, o por lo menos una mejora en su situación, vendría dada por un aumento de la información²³⁰ ofrecida no sólo al paciente (lo que disminuiría el doctor-shopping y el drug-shopping y muchos años de sufrimiento innecesario)²³¹ sino también a su entorno sobre todo la familia con la que conviven (así se conseguiría más apoyo, que es fundamental para una mejor evolución de la enfermedad tal y como explican los informantes) y en general a la sociedad. Algunos de los informantes han decidido participar en el estudio porque lo consideran como una manera de ayudar a los demás²³² de una forma o de otra y además dejar de sufrir en silencio. Piensan en las personas que son como ellas y que sufren como ellas, se trata de apoyarse entre los que se sienten tristes o ansiosos porque es lo que les hubiera gustado tener cuando empezaron a sentir aquellos síntomas incomprensibles y comenzó toda su historia.

228 P22: 1.1.13 (262:271): "esto yo creo que es uno...que cuando tiene que hablar no habla...y entonces..como no habla..eso esta ahí..y cada día que pasa es peor... antes decirle a uno que tienes que ir al psiquiatra...o eso...ya todo el mundo miraba que si estabas loca..que si tal.....cual..sin embargo hoy no porque hoy lo ves mucho....hoy ves en el centro niñitos de 6, 8 años....a veces te quedas,";mi madre...y ¿esto?"..y ¿no lo vas a mirar por mi que tengo 47? No, es una cosa que yo..no sé si es la familia, que es algo que yo desde los 14 años vengo arrastrando, y eso..."

229 P21:3.1.8.(703:712): "o sea que yo pienso..que lo que haría mucha falta, porque...a mi me parece que ayudaría mucho era eso, que pusieran algo a nivel ya de médico..algo...como de medicina psicosomática..algo..como tratar un poco el enfermo, no sé...no una psicóloga, sino en sí un medico que esté preparado para eso, porque yo, que tengo lo que tengo a nivel de la mala información que tengo de mis enfermedades y de eso...porque yo siempre he estado pensando que es todavía peor la cosa de lo que...igual no...,pero que creo de lo que realmente es...quizás yo esté pensando..."

230 P1:1.1.1(431:433): "cuando se lleva una enfermedad de estas debería de haber mucha información. Mucha información al paciente, y a la familia, y al entorno"

231 P9: 2.1.6(123:125): "si en aquel entonces me hubiera mandado cualquier cosa o...de hecho me hubiera mandado a un psicólogo y yo no me hubiera trabado como me trabé"

232 P1: 1.1.1(357:365): "y lo mío es una obsesión, una locura por yo poder ayuda, de verdad porque no sé..."

E: ¿usted quiere salir...?

P: Y decir mi experiencia si para algo sirve, y decir cómo me siento y decirle a la gente pues que mira no se mortifiquen, que lo vean de otra forma, que no sé"

IV.2. Segundo nivel de análisis. *Proceso psico-social de consumo: Luchando internamente y con el exterior*

El segundo nivel de análisis incluye la recopilación de la información obtenida de las entrevistas realizadas (información “formal”, cfr (56)) y la incorporación de información informal basada en representaciones de los medios de comunicación (periódicos, películas, series de televisión, anuncios) conversaciones informales, experiencias obtenidas durante todo el proceso de la investigación, anécdotas recopiladas, etc. El segundo nivel de análisis permite la elaboración de una teoría utilizando el proceso inductivo y la interpretación de datos.

El objetivo de esta fase de análisis es identificar el proceso mediante el cual se maneja el consumo de los fármacos antidepresivos y ansiolíticos.

El siguiente diagrama (Gráfica 1) representa el proceso identificado que se ha denominado “Luchando interna y externamente”

El proceso identificado como “Luchando interna y externamente” se ha desarrollado a partir de los datos del primer nivel de análisis. Corresponde a una interpretación estructurada de los datos y confiere una profundidad mayor al análisis. A continuación se explicitan los datos y conclusiones que han permitido la realización de este modelo de “proceso” de uso.

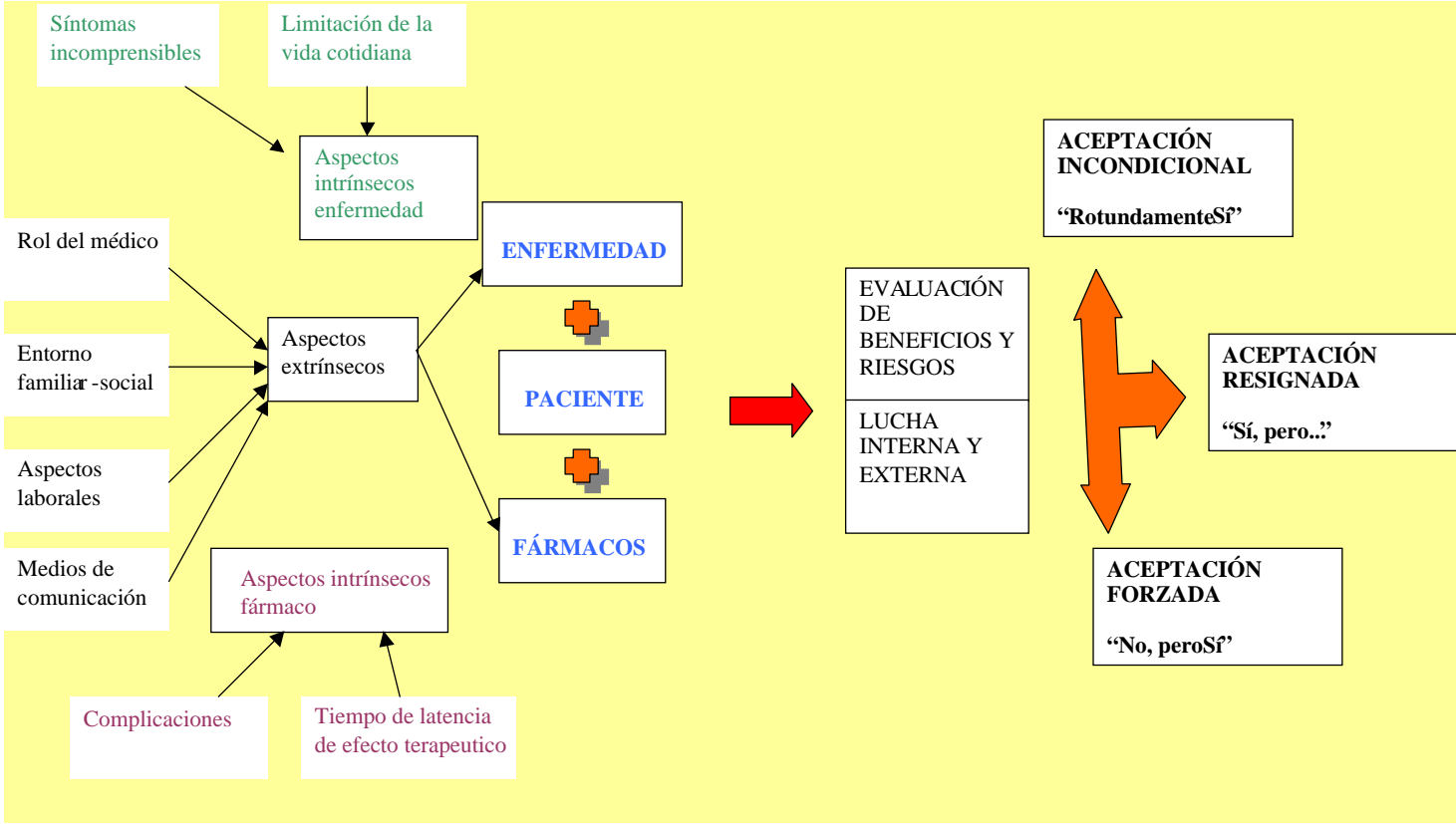
El paciente que utiliza fármacos antidepresivos y ansiolíticos se puede encontrar en una situación de conflicto importante debido a la lucha interna que realiza consigo mismo y a la batalla que debe lidiar con el entorno en el que convive.

Cuando el paciente inicia los síntomas de enfermedad depresiva y comienza con tratamiento farmacológico suele percibir efectos beneficiosos que mejoran su situación de salud. Esto es comparable a lo que ocurre con la mayoría de las enfermedades y su tratamiento farmacológico, sin embargo, en el caso de la enfermedad

depresiva y los fármacos que modifican el estado de ánimo, se presentan situaciones en el micro y macro-contexto que pueden ser especiales.

Frecuentemente los pacientes realizan un proceso de evaluación de beneficios y riesgos del consumo de los tratamientos farmacológicos. Pero este proceso no es tan simple, sino que hay una serie de factores que afectan a la toma de decisiones sobre el consumo del medicamento. Los factores que se han identificado, (cfr. Gráfica 1) en este estudio son los siguientes:

Gráfica 1. Proceso psicosocial básico: **Luchando interna y externamente**



IV.2.1. Factores intrínsecos relacionados con la enfermedad

Síntomas incomprensibles

Los síntomas que acompañan los trastornos del estado de ánimo pueden ser tanto físicos como psicológicos. Por un lado los físicos pueden reforzar el concepto de origen orgánico de la enfermedad y dificultar la aceptación del origen psicológico de la enfermedad, así como el *doctor shopping*. Y los síntomas psicológicos pueden no estar relacionados con acontecimientos vitales recientes sino del pasado, lo cual favorece la incomprensión de la causa de la enfermedad.

Limitación en la vida cotidiana

Los síntomas de la enfermedad limitan de forma importante las actividades de la vida cotidiana. Se afecta la normalidad y se dificulta el cumplimiento del rol del paciente tanto familiar, como social y/o laboral. Este aspecto favorece el sentimiento de culpa.

IV.2.2. Factores intrínsecos relacionados con el fármaco

Complicaciones

Los fármacos antidepresivos y ansiolíticos pueden presentar efectos secundarios relevantes, así como limitación en actividades habituales como conducir o consumir alcohol. La adicción y la farmacotopia son fenómenos relacionados con estos fármacos.

Tiempo de latencia de efecto terapéutico

La mayoría de los antidepresivos presentan un periodo de latencia de aproximadamente 6 semanas hasta empezar a mostrar efectos terapéuticos, por lo que este efecto puede contribuir al *drug shopping*

IV.2.3. Factores extrínsecos relacionados con la enfermedad y el tratamiento farmacológico

Papel del médico

El médico de atención primaria suele tener un papel importante en el manejo del tratamiento farmacológico por parte del paciente. Dependiendo de la actitud del médico, y de la información y explicación que ofrece al paciente, es posible influir en la aceptación de la enfermedad y del tratamiento. La actitud del médico es un factor que puede favorecer el *doctor shopping*. Hay que tener en cuenta que el *doctor shopping* es un fenómeno que puede retrasar el diagnóstico, favorece la realización de pruebas complementarias innecesarias y el tabú que ya existe sobre la enfermedad y los tratamientos farmacológicos para los trastornos del estado de ánimo.

Entorno familiar y social

La actitud de la familia y de las redes sociales influye claramente en el proceso de evaluación que realiza el paciente del tratamiento farmacológico. Sin embargo, en algunos casos es posible que el paciente actúe de forma independiente a dicho entorno, en ocasiones manteniendo en secreto su enfermedad y, en otras, enfrentándose a ellos. El estigma y el tabú son fenómenos que se relacionan claramente con el tratamiento. Una de las estrategias de manejo es la selección de personas con las que se comparte la enfermedad y con las que no se oculta el tratamiento farmacológico.

Aspectos laborales

Para los pacientes que realizan una actividad laboral remunerada, en ocasiones la enfermedad es una justificación para evitar la actividad laboral y, en otras ocasiones, el trabajo es una forma de terapia.

Representación en los medios de comunicación

Los medios de comunicación influyen en la representación social de la enfermedad y del tratamiento farmacológico. La representación es habitualmente negativa, y en menos casos informativa. No se favorece el consumo de estos tratamientos. La influencia de los medios de

comunicación aumentan el estigma y tabú que se relaciona con el tratamiento farmacológico de los trastornos del estado de ánimo.

IV.2.4. Factores relacionados con el propio paciente

El paciente también tiene su propia visión de la enfermedad y del tratamiento farmacológico. El paciente cuando llega a comprender la enfermedad y de localizar una explicación para sus síntomas siente un cierto alivio. Además, se añade la experiencia con el consumo del fármaco que predominantemente es positiva, una vez que se supera el *drug shopping* y se identifica un tratamiento farmacológico que permite recuperar una cierta normalidad.

IV.2.5. Proceso de evaluación

Todos estos factores influyen en la evaluación de los riesgos y beneficios del consumo de los fármacos antidepresivos y ansiolíticos. El resultado del proceso de evaluación es básicamente el siguiente:

Aceptación incondicional

En algunos casos el proceso de evaluación de los beneficios y riesgos del consumo de fármacos tiende a la aceptación del tratamiento de una forma incondicional. Es decir, los beneficios son claramente superiores a los riesgos y, el tratamiento farmacológico es una solución aceptable para el paciente. La aceptación del tratamiento farmacológico es “Rotundamente sí”.

Aceptación resignada

En otros casos, la balanza está más equilibrada, pero, aún así, el paciente se resigna a utilizar el tratamiento farmacológico como parche a su problema. Se trata de una aceptación del tipo “Sí, pero....”

Aceptación forzada

Por último, se ha identificado una situación en la que pesan más en la balanza los riesgos, sin embargo, se percibe como obligación y necesidad el tratamiento farmacológico para soportar los efectos de la

enfermedad. El tipo de aceptación se puede describir como un “No, pero sí”

IV.2.6. Discusión

Goffman (77) define la trayectoria cultural (moral career) como una serie de cambios progresivos que se producen en la auto-identidad de la persona como resultado de un proceso a través de una secuencia de posiciones, roles y estilos de vida. La interacción con el exterior en diferentes situaciones sociales dibuja la auto-percepción del yo mismo. Utilizando este concepto es posible dibujar una trayectoria por la que pasan los informantes estudiados. Goffman identifica el proceso en el tiempo por el que pasan los enfermos mentales institucionalizados. Este proceso comienza por una falta de identificación de la propia enfermedad, que solamente es visible por el entorno. De este modo cuando se produce un hecho que altera el desarrollo cotidiano socialmente aceptado, es cuando los actores implicados (familiares, sanitarios, personal de seguridad...) comienzan el proceso de etiquetado del paciente que acaba institucionalizado. Los resultados de este estudio identifican un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo que comienza con síntomas difícilmente comprensibles por el paciente y la familia y que pueden dificultar la auto-aceptación de la enfermedad. Habitualmente, no se busca ayuda hasta que se produce una afectación de las tareas cotidianas. Una vez obtenida la ayuda e instaurado el tratamiento comienza un proceso de evaluación en el que influye el hecho de estar etiquetado. La etiqueta es en parte positiva porque resuelve la incertidumbre, pero también es negativo porque se trata de una etiqueta estigmatizadora.

Los resultados de este estudio identifican un modelo de toma de medicamentos que está integrada en una trayectoria de consumo de los antidepresivos. Aunque se representa como un modelo lineal, esto es solamente para facilitar la lectura, pero lo que sí parece claro es que existe una evolución en el tiempo que es común para todos los estudios realizados en los diferentes contextos del proyecto, aunque hay matices diferenciales en algunos aspectos.

El tipo de sintomatología que se presenta en un paciente con depresión es responsable, al menos en parte, de las peculiaridades relacionadas con el consumo de los antidepresivos. Sobre todo cuando prevalecen los síntomas somáticos el diagnóstico de depresión y, prescripción de los antidepresivos puede ser inaceptable para algunos pacientes (78).

La búsqueda de ayuda ha sido descrita en otros estudios como la búsqueda de alguien que pueda comprender al paciente. Kadam et al (79) se refiere al psicólogo y a otras terapias alternativas como recursos a los que acuden los pacientes. En otros estudios (80) se identifica al médico general como la primera opción de búsqueda de ayuda y al psiquiatra solamente como aquel que se consulta cuando se trata de cuadros depresivos severos.

Los resultados del presente estudio concuerdan con los hallazgos de Zola (81) en el que desarrolla un modelo del proceso de búsqueda de ayuda. Zola especifica que la mera aparición de síntomas no es suficiente para que la persona busque ayuda sanitaria. Primero se produce una fase de “acostumbramiento” a los síntomas que se mantiene hasta que se afecta la actividad de la vida cotidiana/normal. La aparición de determinadas crisis es lo que dispara la búsqueda de ayuda.

Muchos estudios confirman la actitud negativa que tiene la sociedad en general sobre los fármacos antidepresivos (80;82), y cómo este hecho puede influir en la perspectiva del usuario que debe realizar una lucha externa mientras consume los antidepresivos.

La resistencia a la toma de antidepresivos se ha relacionado con la necesidad de que el paciente se redefina a sí mismo, ya que tomando este tipo de medicamentos está claramente afirmando que es una persona con un trastorno emocional que lo estigmatiza (83). Los hallazgos de este estudio confirman esta perspectiva de resistencia pero además explica los factores que influyen en el proceso de evaluación de la toma de este tipo de medicamentos.

Los hallazgos de este estudio concuerdan con la teoría desarrollada por Pound et al (84) sobre el hecho de que la razón por la que muchas personas no toman los medicamentos tal y como le son prescritos es por su preocupación sobre los propios medicamentos.

Aunque este no sería el único factor, ya que la relación médico-paciente es también muy relevante en el proceso de evaluación. En el caso de los antidepresivos se añade a esta fórmula de evaluación la percepción que tiene la sociedad de este tipo de medicamentos.

Por el otro lado, el cumplimiento y la aceptación del tratamiento es consecuencia de la percepción de beneficios que permiten volver a la normalidad. Otros estudios (85) han identificado más beneficios que comentarios negativos sobre la toma de antidepresivos, tal y como ocurre en este estudio. Sobre todo cuando un fármaco provoca una especie de efecto “revelación” permitiendo alcanzar la normalidad e influyendo directamente en el consumo incondicional. En el caso de la toma resignada del fármaco hay casos en los que existe una relación paternalista con el médico, lo cual repercute positivamente en el cumplimiento tal y como lo prescribe el médico. Este hecho facilita el proceso de aceptación del tratamiento, ya que creen que deben obedecer la indicación del médico.

En la mayoría de los casos existe una fase de proceso de evaluación de la toma del fármaco. Algunos informantes muestran sus preocupaciones sobre el medicamento, sobre todo las relacionadas con dependencia, adicción y efectos secundarios. A esto se añade el estigma, vergüenza y la sensación de considerarse como “locos” si aceptan el diagnóstico y tratamiento. En la evaluación entran a formar parte otros aspectos como son la precaución en la ingesta de alcohol y la conducción de vehículos.

El médico es uno de los actores más relevantes en la tendencia de la balanza durante el proceso de evaluación, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad. Obtener el apoyo necesario y la información suficiente es fundamental para la toma de decisiones.

En el estudio de Haafkens J (86) sobre el uso de benzodiazepinas se identifica el papel del médico como crítico en el consumo de dichos fármacos, sin embargo, no es el único factor encargado de convencer a los pacientes de que requiere de este tratamiento. La red socio-familiar y los medios de comunicación son fuentes de información y factores que influyen en la toma de decisiones. Estos dos últimos factores pueden influir en una visión negativa de este tipo de fármacos y valorarlos de forma aprehensiva. El

estudio actual coincide con el de Haafkens en la percepción beneficiosa de los fármacos porque permite el manejo de los problemas, aunque encuentran más preocupación por los efectos secundarios que los que se encuentran en el estudio actual.

En el lado de los beneficios se encuentra con un importante peso específico la vuelta a la normalidad alcanzada mediante el consumo del fármaco. En ocasiones, se utiliza el fármaco como una “muleta” para soportar los acontecimientos vitales.

La red familiar y social es otro de los factores importantes. Si es un apoyo positivo que no estigmatiza se evita el tabú y la balanza tiende hacia los beneficios. Sin embargo, si el entorno critica y no favorece el consumo de este tipo de medicamentos la balanza tiende hacia los riesgos y aumenta el dilema y se añade a la lucha interna. Los informantes dan un papel relevante a la representación negativa que realizan los medios de comunicación de dichos fármacos que repercute en la estigmatización y tabú.

El proceso de evaluación no es lineal, sino que puede ir en una dirección o en otra dependiendo de las situaciones en las que se encuentra el paciente. Este proceso puede durar años y es necesario el desarrollo de estrategias para manejar el consumo de los antidepresivos y/o ansiolíticos. Algunas de estas estrategias son la aceptación de la medicación como una necesidad, modificar la dosis, resignación o el ocultamiento a los demás.

IV.3. Análisis comparativo con otros países europeos

Tal y como se ha explicado en el apartado de metodología, ha sido posible desarrollar este proyecto en el marco de coordinación a nivel europeo. Los investigadores de los diferentes países han realizado simultáneamente el mismo proyecto con pequeños matices diferenciales pero con un mismo enfoque.

En la siguiente tabla se representa la muestra y características del trabajo realizado en los diferentes contextos (tabla 3).

Tabla 3. Características subestudios						
País/Característica	Dinamarca	Reino Unido	Irlanda	España	Holanda	Alemania
Nº Informantes	25	23	21	17	19	17
Nº Entrevistas	32	23	16 (1 grupo focal)	17	19	17
Edad	21-52	18-71	20-76	35-85	25-85	22-86
Sexo	25M/0H	16M/7H	13M/8H	13M/4H	13M/6H	14M/6H
Fármacos	IRSS	IRSS BDZ Hypericum Ninguno	IRS BZD Hypericum ADT Litio	IRS BZD Hypericum	IRS BZD	IRS BZD ADT Hypericum
Reclutamiento	Farmacias	Médico de cabecera Grupos de apoyo Contacto personal	Médico de cabecera Farmacias	Médico de cabecera	Farmacias Contacto personal	Médico de cabecera
Disciplina del entrevistador	Farmacia	Sociología	Medicina	Medicina	Farmacología social	Antropología
Año de realización de las entrevistas	1999	1999-2000	1999-2000	1999-2000	2000-2001	2000-2001
Lugar de las entrevistas	Domicilio o Universidad	Domicilio	Domicilio o consulta médica o sala en la universidad	Centro de salud	Domicilio o farmacia	Domicilio o despacho en la Universidad
Idioma de las entrevistas	Danés	Inglés	Inglés	Castellano	Holandés	Alemán

La mayoría de los grupos utilizó como técnica de recogida de datos la entrevista abierta. Salvo el equipo de Irlanda que complementó las entrevistas con la realización de un grupo focal. En el caso de Dinamarca se realizó una segunda entrevista a algunos de los informantes con el fin de profundizar en su experiencia. La mayoría de los grupos incluyó en su muestra informantes de ambos sexos (aunque con predominio de mujeres) y con un amplio rango de edad, salvo el grupo de Dinamarca que centró su investigación en mujeres jóvenes.

Predominantemente el lugar de la entrevista era el domicilio, aunque en algunos casos se utilizó otro tipo de salas y despachos. En el caso de España fue difícil intentar hacer las entrevistas en los domicilios ya que los informantes preferían acudir a un lugar externo.

La forma de reclutamiento dependió de la accesibilidad que tenía cada equipo de investigación a posibles fuentes de reclutamiento. La mayor parte de los informantes fueron reclutados mediante el médico de cabecera/atención primaria, aunque el uso de carteles, los farmacéuticos y el contacto personal fueron formas alternativas de reclutamiento.

Como ya se ha explicado anteriormente, el equipo europeo era multidisciplinar, lo cual tuvo un efecto enriquecedor.

Las entrevistas se realizaron en el periodo entre el año 1999 y el 2001, y cada uno utilizó el idioma de su país, aunque el idioma de equipo europeo era el inglés. Así, por ejemplo, las entrevistas en castellano se codificaron utilizando términos en inglés y en la etapa de relación de unos estudios a otros fue necesario traducir determinadas citas textuales al inglés.

El equipo alemán aportó un dato peculiar a la muestra, ya que realizaron entrevistas a informantes españoles inmigrantes en Alemania.

Para el análisis conjunto de datos se siguieron básicamente los pasos descritos en la metaetnografía de Noblit & Hare.

Se establecieron reuniones periódicas del equipo de investigación para facilitar la replicación del proceso de investigación en todos los contextos y la traducción de conceptos de un país a otro.

Durante las primeras reuniones se pudieron realizar los

primeros tres pasos que recomienda la metaetnografía: consenso sobre el objetivo del estudio y las similitudes y diferencias de cada contexto, identificación de los aspectos más relevantes y lectura de los datos de los diferentes estudios. En estas primeras reuniones los representantes de cada país realizaban una presentación del estado de su estudio y se comentaban las diferencias y similitudes de cada uno. A medida que avanzaba el proyecto, las siguientes reuniones permitían identificar cómo se relacionaban unos estudios con otros (cuarta etapa de Metaetnografía). Finalmente, un subgrupo del equipo (incluida la representación de España) realiza una “traducción” de conceptos de un país a otro (quinta etapa de Metaetnografía) y representa la síntesis (sexta etapa de Metaetnografía).

Para ello, una vez elaborada una lista de conceptos, cada país enviaba citas textuales que representaran sus datos para cada concepto. En la tabla 4 se presenta la lista de conceptos relacionados con la trayectoria de consumo. Las cruces representan que ese país aporta referencias al tema y los cuadros vacíos representan la falta de información identificada sobre ese tema por ese país.

En el proceso metodológico se hizo necesario compartir en el equipo las reflexiones de cada investigador sobre su participación en el estudio. Estas reflexiones personales eran esenciales para comprender el contexto de análisis de cada grupo y fueron compartidas entre todos los integrantes del equipo internacional. A continuación se incluyen las reflexiones personales de la investigadora principal enviadas al grupo, en inglés ya que fue el idioma común.

Reflexive accounts from Vinita Mahtani.

This will be a very interesting experience, just like a confession. I will start saying I am a doctor since 1995 and since the last one and a half year I am working as a medical resident in the largest hospital of Tenerife to become a specialist in Family and Community Medicine, something like a GP. Until I spoke to Emilio, who had been my teacher in some occasions while I was in University, I had no idea about qualitative research or imagined that it could be useful for me. Before this I just had read different articles and books

about scientific medicine and many times it had disappointed me, because I always thought that when I finished my career I would have enough knowledge to cure people, but this is not true medicine is something abstract, almost never 2 plus 2 is 4 and many people do not understand this. Before doctors were people who knew what is better for you and you just had to do what he or she said, but I don't think it is like this, doctors not always know what is better for you, they are no Gods, of course they almost always try to, and each time more people need to know Why? For what? And things like that, so I believe a doctor is someone whom you can ask for your health and get a advice and not a order, after this the person will decide what to do. I guess due to this believe of mine I felt so interested in qualitative research, because I was tired of reading things about drugs from the point of view of the pharmaceuticals companies, and of the doctors opinion about everything. It was very refreshing to read and work about the patients point of view because from beginning to end it is the centre of my profession.

All what I know about qualitative research is from Emilio and all of you, since then I find it very interesting because it is the only way to find out things that are not available in any other way. I prepared a speech about qualitative research and learnt a lot about it, but I have a long way to go that has began 2 years ago. This project is specially interesting to me because I wanted to be a psychiatrist so all what is related to this field is "passion" for me. If medicine is complicated to understand I think the mental and emotional part of it is even more and too many times ignored or joked about in some parts of my environment what makes me very angry most of the times. This has made all of it so interesting for me. I would like at the end of the project to be able to say that I have got to understand in some way the use of antidepressant drugs and what the people could need so I can offer them things that maybe are not available to them now, possibly this can help me each time I have to treat patients with this illness and all their environment, it could help in some way to elaborate points to think about for my colleges and the medical policy. I do not want to think about what are the results I expect, I want to find out which

truth is out there and find out if there is something to do to improve things.

About what can I bring to this project, I am not really sure about it, I think I get more than what can I give, but maybe the medical point of view can be useful to find practical use for our project, but as I said my medical point of view is different from many other doctors. I can bring some enthusiasm and a virgin qualitative brain that sometimes can see things with no background influence what can be in some cases useful.

PROJECT

Emilio had experience in making the recruitment through doctors, so for the project we used our influence in the medical world and got in touch with one of my good friends that was in her third year of residence in family medicine and was working in a rural zone primary health care centre. She was told to explain patients about our interest in making interviews for a study, so as long as they came by to the consultation room for any reason and were taking antidepressant drugs for more than six months they were asked to participate. We had all kind of answers in the first phase of recruitment. The ones who agreed were asked for permission to give their phone number to someone of the study, that was me, and then I called them to explain a bit more about our intention to find out what was going on with the use of antidepressants and we were interested in the personal experience of people. In the second phase of recruitment I found all kind of answers, as you can imagine. Once the person agreed we made a date, giving the option to change it, I always gave my phone number and called them one or two days before to confirm. I explained them we had to tape the interview and in several occasion I told them it was something voluntary and if in any time they decided to abandon there would be no problem.

This recruitment went fine for the pilot project so we used it for our study and found medical friends to recruit informants in the same way in their consultation rooms.

I was very interested in the hypericum users because I enjoy the now called natural medicine and I have special interest in its use. I had used it before in shape of oil for the nappy irritation of my son and had been fantastic, but I myself did not know its use for depression. I tried to ask my medical friends about it but almost nobody knew about it in that time. I decided to try in herbals shops and they told me that they sold quite a lot of it, so I asked permission to leave announcement about the study and little papers with my phone number in several shops. Nobody answered, some took my number but never called, only one called to ask me information about hypericum, and was not interested in the interview.

In one of the shops I met a psychologist (the owner's daughter) and she said she had patients for me but she looked not very helpful, but I am still in touch with her and hopefully get some informants from her. In the same shop they had some kind of healer (I do not actually know if he is a doctor or not) and tried with him to do the same thing as with the GPs but what he did was give me a large list of patients he had with hypericum and their phone numbers. I have this list but I will not use it because I do not think it is ethic to call them without their permission, it is very embarrassing.

The one hypericum interview I have is thanks to one of the GP that remembered one patient she had that had told her about it, so we called her.

The next point came when we had to decide who would held the interviews, at the beginning we wanted to avoid the possible interference of a doctor asking a patient so my husband was involved in all this to help me with my Thesis. He would be impartial and Emilio gave him indications for the interviewing and made the try for the pilot project. But I wanted to talk and LISTEN to the informants by my own ears, so after big efforts to convince Emilio I made a try to do interviews not telling the informant that I was a doctor unless they asked, as things went fine some of the interviews were done by me. I think we got people to talk with least interference and I am very glad this happened. I think Emilio is interested in having this experience so we will try for sure in the hypericum interviews. (It will be fun for me to analyse Emilio, and not only he to me).

Finally, where to make the interviews? We wanted to make them at home, but I found in some cases that when I told them about going to their house they felt bad about it because of different reasons, so when I made the date I offered them to go home or to meet in the primary health care centre, so I think they felt more comfortable and secure if it was done in the centre. When one told me that I could go to her house and gave me her address she regretted because she was not there and when I called her she did not want to participate why?. So then I decided to make all the interviews in the centres. I used to try and take some coffee and biscuits to make them feel easier. I think it was better like this not only for my kind of informants but for the interviewer. Anyway we will have to analyse all of this in the project.

DEALING WITH ETHICAL COMMITTEES.

Fortunate or unfortunately we don't have such committees for this kind of studies, and Emilio has a lot to do about this. So till now we use common sense and personal ethic. Personally I do as with my patients and use the hypocraticum laws, good for everything in life.

METHODOLOGY AND ANALYSES

The Spanish health care system is based on a public insurance that all citizens have just by living in Spain. For most people it is 40-60% shared cost between themselves and the government only for prescriptions and free for doctor consultation, hospital or specialist consultation but in circumstances of disability or low income you can have the status of pensions and get even the prescription free or other economic help for health issues. Some chronic diseases (i.e.: diabetes) have also drugs with a nominal fee.

At the same time many people have private insurance from different companies that have different offers of shared cost or have a group of doctors in their company that are covered by the insurance company. But for them the prescriptions are to be paid by themselves. This way of insurance is very common because it is not very expensive

and the public system has historically had a bad reputation which is changing now.

The prescriber is any doctor registered with the Colleague of Physicians.

There is a vast availability of alternative treatments like acupuncture, naturopathy, homeopathy or “chaman-medicine man, maybe not very well known but developing very rapidly in the last few years. “Chaman” are important in our society.

Mine is a medical background but in some way I have always appreciate the alternative therapies, specially acupuncture and herbal therapy for certain illness. I sometimes use it or even recommend some things that I have tried with me or my family and that have given positive results.

I think I bring to the project my medical knowledge about the topic and my great need, illusion and energy to learn each time more specially from others point of view different from my academic medical teachings.

I have arrive the qualitative research with this study so still in nappies about it but I really feel the difference from the first meeting I went in Copenhagen and the last one in Segovia where I knew what I was talking about and could feel it in me. I have used Grounded Theory “modified” (as Fiona once helped me to give name to my work).

I collected the informants from the primary care centres having in mind my theoretical needs: men-women; different ages; rural-urban; different antidepressants and anxiolytics. The data where analysed with the help of the Atlas.Ti. From the text I coded everything I found relevant creating 208 codes with about 1800 quotations. After those codes where grouped by families (category of different topics) and finally developed a interpretation of what was happening.

Initially my interest was to find out what was going on with depression and treatment, know I have found out many things about how the evolution of the illness and treatment is developed and how to reduce the suffering of these kind of patients which is my main

interest know. This study has helped me to understand better my patients and hope to make others understand them too because there is a lot of suffering that can be reduced if we put effort on it.

Los estudios realizados en los diferentes contextos participantes en este estudio, dibujan una trayectoria de consumo muy similar. Escuchar las entrevistas del estudio danés, alemán, inglés, irlandés y holandés parecen un continuum con las realizadas en el contexto de España, presentando, solamente, matices diferenciales en alguna de las etapas. La investigadora de este proyecto (VM) tuvo la oportunidad de realizar entrevistas a informantes en Irlanda identificando la misma trayectoria de consumo con los participantes de España. Así mismo, se pudo realizar una comparación de las entrevistas realizadas en Alemania a emigrantes españoles obteniendo una trayectoria similar.

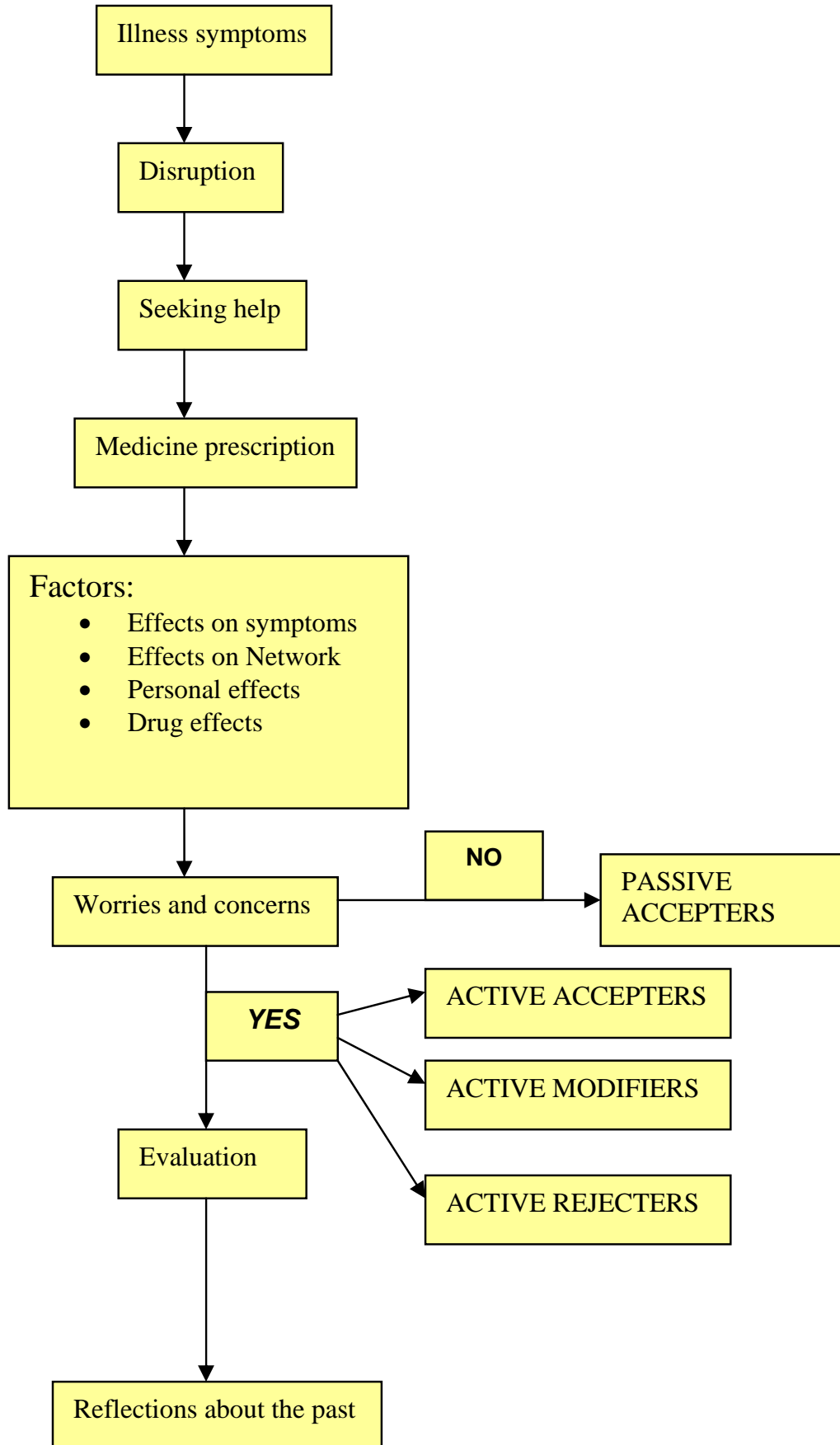
Tabla 4. Categorías de análisis estudio comparativo						
<u>País/Característica</u>	<u>Dinamarca</u>	<u>Reino Unido</u>	<u>Irlanda</u>	<u>España</u>	<u>Holanda</u>	<u>Alemania</u>
Cambios en la vida diaria, limitaciones y retos	X	X	X	X	X	X
Falta de comprensión	X	X	X	X	X	
Normalidad amenazada	X	X	X	X	X	X
Búsqueda de estrategias para recuperar la normalidad	X	X	X	X	X	X
Red familiar y social	X	X	X	X	X	X
Médicos	X	X		X	X	X
<i>Oneself</i>	X	X	X	X	X	X
Reacción ante ser etiquetados	X	X	X	X	X	X
Lucha interna	X	X		X	X	X
Lucha externa	X	X		X		X
<i>Drug shopping</i>		X	X	X	X	X

Estrategias de manejo del tratamiento		X	X	X	X	X
Efectos sobre los síntomas	X	X	X	X	X	X
Efectos sobre sí mismos	X	X	X	X	X	X
Efectos secundarios	X	X	X	X	X	X
Efectos sobre las redes						
De apoyo	X	X	X	X	X	X
Falta de comprensión	X	X	X	X	X	X
Dependencia/adicción/Recaída	X	X	X	X	X	X
Continuación del tratamiento		X	X	X	X	X
Dilema	X	X	X	X	X	X
Interrumpir el tratamiento	X	X	X	X	X	X
Causa percibida de la enfermedad		X	X	X	X	X
Reflexión sobre la necesidad de información como modo de ayuda.		X	X	X	X	X

El esquema de los resultados de la síntesis de los estudios primarios europeos se representa en la figura 1.

Este esquema de comparación de resultados está basado en el análisis conjunto del grupo de trabajo internacional, producido inicialmente por V. Mahtani y N. Britten, y que se encuentra transcrito en inglés, idioma original del proyecto, en el Anexo III.

Figura 1. Drug consumption Trajectory



IV.4. *Arts based research. Prozac y el águila*

La siguiente etapa del estudio consistió en la elaboración de una forma narrativa que representara el mensaje principal que se había identificado en el estudio. Se identificó una serie de personajes en forma de animales que representaran de alguna forma la realidad representada por los participantes. Finalmente se obtuvo un producto que se presenta en este apartado en forma textual y que se ha grabado en audio (Ver CD anexo a la tesis), ya que se trata de un cuento para ser contado. En el Anexo IV se incluye el texto en inglés de la narración.

Prozac y el águila

Esta es la historia de una pareja de águilas. Como todos saben las águilas viven en pareja, y con ella comparten toda su vida. La pareja protagonista de esta historia es algo peculiar. La hembra contaba que hace años uno de sus aguiluchos cayó del nido y lo perdió. En otra ocasión tuvo que separarse de sus pequeños cuando una tormenta le impidió volver al nido y pasó la noche preocupada por ellos. También contaba la historia de aquel día en el que un incendio acabó con gran parte del bosque con lo que conseguir alimento se convirtió en una tarea difícil. Así había muchas historias buenas y malas en su vida. Sin embargo, ella contaba que estas cosas había que asumirlas, que eran ley de vida, y, en parte, su fortaleza y naturaleza interior le permitían siempre seguir adelante. Incluso cuando algún loro o alguna periquita se le acercaba, con algo de miedo, pero con aire burlón, a contarle historias de su pareja: que si le habían visto visitar al águila del nido vecino, que si cruzaba el cielo que cubría el monte para pasear con no se quién...y así miles de historias, a las que prefería hacer oídos sordos y decía que no quería saber nada de aquellas habladurías.

Así pasaron muchos años, las cosas iban bien con algunos altibajos pero sin nada demasiado grave.

Pero...un día...el águila hembra estaba tranquilamente alimentando en el nido a sus aguiluchos que habían nacido aquel año, cuando sintió cómo su corazón empezaba a latir a la velocidad del rayo y sintió perder el conocimiento mientras todo giraba a su alrededor. Al cabo de un rato se sintió mejor y no le dio mayor importancia a aquel episodio.

En otra ocasión, mientras se despertaba porque llegaba la hora de ir a buscar alimento para sus pequeños si sintió incapaz de moverse, quedó como paralizada, aunque al cabo de un rato se recuperó.

Estos episodios se sucedieron en varias ocasiones, hasta que se vio tan bloqueada que era incapaz de alzar el vuelo.

Su pareja andaba algo preocupada por ella y no hacía más que empujar sus alas para que se moviera, pero ella se sentía cada vez peor.

Sus vecinos le recomendaron que fuera a visitar al petirrojo que al parecer sabía mucho de esos problemas que ella tenía. Y así lo hizo.

- *Hola petirrojo, vengo a pedir tu ayuda*
- *No te acerques a mí* - dijo el petirrojo asustado
- *No, no, no te voy a hacer daño. Me han dicho que quizá tú puedas ayudarme.*

Y así, el águila le contó su historia, y el petirrojo le dijo

- *Es posible que tu mal sea debido a que tu corazón está dejando de funcionar, así que te recomiendo que hagas un poco de ejercicio, dos vuelos diarios y toma unas semillas de girasol todos los días*

Nuestra protagonista no estaba muy convencida del consejo, pero tenía que intentarlo. Sin embargo, era incapaz de alzar el vuelo y realizar los ejercicios que le recomendó el petirrojo.

Al cabo de un tiempo, la visitó una amiga cuervo y escuchando su historia le recomendó que fuera a visitar al pájaro carpintero que sabía mucho de esos temas.

Así lo hizo.

- *Hola pájaro carpintero. Vengo a pedir tu ayuda*
- *No te acerques a mí* - dijo el pájaro carpintero asustado
- *No, no note voy a hacer daño. Me ha dicho mi amiga cuervo que quizá tú puedas ayudarme.*

Y así, el águila contó de nuevo su historia, y el pájaro carpintero le dijo

- *Es posible que tu problema esté en tu cabeza y en tus ojos, y que ya no ves bien. Debes hacer ejercicios para la vista y el equilibrio, usa estas gafas, y lánzate en picado desde tu nido una vez al día*

Nuestra pobre águila, ya desesperada, así lo intentó. Pero con aquellas gafas cada día andaba más y más mareada, y lo de lanzarse en picado estaba bien en su juventud pero ya no era capaz de ello.

De este modo nuestra amiga, iba de pájaro a pájaro pidiendo ayuda sin obtener respuesta.

Finalmente, sólo le quedaba ir a visitar a la lechuza. Así lo hizo y le contó su historia, y la lechuza le dijo:

- Es cierto lo que te han dicho los demás pájaros, tienes un problema en tu corazón, en tu cabeza, en tus ojos...pero también en tu alma y en todo tu ser.

La lechuza le explicó que muchas veces, sin saber bien porqué, los seres vivos sufren en su interior y llegan a sentir lo mismo que ella ha sentido. Es un mal del alma

- ¿No hay nada para eso? - Preguntó nuestra águila desesperada.

- Sí lo hay, pero debes tener cuidado. Puedes usar las semillas de amapola durante un tiempo y te ayudarán a buscar dentro de ti el mal que te daña para que puedas solucionarlo, pero no debes usarlas sino pasadas ocho lunas nuevas

-Así lo haré- replicó el águila algo desconfiada

Así comenzó a tomar las semillas de amapola, pasaron varias lunas nuevas y se sentía cada vez mejor, era tal la mejoría que ni siquiera se percató de que habían pasado las ocho lunas nuevas...ella decidió seguir tomándolas y continuó con su vida sin buscar en su alma el origen de su sufrimiento.

Algunos me preguntan qué fue de aquella águila, si fue feliz alguna vez, yo les cuento lo que me dijo la lechuza, el águila eligió ser feliz ignorando su sufrimiento interno, *¿quién soy yo para juzgarlo?*

Criterios teóricos y prácticos utilizados para la elaboración del relato.

Esta parte de resultados, en forma de cuento, no es algo que se haya hecho al azar, sino que los personajes, los acontecimientos y el desenlace que se plantea a lo largo del cuento, están justificados y es el fruto de un proceso reflexivo realizado durante todo el desarrollo del estudio.

Con el fin de obtener un producto creativo como es un cuento, es necesario tomar una serie de decisiones justificadas y basadas en los resultados científicos. En este caso, se decidió contar la historia de los participantes del estudio, pero utilizando personajes que no son seres humanos sino animales. Esta es una forma que se utiliza con frecuencia en la literatura, para poder explicar las cosas que le pasan a las personas, pero intentando crear un mundo ficticio. De esta manera conseguimos obtener una narrativa más ficticia pero sin perder, el fondo de la cuestión a seguir. Una vez tomada la decisión de transformar a los participantes en personajes con forma de animales, había que elegir una serie de personajes. En el cuento se puede ver cómo el personaje principal es un águila y el motivo por el cual se elige el águila es porque se trata de un animal que en cierta medida es bastante parecido, por lo menos en su comportamiento social, al de los humanos. En este sentido las águilas son animales que viven en pareja, comparten toda su vida habitualmente con la misma pareja y tienen descendencia de la que se ocupan hasta un determinado momento de su vida. Esta similitud en socialización hizo que este tipo de animal fuera el ideal para contar la historia, ya que los participantes hacen referencia a la vida cotidiana en la que se enuncia las relaciones de pareja, los hijos, los padres, el entorno laboral, etc. Se consideró a la hembra como protagonista, debido a que la mayor parte de nuestros participantes eran mujeres, además de que se trata de una enfermedad que afecta mucho más a las mujeres que a los hombres. Evidentemente se podría haber elegido otro tipo de animal, o al macho como protagonista, y probablemente se podría haber escrito esta historia de muchas maneras.

La siguiente decisión es sobre la trama de la historia. Al águila le ocurren una serie de acontecimientos a lo largo de su vida, en la que ella va teniendo que soportar. La forma en la que se cuenta tiene mucho que ver con lo que contaron los participantes: el perder un hijo, los problemas económicos, infidelidad de la pareja, problemas laborales, etc. Estas situaciones difíciles se intentan transmitir en la primera parte del cuento.

Durante mucho tiempo el águila no tiene ningún problema, los supera y considera que es como tienen que ser. Sin embargo llega un momento en el que, pues por algún motivo que nadie le sabe explicar y que de hecho no se llega a explicar a lo largo del cuento sino hacia el final, es exactamente lo que contaba la mayoría de los participantes. Esta etapa tiene que ver con el proceso por el que ella empieza a sentir una serie de síntomas y que realmente aparecen en el momento en el que más difícil es de comprender, porque realmente no le ha ocurrido ningún acontecimiento vital, mientras que están todos en el pasado, con lo que resulta muy difícil relacionar esos síntomas que tiene con algo psicológico.

Rumores que le llegan a ella sobre el hecho de que su pareja puede estar paseando con otros animales, con otras águilas y que ella hace “oídos sordos”. Realmente es una parte de la narración que se extrae de lo que contó una de las participantes. Por tanto en algunos extractos de la historia se incluyen hechos concretos contados por los participantes. Para poder ilustrar realmente esa transformación que se hace en cuento es muy importante el hecho de esas palabras que se eligen como: “así pasaron muchos años”, “pero un día el águila hembra estaba tranquilamente”. El uso de palabras exactas a lo que dijeron los participantes es fundamental para asegurar que se transmite el mensaje de la forma más cercana posible a los resultados del estudio.

En cuanto a los síntomas se redactan de la siguiente forma: “el corazón empezaba a latir a la velocidad del rayo”, o “perder el conocimiento mientras todo giraba”, “quedarse paralizada”. Son síntomas de los que se recuperan. Estos diferentes episodios se presentan por las diferentes historias que cuentan los participantes. El momento en el que dice que “ella se queda bloqueada y es incapaz de alzar el vuelo”, es muy importante porque refleja, que los participantes

cuentan que van sufriendo episodios con síntomas como taquicardia, mareo, palpitaciones, etc., pero en realidad hasta que no tiene un impacto importante sobre su vida cotidiana siguen adelante. Realmente cuando se afecta su vida cotidiana es cuando empiezan a buscar ayuda.

La siguiente parte importante de la historia es la presión del entorno. Era muy habitual que los participantes contaran que las personas en su entorno constantemente les empujaban o intentaban animarles para que hicieran cosas, sin embargo, los participantes consideran que esto no les ayuda. En el cuento se refleja en la parte en la que se dice “su pareja andaba algo preocupada por ella y no hacia más que empujar sus alas para que se moviera, pero ella se sentía cada vez peor”.

La siguiente etapa es la que se denomina en los resultados del estudio como “*doctor shopping*”. Es decir, ir de médico en médico buscando ayuda. Por ello aparecen en escena personajes como el petirrojo, el pájaro carpintero, y finalmente el búho. El búho representa un animal sabio, es realmente el que le va a dar una respuesta que le va a ayudar, y por eso es el elegido para representar al profesional sanitario que le da respuesta y explicación a sus síntomas, y el que inicia el tratamiento que consigue controlar el problema. En el cuento se hace referencia a las recomendaciones que le hacen los otros pájaros, pero que a ella no le sirven. Cada uno representa a un profesional diferente, por ejemplo uno que considera que los síntomas son de origen cardiológico, o neurológico. El búho es el que realmente le explica sobre los síntomas pero que hay un problema de fondo con lo que se pretende la parte psicológica de la persona.

El tratamiento que ofrecen los demás profesionales se refieren al “*drug shopping*” que se explica en los resultados del estudio. La siguiente decisión era cómo representar el tratamiento con antidepresivos y por ello se utilizó la idea de las semillas de amapola y la limitación en la duración del tratamiento por eso dice “no debes usarla sino pasada ocho lunas nuevas”.

El desenlace de la historia tal y como se representa en el cuento es una de las posibles opciones. En este caso se quiso representar la idea de mantener el tratamiento en el tiempo porque no desea volver a

sentir los síntomas, la tristeza y la consiguiente afectación en la vida cotidiana.

Este es un posible desenlace, evidentemente como se pueden leer en los resultados del estudio esta misma historia se podría escribir con un mínimo de tres desenlaces diferentes. Se eligió en este cuento este desenlace quizá porque es el que se puede considerar el más problemático. Otro posible desenlace, podría ser que simplemente ella toma las semillas de amapolas ocho lunas nuevas, resuelve sus problemas como que son la causa de la depresión. O bien, el desenlace podría ser aquel en el que se representa el sentimiento de culpa, en el que decide tomarlo y continúa con su vida, pero intenta resolver el problema en cierta medida.

Por eso el final de la historia, se deja entre-abierta, se deja a la interpretación del que escucha la historia.

Además se incluye al final el aprendizaje que quizás los profesionales sanitarios podemos hacer de toda la historia (o por lo menos el que hice yo). De hecho la última frase de la historia es “pero yo me digo, ¿quien soy yo para juzgarlo?”. Esa frase resume lo que como investigadora, profesional sanitario y persona uno de los temas sobre el que he aprendido con este estudio: el hecho de que cada persona tiene su historia, cada una tiene sus estrategias y recursos para resolver los problemas, por lo que los profesionales sanitarios no podemos considerarnos como los más capacitados para decidir si lo que hace el paciente con la medicación es bueno o malo sin conocer y tratar de entender la historia y los motivos que pueden tener los pacientes para actuar de una determinada manera.

Cuando se ha presentado este cuento ante profesionales sanitarios les hace reflexionar, ya que el final de la historia permite el debate y la diversidad de opiniones pero deja claro que es muy importante conocer la historia de las personas y cuales son sus preferencias, sus miedos, sus preocupaciones, y en base a eso ayudarles a tomar una decisión. Hay que tener en cuenta que tomar un medicamento con ese sentido de culpabilidad y de tabú que puede rodearlo no es nada fácil para los pacientes y nosotros tendríamos que conocer eso, para poder ayudarlos.

El proceso descrito para la elaboración de las diferentes partes de la historia, por tanto, no ha sido al azar sino que se ha seguido una pauta sistemática y justificada. Se comienza por decidir cuál es el mensaje que se necesita transmitir con la historia. En este caso los mensajes más importantes que habían transmitido los participantes: la falta de información, la falta de comprensión, y el estigma y el tabú por parte de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general. Teniendo en cuenta este mensaje es cómo se ha construido la historia, el hecho de transformarlo en un cuento, realmente tiene como objetivo el hacer algo que pedían los participantes: ejercer un impacto sobre la forma en que la sociedad ve a estas personas con este problema, así como en los profesionales sanitarios. Por tanto, era una responsabilidad generar un producto que no fuera puramente científico, tal y como lo conocemos, sino que fuera un producto que realmente pudiera transmitir el mensaje que los participantes quieren dar a la sociedad y la responsabilidad como investigadora hacía que fuera una obligación generar un producto de este tipo.

La elaboración de un producto en formato artístico sigue el movimiento denominado *“arts based research”*. La preocupación por la transferencia de conocimiento, adecuada, suficientemente amplia y profunda, es un factor que ha contribuido en el desarrollo de este movimiento de forma creciente. Algunos investigadores que utilizan métodos cualitativos han modificado las formas clásicas de diseminación de resultados a formas alternativas relacionadas con las artes y las humanidades.

Hay una serie de factores implicados en este proceso como son los siguientes:

- Por un lado, existe una crisis de representación (66) producida en la investigación cualitativa por considerar inadecuadas las formas tradicionales de los informes, que permiten representar de forma fidedignas y justas la vida de los informantes;
- Un segundo factor según Van Manen (67), es el deseo de los investigadores de provocar una comprensión más sentida de la experiencia humana;

- y un tercer factor, la preocupación por producir cambios sociales y no meramente de informar de los resultados.

En la literatura se ha publicado un gran número de historias y formas de transferencia de conocimientos basadas en los cuentos, la pintura, la poesía, el drama, etc. Cada vez más se van considerando este tipo de formatos como los más apropiados dependiendo del objetivo del estudio y la audiencia a la que se quiere acercar los resultados.

En el caso concreto de este estudio se siguió un proceso. Se hace primero un análisis del estudio primario basado en la recogida de entrevistas. El siguiente paso es la reflexión interna de lo que se consideró que solicitaban los participantes tanto de una forma explícita como implícita. Por otro lado, el impacto que tiene este estudio sobre la investigadora ocurre en tres facetas diferentes:

- Como médico: un cambio de visión acerca de los pacientes que toman antidepresivos.
- Como investigadora: preocupación sobre difundir los resultados pero intentando alcanzar a la audiencia apropiada para mantener la fidelidad con los participantes.
- Y por último un impacto sobre mí como persona y contadora de cuentos *amateur*: en el que estaba acostumbrada a utilizar el cuento para la educación infantil y para la estimulación a la reflexión.

Uno de los aspectos más relevantes era el de mantener la coherencia. Para ello en todo momento se tuvo el esquema de la evolución natural del uso o trayectoria de vida que se había elaborado en la etapa previa del estudio a partir de las historias de los participantes y que había obtenido como resultado del primer análisis descriptivo. Se escogió este nivel de análisis para comenzar ya que era importante mantenerse cerca de los datos de forma menos interpretativa. Encontrar el equilibrio entre la creatividad y la realidad es fundamental si el objetivo es transmitir un mensaje concreto y que cualquier tipo de audiencia lo entienda claramente. A partir de esta

fase se seleccionó una modalidad artística, que en este caso era un cuento corto, cuento para ser contado, debido a que era el formato que mejor manejaba. Finalmente se seleccionaron los personajes, la trama ajustada a los resultados del estudio y del mensaje que se trasmite, sin perder el hilo de lo que se quería decir con el cuento.

Una vez redactada la narración se planteó el problema de su “validez” como forma de transferencia de conocimiento. El primer paso fue contárselo al segundo entrevistador que confirmó que reflejaba el mensaje de los participantes. Uno de los directores de la tesis fue el segundo cribado. Y se eligió a un experto en narrativa corta y profesor de la Facultad de Educación de la Universidad de La Laguna, el Dr. Ernesto Abad, que hizo sugerencias para mejorar aspectos formales de la narración.

El siguiente paso fue hacerlo público y pilotarlo en diferentes foros para obtener una evaluación desde la perspectiva de otros profesionales de la rama de la investigación cualitativa. Para ello se escogió el Congreso Iberoamericano de investigación cualitativa en salud celebrada en Puerto Rico en el año 2008. En este congreso se confirmó que el mensaje era comprensible y se apreciaba como plausible.

En un curso sobre transformación en productos artísticos de resultados científicos realizado en septiembre del año 2009 se presentó el cuento y se utilizó para establecer un debate sobre aspectos metodológicos y éticos de este tipo de productos.

Algunas de las reflexiones que se plantean para el futuro son las siguientes:

- ¿La narrativa puede representar sólo parcialmente los resultados?
- ¿Qué aspectos éticos se deben tener en cuenta a la hora de elaborar un producto artístico?
- ¿Cómo asegurar que se recibe el mensaje que se desea transmitir? Hay algunos autores como Margaret Sandeloski (69) que en el formato que utilizan incluyen un apartado explicativo, es decir, que se añade a la parte ficticia una explicación que incluye el mensaje explícitamente. Otra opción es la de elaborar formatos descriptivos cuyo margen de interpretación por la audiencia sea

limitado, ya que este podría ser origen de problemas éticos y de validez del formato artístico.

- Por otro lado están los aspectos relacionados con la evaluación. ¿Es necesario buscar formas que evalúen la validez de este tipo de formatos? Y si hubiera que hacerlo ¿cómo se podría hacer?
- ¿Se alcanza el impacto deseado con este tipo de formatos?, ¿cómo buscar los foros adecuados para su presentación? Son preguntas que se pueden plantear en el futuro para valorar la utilidad de estos productos artísticos, ya que el éxito de cualquier formato artístico depende del público y de su capacidad receptiva.

V. Conclusiones

1. Las técnicas de investigación cualitativa se han demostrado útiles para estudiar y comprender en profundidad los problemas de salud desde la perspectiva de las personas que los sufren.
2. La metaetnografía ha sido útil para realizar la comparación de estudios similares realizados en diferentes contextos.
3. Se distinguen seis etapas en la **trayectoria del consumo** de antidepresivos y ansiolíticos: aparición de síntomas, búsqueda de ayuda, comienzo del tratamiento farmacológico, obtención de resultados, enfoque del futuro y reflexiones sobre el pasado.
4. La trayectoria se inicia por la aparición de síntomas que son incomprensibles para el paciente. Durante largo tiempo el paciente convive con estos síntomas físicos y/o psíquicos hasta que afectan la vida cotidiana. En este momento se inicia la siguiente etapa con la búsqueda de ayuda.
5. En la segunda etapa, búsqueda de ayuda, ocurren habitualmente dos fenómenos, la búsqueda de ayuda médica en diferentes fuentes (“Doctor Shopping”) y la misma búsqueda de alivio con diferentes fármacos y otros remedios (“Drug Shopping”). Finalmente se suele identificar un profesional sanitario que explica el problema de salud e inicia un tratamiento farmacológico basado en antidepresivos y/o ansiolíticos.
6. El papel del médico es visto por los pacientes desde diferentes atribuciones: sanador, prescriptor, informador, intermediario, o escuchante.
7. La tercera fase de la trayectoria se caracteriza por el comienzo del tratamiento farmacológico. En esta etapa está definida por un

continuo conflicto interno y externo. Tanto en la ambivalencia personal con respecto a los fármacos (interno) como en los conflictos con la percepción de la medicación psiquiátrica por su entorno social (externo). Para sobrellevar estos conflictos los pacientes utilizan diferentes estrategias dependiendo de la fase en la que se encuentran y de sus propias creencias y valores. Las estrategias de manejo de estos medicamentos se han identificado con los siguientes términos: asumir la situación, ocultarla, apoyarse en el criterio médico para justificarse, modificar la dosificación, tenerlo como un “seguro”, o valorarlo con normalidad.

8. La cuarta etapa es aquella en la que se perciben los resultados de la medicación. Los beneficios percibidos son, habitualmente, superiores a los riesgos.

9. Los beneficios percibidos se pueden clasificar con los siguientes conceptos: cambios positivos de vida, vida normal (normalidad versus enfermedad), realización de actividades concretas, seguridad, “pharmacotopia”, curación de la enfermedad, “panacea”, solución, mejoría parcial, alivio de síntomas y/o obtener atención-beneficios secundarios.

10. Los riesgos percibidos fueron difíciles de recoger por lo que metodológicamente se tuvo que seguir un enfoque ETIC para poder profundizar en este aspecto. En todo caso se identificaron los siguientes riesgos: recaída, dependencia psicológica, dependencia física, tolerancia, adicción, incompreensión, falta de eficacia, retraso en el efecto, efectos secundarios y/o limitación de la vida.

11. Con la mejoría del problema de salud mediante los antidepresivos y/o ansiolíticos, y con base en el conflicto continuo tanto interno como externo que sufren los pacientes, se produce una quinta fase en la que es necesario tomar decisiones sobre el futuro del consumo de estos medicamentos. Básicamente se identifican tres

enfoques: continuar el tratamiento, deseo de abandonar (“sí pero no”) y finalizar el tratamiento.

12. En la trayectoria de consumo aparece habitualmente una sexta etapa donde se plantea un análisis sobre las posibles causas de la aparición de este problema de salud: causas externas relacionadas con acontecimientos difíciles ocurridos en etapas previas de la vida, causas internas sobre todo por el tipo de personalidad de cada uno, o ambas simultáneamente. Los factores genéticos, hormonales, u orgánicos son valorados como posibles pero menos importantes. Las causas esotéricas son un factor considerado como posible en algunos casos.

13. El tabú y estigma son aspectos frecuentemente relacionados con el consumo de los antidepresivos y/o ansiolíticos y que influyen en el conflicto externo que los pacientes deben manejar. La imagen que ofrecen los medios de comunicación se considera inapropiada y, por tanto, favorecedora del mantenimiento del estigma.

14. La información, tanto para el paciente como a la sociedad en general, se considera como fundamental para el proceso de cambio de la visión de los fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos. Los pacientes consideran que si se consigue modificar esta imagen es posible disminuir el nivel de conflicto que deben manejar los pacientes.

15. La “trayectoria de consumo” de ansiolíticos y antidepresivos conlleva la etapa de “búsqueda de ayuda” ya descrita, y los resultados de esa búsqueda implican una **continua evaluación de los beneficios y riesgos** por parte de los pacientes con el fin de tomar una decisión, más o menos explícita, en relación al manejo de dichos fármacos. A este proceso ha sido caracterizado como “luchando interna y externamente”.

16. Los factores que forman parte del proceso denominado “luchando interna y externamente” abarcan diferentes ámbitos: Factores intrínsecos relacionados con la enfermedad (síntomas

incomprensibles y limitación de la vida cotidiana); Factores intrínsecos relacionados con el fármaco (complicaciones, tiempo de latencia del efecto terapéutico); Factores extrínsecos relacionados con la enfermedad y el tratamiento farmacológico (papel del médico, entorno familiar y social, aspectos laborales y representación de los medios de comunicación); y Factores relacionados con el propio paciente.

17. Se han identificado al menos tres posibles resultados del proceso de evaluación de los beneficios y riesgos (“luchando interna y externamente”) en el consumo de antidepresivos y/o ansiolíticos: Aceptación incondicional (“Rotundamente sí”), Aceptación resignada (“Sí, pero...”) y Aceptación forzada (“No pero sí”).

18. La comparación de las trayectorias, proceso de evaluación y posibles estrategias de resolución de dicho proceso han resultado similares en los diferentes contextos europeos estudiados. En todos los casos la percepción de beneficios del consumo de los fármacos antidepresivos predomina sobre la percepción de riesgos. La trayectoria de consumo es básicamente similar, salvo matices, en los diferentes contextos sobre todo relacionados con la atribución causal de la enfermedad.

19. Finalmente, la metodología denominada Arts based research podría ser una opción innovadora de difusión de resultados científicos en formatos artístico-creativos para determinadas audiencias con el fin de transferir conocimientos y provocar cambios sociales y conceptuales.

Conclusions

1. Qualitative techniques are useful to study and understand in depth the health problems from the perspective of the people who suffer them.
2. Metaethnography has proven to be a useful method to compare similar data from different context.
3. Six phases have been described when searching for the consumption trajectory of antidepressant and anxiolytic drugs: beginning of symptoms, looking for help, starting the drug treatment, perception of results, perspectives about future, and reflections about the past.
4. The trajectory begins with certain symptoms which are not understood by the patient. For long time the patient manages these physical and/or psychological symptoms until they interfere with the daily activities. At this point is when they start to look for help.
5. Two phenomena occur along the searching for help process: “Doctor Shopping” and “Drug Shopping”. Finally this phase is overcome when a health care professional is capable of informing and explaining deeply the health problem which the patient is suffering and the pharmacological treatment based on antidepressant and/or anxiolytic is prescribe.
6. About the physician, different roles have been identified: healer, prescriber, informer, mediator and/or listener.
7. The third phase of the consumption trajectory begins with the drug treatment. Along this phase there is an internal and external conflict which the patient has to deal with. On one hand the personal

ambivalence related to the drug treatment (internal) and on the other hand with the conflict related to the social perception of psychiatric drugs (external). To overcome this conflict the patient may use different strategies according to the illness phase or their own values and beliefs. The coping strategies have been defined under the following categories: assuming the situation, hiding, justifying by medical prescription, modifying the doses, using it as a “crutch”, or as something normal.

8. The fourth phase is related to the perception of the drug treatment results. Usually the perception of benefits is over the risks.

9. The perceived benefits identified are: positive changes in life, normal life (normality versus disease), capability to do concrete activities, safety feeling, “pharmacotopia”, disease cure, realization de activities concretes, safety, “pharmacotopia”, disease cure, “panacea”, solution, partial improvement, symptoms relief and/or secondary benefits-special care.

10. An ETIC approach was needed to study the perceived risks as it was less explicit by the participants. The following risks were identified: relapse, psychological dependence, physical dependence, tolerance, addiction, lack of understanding, lack of efficacy, delay of the effect, second effects and/or life limitation.

11. When the health problem is improved due to the antidepressant and/or anxiolytic, and based on the continuous internal and external conflict which patients suffer, the next phase begins. In this phase there is a need to make decisions about the future of the consumption of these drugs. Three main approaches were recognized: to continue the treatment, the desire to abandon (“yes, but no”) and to finalize the treatment.

12. Along the trajectory the process rises the question about the causes of the origin f the health problem. These are: causes related to

difficult life events in the past, internal causes related to the type of personality, or both simultaneously. Other as genetic, hormonal, or organic factors were named but with less emphasis. The esoteric causes were considered in some case.

13. Taboo and stigma are frequently aspects related to the consumption of antidepressant and/or anxiolytic drugs. Both highly influence the external conflict which patients have to cope with. The media provide an inappropriate image of the disease and its therapy, and so forth act in favour of the maintenance of the stigma.

14. It is considered that the improvement in the information available to the patients and society is basic in order to change the way in which antidepressant and anxiolytic drugs are valued. If this image is modified it is possible to reduce the level of conflict which patients have to manage.

15. The consumption of antidepressant and/or anxiolytic drugs implies for the patients an evaluation process of benefits and risks in order to make, more or less explicit, decision about how to manage these drugs. This evaluation process has been called in this study “internal and external fighting”.

16. The factors involved in the external and internal fighting are: intrinsic factors related to the disease (symptoms which are not understood and limitation of daily life activities); intrinsic factors related to the drugs (complications, latency period of the therapeutic effects); extrinsic factors related to the disease and the pharmacological therapy (role of the physician, family and social support, work, media) and factors related to the patient.

17. At least three possible results of the evaluation process of benefits and risk were identified: unconditional acceptance (“Absolutely yes”), resigned acceptance (“Yes, but...” and forced acceptance (“No, but yes”).

18. The comparison of trajectories, evaluation process and resolution strategies had more similarities than differences between the different European contexts studied. In all cases the perception of benefits was predominant over the risks. The trajectory was basically similar, except for some nuance, as the cause of the disease.

19. Finally, Arts based research method could be considered as an innovative option to transfer knowledge through artistic-creative products for some audience to produce social and conceptual changes.

Anexos

Anexo I. Tabla de frecuencias de códigos por entrevistas

CODES	PRIMARY DOCS																		Σ
	1	2	3	7	8	9	10	12	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
"craziness"	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	8	
"pharmacotopia"	1	3	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	
addiction	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	4	
addiction NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	
afraid of drugs	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	
afraid of illness	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	5	
afraid of others	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
against psychiatrist	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
against use	5	0	1	1	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	13	
age influence	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
agitated	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
agoraphobia	1	2	0	0	0	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	
alapril	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
antirelajantes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
autonomy. NO	0	1	0	0	0	1	0	2	1	0	4	0	3	3	2	0	2	19	
autonomy. YES	0	3	5	8	0	0	2	3	3	2	0	1	0	0	1	1	1	30	
autoresponsability	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
avoiding attitude	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
better lies	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
black magic	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	

black magic NO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
blackouts	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
capricious	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
cause solution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
change attitude due	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	4
children support. NO	3	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7
children support. YES	0	1	1	2	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	2	2	14
claustrophobia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
conductual changes as treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	5
cowardice	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4
chronic drug use	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	6
crying	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
culpability	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
cure	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	6
cure. NO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	5
death as solution	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
death feeling	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4
delayed positive effect of the drug	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
delayed positive effect of the drug. NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
delayed treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
dependence	5	1	0	2	2	1	5	2	1	0	1	3	0	0	0	1	25
depression as illness	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
desperation	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
diazepam	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
difference with other illness	2	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	2	0	0	9
difference with other illness. NO	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	4

difference with other people	3	0	0	0	0	0	3	9	2	0	0	0	0	0	0	1	0	18
different ad drugs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
different coping drug	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
different view of life by drugs	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4	1	0	0	8
doctor shopping	1	0	0	1	0	3	2	0	0	2	0	0	0	0	4	3	16	
doctor shopping NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	
Doctor truth-lies to support	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
drug approval	0	2	1	0	0	2	1	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	12
drug as solution	2	3	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	11
drug benefit	4	10	0	2	0	3	6	5	1	0	2	2	0	2	3	2	3	45
drug limitation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
drug shopping	0	0	0	2	0	0	2	1	1	0	0	1	1	3	0	2	3	16
drug to do things	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	7
drug trial	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
drugs as part of treatment	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	1	2	1	0	9
Dumirox 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Emilio	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
empathy with similar	5	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	0	0	1	0	3	0	17
environmental cause of illness. NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
environmental cause of illness	2	6	5	3	0	2	6	4	7	8	4	8	4	4	3	3	3	72
exaggerate positive	1	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	0	0	0	9
exclusion feeling	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
external fight	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
family mental illness	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5
family support	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
family support NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

fear	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
frequent illness	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	
genetic cause of illness	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
genetic cause of illness. NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	
good effect of the interview	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
GP's Help	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	
group therapy	3	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	7	
Heral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
hiding feelings	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
hipericum	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
hipericum for minor	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
hormonal cause of illness	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
ignore reality	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	
illness as teacher	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
illness evolution	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
illness profit	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	8	
illness symptoms	4	3	1	2	0	5	3	4	1	5	2	4	4	1	2	5	1	47
independence from family	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
independence from psychiatrist	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Information as Help	6	1	0	1	0	3	4	0	0	0	2	0	1	0	0	5	0	23
insomnia	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7	
internal fight	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
internet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
interview the partner	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	
intrinsic cause of illness	1	1	1	1	0	1	0	3	0	2	0	1	0	1	6	1	0	19
Knowledge about drug	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	

Knowledge about drug. NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
learned use from hospital	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
less importance of treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
lexatin	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
libro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
life change	1	0	0	0	0	1	6	5	0	3	1	0	1	6	0	1	3	28
Life limitation	1	3	0	1	0	5	1	3	6	4	1	1	6	3	2	3	0	40
locked in	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	0	12
loneliness	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	4
medical knowledge about illness	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
medicine as street drug	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5
metaphors	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
miedo	3	1	0	2	0	6	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	20
need of use	3	1	0	2	0	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	14
need of use NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
need to talk about the illness	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4
negative relation with the doctor	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
neurologist	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
newspaper	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
no cause for illness	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
no drug dependency	0	3	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
no environmental aetiology	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
no knowledge about the drug	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3
noctamid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
non doctors therapy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
normal life thanks to drugs	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5

normality of illness	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
normality vs. illness	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	1	0	7
not working as solution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3
organic cause of illness	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
organic cause of illness. NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
organic consequence	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	1	7
other family support. NO	1	2	0	1	0	3	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	12
other family support. YES	0	0	0	0	1	1	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	8
other illness	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	7
other illness cause of depression	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4
other medication for the DX	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
other therapy	0	0	0	0	0	3	3	1	0	6	7	1	1	0	1	0	23
others believe in drug	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
others support. NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	0	0	2	8
others support. YES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4
pampered	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
paranoia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
partial improvement	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	1	0	3	9
partial positive effect of drug		0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3
partner problems	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4
partner support. NO	0	0	0	2	3	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	9
partner support. YES	3	1	0	0	0	4	1	0	0	1	0	0	2	3	2	0	17
people give less importance to pression	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
physical support	0	0	0	1	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	6
poli-medication	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3

poli-treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
positive perception of the drug	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4
positive previous information of the drug	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
positive relation with the doctor	1	1	0	2	0	0	3	2	1	1	1	1	2	0	1	0	17
pricking	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
priority of the drug	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
private vs. public different	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	6
private vs. public same	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
prozac	4	1	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	15
psicodrug equal to other drugs	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
psychiatrist help	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4
psycho not effective	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
psychologist help	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
psychologist help NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
radio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
reaction during nervous breakdown	1	0	0	0	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6
reappearance of illness	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	4
reasons to improve	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
recommendation use for others	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
reduce dosage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	3
reduce progressive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
relajantes musculares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
relaxing	1	2	0	0	0	1	2	0	1	3	1	0	3	0	2	0	17
religion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	6
resignation	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	7
search for other solution	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	4

second effect	0	0	0	1	0	1	2	5	0	1	1	1	2	2	1	2	2	21
second effects. NO	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	8
security feeling with drug	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	7
seek for information	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4
self-medication. NO	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	5
self-medication. YES	0	1	2	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7
self-dosification	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	5
seroxat	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	5
shame	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
shivering	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
sinogán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
smoking	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
suffocation	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
special date	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	5
strong family antecedents	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
suicide attempt	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	6
suicide NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
super protection	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
sweating	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
symptomatic use	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
taboo	2	0	0	0	2	0	1	3	0	2	2	1	0	2	4	1	1	21
taboo NO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	4
televisión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
tepacepan	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tepavil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
terrible illness	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3

tolerance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Trankimazin	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Tranxilium	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	
treatment as strength	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Tropargal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
trough out	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
trust the science	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4
trust in GP	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	4	0	0	9
trust in GP. NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
trust in information	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TV information	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
un-understanding of the illness	10	1	0	3	0	4	5	1	2	1	3	2	2	1	1	4	2	42
uselessness for cronicity	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
uselessness of drugs	1	3	2	0	0	0	1	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	13
uselessness of hipericum	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
valium	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
waiting list-time	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
wish to finish treat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
women illness	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
work as solution for	1	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	2	1	1	0	0	0	10
wrong diagnosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totals	135	85	31	62	15	83	124	126	68	83	68	48	80	89	80	99	50	132

Anexo II. Listado de familias con códigos

Code Family:

Benefit Perception, N° Códigos: 22

["pharmacotopia"]
[cure]
[different view of life by drugs]
[drug as solution]
[drug benefit]
[drug to do things]
[exaggerate positive view of the drug]
[hipericum for minor]
[ignore reality]
[illness profit]
[life change]
[normal life thanks to drugs]
[normality vs. illness]
[not working as solution]
[other family support. yes]
[others support. yes]
[partial positive effect of drugs]
[partner support. yes]
[positive perception of the drug]
[recommendation use for others]
[religion]
[second effects. no]

Code Family:

Benefit/risk balance, N° Códigos: 1

[internal fight]

Code Family:

Career of use, N° Códigos: 82

["craziness"]
["pharmacotopia"]
[addiction]
[addiction no]
[afraid of drugs]
[afraid of illness]

[afraid of others]
[against psychiatrist]
[against use]
[autonomy. no]
[autonomy. yes]
[autoresponsability]
[chronic drug use]
[cure]
[cure no]
[delayed positive effect of drug]
[delayed positive effect no]
[delayed treatment]
[dependence]
[different ad drugs]
[different coping drugs]
[different view of life by drugs]
[doctor shopping]
[drug approval]
[drug as solution]
[drug benefit]
[drug limitation]
[drug shopping]
[drug to do things]
[drug trial]
[drugs as part of treatment]
[exaggerate positive view of the drug]
[gp's help]
[hiperico]
[hipericum for minor]
[illness as teacher]
[illness evolution]
[illness profit]
[information as help]
[knowledge about the drug]
[knowledge about drug. no]
[learned use from hospital]
[life change]
[life limitation]
[need of use]
[need of use no]
[no drug dependency]
[no knowledge about the drug]
[normal life thanks to drugs]

[normality vs. illness]
[other medication for other dx]
[other therapy]
[partial improvement]
[partial positive effect of drugs]
[physical support]
[polimedication]
[politreatment]
[positive perception of the drug]
[positive previous information of the drug]
[psicodrug equal to other drugs]
[recommendation use for others]
[reduce dosage]
[reduce progressive]
[search for other solution]
[second effect]
[second effects. no]
[security feeling with drugs]
[seek for information]
[self-medication. no]
[self-medication. yes]
[selfdosification]
[symptomatic use]
[taboo]
[taboo no]
[terrible illness]
[trust in information no]
[ununderstanding of the illness]
[uselessness for chronic]
[uselessness of drugs]
[uselessness of hiperico]
[wish to finish treatment]
[wrong diagnosis]

Code Family:

Coping with the illness, N° Códigos: 1

[relaxing]

Code Family:

Doctor's relationship, N° Códigos: 27

[against psychiatrist]

[autonomy. no]
[autonomy. yes]
[better lies]
[delayed treatment]
[doctor shopping]
[doctor truth-lies to support]
[gp´s help]
[independence from psychiatrist]
[information as help]
[metaphors]
[need to talk about the illness]
[negative relation with the doctor]
[neurologist]
[non doctor´s therapy]
[positive relation with the doctor]
[private vs. public different]
[private vs. public same]
[psychiatrist help]
[seek for information]
[self-medication. no]
[self-medication. yes]
[selfdosification]
[trust in gp]
[trust in gp.no]
[waiting list-time]
[wrong diagnosis]

Code Family:

Drugs side effects, N^o Códigos 2

[second effect]
[second effects. no]

Code Family:

Expectations, N^o Códigos: 1

[cure]

Code Family:

Experiences, N^o Códigos: 3

[empathy with similar people]
[group therapy]

[reaction during nervous breakdown]

Code Family:

Mental illness. Symptoms, N° Códigos: 14

[agitated]

[agoraphobia]

[crying]

[death feeling]

[fear]

[illness symptoms]

[insomnia]

[locked in]

[pricking]

[shivering]

[suffocation]

[suicide attempt]

[sweating]

[trough out]

Code Family:

Mental illness. Conception, N° Códigos: 7

[cowardice]

[difference with other illness]

[difference with other people]

[life change]

[life limitation]

[medical knowledge about illness]

[women illness]

Code Family:

OTHER THERAPY, N° Códigos: 8

[conductual changes as treatment]

[drugs as part of treatment]

[group therapy]

[non doctor's therapy]

[not working as solution]

[other therapy]

[search for other solution]

[work as solution for illness]

Code Family:

Risk Perception, N° Códigos: 34

["craziness"]
[addiction]
[afraid of drugs]
[against use]
[autonomy. no]
[children support. no]
[chronic drug use]
[cure no]
[delayed positive effect of drug]
[dependence]
[drug limitation]
[drug trial]
[external fight]
[family support no]
[internal fight]
[medicine as street drug]
[need of use]
[organic consequence]
[other family support. no]
[others support. no]
[partial improvement]
[partial positive effect of drugs]
[partner support. no]
[reappearance of illness]
[reduce dosage]
[reduce progressive]
[resignation]
[search for other solution]
[second effect]
[self-medication. no]
[shame]
[taboo]
[uselessness of drugs]
[uselessness of hiperico]

Code Family:

Social network, N° Códigos: 19

[afraid of others]
[capricious]

[children support. no]
[children support. yes]
[exclusion feeling]
[external fight]
[family mental illness background]
[independence from family]
[information as help]
[other family support. no]
[other family support. yes]
[pampered]
[partner support. no]
[partner support. yes]
[positive previous information of the drug]
[shame]
[taboo]
[ununderstanding of the illness]
[work as solution for illness]

Code Family:

Stigma, Nº Códigos: 13

["craziness"]
[afraid of others]
[against use]
[children support. no]
[exclusion feeling]
[external fight]
[family support no]
[hiding feelings]
[medicine as street drug]
[taboo]
[taboo no]
[tv information]
[ununderstanding of the illness]

Code Family:

Strategies of use, Nº Códigos: 15

[against use]
[drug approval]
[external fight]
[internal fight]
[need of use]

[no drug dependency]
[physical support]
[positive perception of the drug]
[psicodrug equal to other drugs]
[recommendation use for others] [
resignation]
[self-medication. no]
[self-medication. yes]
[selfdosification]
[uselessness of drugs]

Code Family:

Use initiation, N° Códigos: 9

["pharmacotopia"]
[black magic]
[black magic no]
[environmental cause of illness]
[genetic cause of illness]
[hormonal cause of illness]
[intrinsic cause of illness]
[organic cause of illness]
[organic cause of illness no]

Code Family:

Uselessness of drugs, N° Códigos: 3

[delayed positive effect of drug]
[metaphors]
[uselessness of drugs]

Code Family:

Way of communication about medicines, N° Códigos: 6

[alapril]
[knowledge about the drug]
[lexatin]
[prozac]
[tranxilium]
[valium]

Anexo III. Resultados análisis de datos europeos

Cita textual del análisis original en inglés preparado para el trabajo conjunto del grupo Internacional por V. Mahtani y N. Britten.

The trajectory identified in the synthesis of data from the different countries is presented in Figure 1. Once the illness symptoms begin and interfere in the everyday life of patients there is a disruption. The response to disruption is seeking help from different resources. When medicine has been prescribed they are different ways of medicine taking. In the situation where there are no worries or concerns patients become passive accepters without questioning the prescription. In other cases, there are some concerns, which are evaluated by the patient. The factors influencing this evaluation are related to the effects on the symptom management, the network relationship, the personal use of the drugs and the ones related to the concern about the effects of the drugs. Through evaluation worries and concerns can be balanced in a way where they become active accepters, or active modifiers using strategies to deal with the issues they are not comfortable with. Or become active rejecters, deciding to avoid or discontinue the treatment. At some point the patients reflect on the causes of their illness, and the need of more information.

DISRUPTION

“Challenges to their usual way of living and/or understanding what is going on associated with symptoms and/or limitations”. The disruption referred to in this stage is that which occurs before treatment begins; it is the disruption, which may provide the motivation or rationale for seeking help.

Every day life changes, limitations and challenges

Interviewees talked about a variety of ways in which symptoms or health problems affected their social and work lives (1). Some described their inability to communicate with other people even if they did participate in social events like dinner parties; others withdrew from social life because of their inability to participate (2).

This could be the result of a lack of interviewees' energy, interest or motivation. If interviewees did participate in social events in order to please their spouses, this could be very painful for them. Interviewees' lack of interest in going out could be difficult for their spouses or close friends. Being unable to go out or even get out of bed were recurring themes. Some reported that their former friends no longer wanted to meet them anymore, while others said they did not want to hear from their friends. Interviewees reported that they did not like being so dependent on other people.

Some said that colleagues had to do their work for them; or that they withdrew from colleagues and then felt swamped by work. Some interviewees found it hard when they could not meet their own standards or were not able to do all the things they wanted to do, and could feel fear of not being able to perform well enough in an examination for example. Some people put all their energy into coping with their work, even at the expense of their personal relationships. As a result, some people felt that their problem had no impact on their work, even if they felt dead inside. Some reported difficulty with maintaining social rituals such as eating meals, and this interfered with their social lives. Some people made the general observation that things that used to be easy had become difficult.

Some interviewees experienced challenging disruptions, and these precipitated their problems. These challenges included bereavements and surgical operations, and were often intense emotional experiences.

(1) *"I've always been able to take care of myself...because my parents were divorced and I was the oldest child...So I have been used to taking care of myself and my sisters too. So it was very difficult for me to accept that I was no longer able to do everything I wanted to"*
(D)

(2) *"Well, I was there and told that I am not able to work anymore, that so to say my colleges have to do my work. They didn't complain, but it wasn't good for the working atmosphere"* (G)

Lack of understanding

Other people's reactions were problematic for interviewees. Some felt a general lack of understanding that someone who looked and behaved normally could have a problem. Because depression is not visible in the way that a broken leg is visible, other people do not always realise that it is an illness. Interviewees reported being told to "pull yourself together". It could be difficult to get other people to understand what the problem was. As a result, interviewees did not always disclose their problem to others around them. Lack of disclosure could be selective, for example telling one parent but not the other. (3)

Sometimes it was the interviewees themselves who did not understand what was happening. It could be hard to realise that the problem was a mental problem when their symptoms were physical and their doctors had sent them for tests. This could involve disagreements with doctors when the doctor told interviewees that they had depression and interviewees did not agree. Others accepted that they had depression but experienced it as a physical presence. (4)

(3) "...the thing with depression is that people generally don't understand. If I mean I find with, even with family and friends and so on, because you look normal and you behave fairly normally and so on, they don't actually believe there is a problem..." (UK)

(4) " I had a depression but decided it was something else, not a depression, they told me it is your nerves, and I said no, because I felt dizziness, things would move and I could not walk, then they put me on treatment" (S)

Threat to normality

Interviewees spoke in different ways of the difficulty of leading a normal life (5), their fears that they were not normal, or realising that their behaviour had gone beyond what was normal. Some explicitly mentioned the fear of going mad, or feeling that they were on the way to becoming completely mad. One aspect of this was being frightened of what other people might think. Other interviewees had the ability to see themselves through the eyes of other people and to realise that

they had got themselves into a situation that was crazy. Alternatively it could be other people who noticed that something was wrong, which was how some interviewees discovered that they had a problem. Spouses noticed if interviewees behaved differently with their children for example.

(5) “you can not see any way of progressing beyond it, you will never be the same again...how will I ever work...to get up out of a chair to make a cup of tea is like climbing Mt Everest, its beyond anything I can describe really...” (IR)

RESPONDING TO DISRUPTION AND SEEKING HELP

“The processes by which people move from disruption to starting treatment, which might include consulting external sources of help, with the view to understanding and/or resolving of the problem”.

Seeking strategies to ‘repair’ normality and being able to lead a normal life.

When normal life becomes too disrupted, something triggers the need to do something about the situation they are living. A range of strategies to repair or maintain normality were reported, which all required the prior recognition that something was wrong. These strategies included consulting psychologists and complementary practitioners, and taking exercise. Some people tried to find alternative practitioners who could help them such as acupuncturists, hypnotherapies or Reiki healers. The choice of healer could be informed by the interviewee’s understanding of how the chosen therapy worked, for example acupuncture in reducing stress or hypnotherapy in helping self expression, or it could be a result of recommendations by others. (6) Substances which people mentioned in responding to their problems included specific herbal remedies such as St John’s Wort, Bach flower remedies or valerian, or non-specific alternative remedies. Some mentioned alcohol as a substance they would use to cope with the problem.

These strategies could be helpful or unhelpful. Completely opposite strategies could work for different people: for example, admitting the problem and discussing it with other people could help, but so also could carrying on as if nothing had happened. These strategies could work for a while before failing, such as forcing oneself not to think about it. Some people managed to cope by continuing to work and not telling colleagues that there was a problem, while others had to stay at home instead of facing the boss. The stress and strain of going to work could also help to take someone's mind off their problems although this strategy meant that weekends were really miserable. Continuing to work could be helpful for those who felt that they got recognition or commendations from their colleagues, and for some their work was the ticket to normality. Some people felt that there were a lot of different avenues to explore which other people did not know about (7), such as doing sports.

Many interviewees had tried hard to deal with their problems themselves before consulting a doctor. This represented much work on their part.

(6) *"I tried music therapy, I went to see and acupuncturist' but it didn't do much for me" (NL)*

(7) *"as I said there are different things out there for different people, they should try everything if they are feeling so bad. Lot of different avenues people can go down, like you know" (IR)*

Oneself

Responding to symptoms or challenges did not always involve other people, as some interviewees relied upon themselves. One interviewee even said, "I am my own doctor". Some made reference to their own strength or will, even if to acknowledge that although others thought them strong, it could be an act. The struggle to go it alone was sometimes another way of saying that interviewees did not want to take medication. Self coping strategies included taking sick leave and then going to bed with sleeping pills and whisky. Managing alone did not always work out and some interviewees, having tried it, felt that it

would be better to consult a doctor as soon as they felt a bit strange (8). Those who preferred to handle it with will power alone sometimes found that this strategy did not work out (9).

(8) *“to the rest of the people that have a depression, with my experience, the only thing I would say is that...the first thing is to look for help before it gets stronger, because I was 4 months bearing that and I did not know what it was and, well, so the first thing when they feel a bit strange go to de doctor” (S)*

(9) *“By nature, my character, I have a very strong will, and I imagined that this is just a slight difficulty, something that has happened, which has caught me. And I wanted to handle it with my strong will. Well, it didn't worked out at all” (G)*

Doctors

The decision to consult the doctor came about for a variety of reasons. These included having trust or blind faith in doctors, the realisation that the interviewee could not manage on their own, on an impulse or an urge, or as the result of desperation. Even someone who is desperate may require a “gut-wrenching” effort to summon the courage to see a doctor. One reason for not consulting a doctor was the fear that the doctor would say that the interviewee was not normal, or it could be a previous experience where they felt the GP did not take them seriously. The decision could be made by the interviewee's spouse, or it could be facilitated by recommendations from other people such as neighbours (10). The fact that a friend was seeing a doctor could influence the decision to consult (11). In terms of interviewees' expectations of doctors, positive expectations included being able to talk or to have drugs prescribed. Those with negative expectations could feel that there was nothing that the medical profession could do for them, or that doctors only wrote prescriptions. Someone desperate might consult a doctor hoping for a miracle while not believing that anything could be done. For some, talking to the doctor was an alternative to taking tablets.

(10) *“...in so and so place they told me there was a good doctor, so there I we went, where they told me there was a doctor that they say is so good for this or because some neighbour went or the other one went, and like that I was for some time” (S)*

(11) *“A friend of mine was seeing a psychiatrist, the I decided to go along” (NL)*

STARTING THE TREATMENT.

“Conflicts and ambiguities and emotional reactions associated with being given advice, being labelled and/or the initiation of medicine taking”.

Initial reactions to labelling: (relief and/or disappointment)

Initial reactions to being given a diagnosis or being prescribed medication varied from positive to negative. Reactions could also be ambivalent between hope and fear, relief and disappointment. Positive feelings included feeling liberated by the diagnosis, relief to know that the problems were not imaginary, that there was a physical explanation, and that something could be done. Some felt that the diagnosis justified their existence. The diagnosis could provide hope that the problems could be solved. It could provide the comfort of knowing that there is something wrong. (12)

Negative reactions included the feeling that not being able to handle your own problems is a sign of weakness. There was also a feeling of shame related to stigma. Some interviewees did not accept that they had a mental illness, or commented that they did not want to accept the fact that they had depression even though that was what it was. (13)

(12) *“You know, so I do, I just thank God that I had that diagnosis. Cos it it just liberated me, basically” (UK)*

(13) *“And then when she [the doctor] mentions that medicine, I just feel paralyzed. For me to take those pills. It was...but heavens. I don't feel that I have that kind of illness, you know? Well, it was really a shock. Really, I found it unpleasant in the extreme” (D)*

Effects on the symptoms

Comments on the effects of medication on symptoms described a range of beneficial effects. Interviewees said that they could be with other people and live something approximating a normal life, or even that they were completely cured. Without the medicines, some people would not be able to do normal things like going to work or doing their housework. Being back to normal could be experienced as having energy for other people and being able to cope with everyday life. Some interviewees made extremely positive comments about their medicines ranging from “absolutely marvellous” and “the wonder drug” to “saint Prozac”, saying that they had never felt better in their life. Interviewees feeling enthusiastic would not be tempted to try another medicine. This enthusiasm could even extend to the recommendation that other people should also be on the same medication. However some interviewees, although hoping for miracles, said they had learned to be realistic.

Interviewees spoke of specific symptoms, which the drugs helped them with. Some said that they were unable to let go of frightening thoughts without the medication, others that without the medication they were afraid and shivering. Other specific beneficial effects included being able to sleep better and feeling quiet, feeling positive at the beginning of the day, and being able to think and move better, or just being able to go dancing. The informants also viewed SSRIs as a support that helped them deal with their psychotherapy. Without the medicine, they felt they would have been unable to start or take part in therapy. (14)

Interviewees described the ways in which they thought the medication worked, either literally or metaphorically. Metaphors included referring to medicines as crutches or psychological vitamin pills. Some commented that they did not understand how the medicine worked or that they were confused by the information they were given. Others said that they did not ask how the medicine was going to work.

Improvements for some people could be partial, so that they felt better but not as well as they would like to feel. Some felt nervous and artificial at the beginning of treatment, but could subsequently feel

more balanced between being happy and sad. Others felt that the effect was insufficient to encourage them to continue taking medication when they didn't like taking it anyway.

The effects of the medication were delayed for some interviewees, sometimes as long as several months. Interviewees could feel upset when their medications did not work within the time period they were supposed to, if they felt they could not wait for several weeks for the pills to work because of the state of mind they were in. Others said that they were not looking for a quick fix. (15)

For some people, the medication had had no effect on their symptoms although this judgement was sometimes reached after a short period of time, understanding that it could be because the medication had had time to work. It did not necessarily lead to interviewees quitting the medication, as some continued to take it even when they felt it did not do much for them.

(14) "If I hadn't had the medicine, I wouldn't have had the energy to get started with therapy. Because I was so down." (D)

(15) "for the first couple of nights there was nothing...again a quick fix wasn't what I was looking for...and you did tell me they might take a couple of weeks...and I think I was about three weeks...I started to sleep a bit better. If something was troubling me, I wasn't anxious if you know what I mean. I was able to deal with much more like I was level...I felt level, that's the best way I can describe it" (IR)

Personal Effects: (Positive vs internal fight)

Interviewees spoke about other benefits in addition to the effect on symptoms. Taking medication could have the advantage of allowing interviewees to avoid dealing with other issues such as an unfaithful husband. Another benefit was the ability to distance oneself from terrible things happening in the world, or from things happening in their own lives. Some people drew comfort from the tangibility of the support offered by the medication (like a "shield", a "crutch"), knowing that it was in their bag when they went out. A similar benefit was the feeling of safety that medication gave some

interviewees who could help them feel more relaxed with fewer worries. (16)

(16) “and I just thought that that’s what I wanted (liquid largactil) to give me that all day long, I’d have no more worries...” (IR)

For some interviewees, the fact of being prescribed medication set off an internal conflict. This could be due to an unspecified dislike of taking tablets or because having pills meant that they were ill. Someone taking pills could feel that their emotions were not their own, that in some sense they were produced by the medication. If the pills were in control, then the person might not be part of the process. The idea was expressed that anyone who could not function mentally without having to take chemicals was not normal, and that it was embarrassing to have to take drugs. It could be easier to handle if the problem was explained as a chemical imbalance rather than another kind of deficiency. Some interviewees felt themselves a failure having to resort to drugs. Others referred to “fighting”, talking about fighting tooth and nail against the medicine, or about a “fight with myself” because they did not want to be ill. The idea was expressed that drugs did not address the cause of the problem. (17)

(17) “And than I thought, if something happens...because I don’t like taking tablets. I have to take them everyday, I was afraid at the beginning” (G)

Network effects (Positive vs external fight)

The two main relationships were built depending on if there was a supportive environment or not.

On one hand there could be support from other people. (18) Interviewees described various ways in which their families, friends and colleagues supported them. Other people could notice changes that the interviewees themselves did not. This included beneficial effects of medication as well as the unintended effects of coming off medication too soon. Other people encouraged interviewees to take

their medication or to increase their doses if these were too low. They could also make suggestions about what treatments might be helpful such as Hypericum. Family members could ensure that medication is taken, and could also accompany interviewees when visiting their doctors. Talking about their problems and sharing experiences with other people helped interviewees. Support came from colleagues as well as family members. This support could only be provided if the other people understood the problem, and sometimes the doctor had to mediate to allow this to happen. Some interviewees said that they had not told their friends or family about their problem as they were afraid of their reactions, or said that they only told people that they had to take medication without explaining why or what for. Interviewees could also realise that their problems made life difficult for those around them.

(18) "I just said, "I take this pill and it's going to help me". And they thought it was great. Honestly. It was like, if that's what it takes, well, then that's what should be done" (D)

On the other hand, lack of understanding related to not having support, shame, craziness labels, comparison to street drugs, and taboo. (19) Other people were reported as commenting on the dose of medication, thinking that it was too high, or by reacting as if interviewees were taking illegal drugs. Some people could be rude to anyone taking drugs. Interviewees said that felt ashamed about their situation, and were afraid to tell others that they were taking medication that might be thought stigmatising. This reluctance could extend to pharmacists, as the diagnosis of depression for example could be thought too personal to discuss. This lack of disclosure could require active concealment of medicine taking which in turn could lead to miss doses, or delayed medicine taking.

It was thought by some that older people were less accepting of the need for medication than younger people, as the older generation was thought to have a "stiff upper lip" attitude. Older people could fail to understand why someone "who had everything" might need medication.

This lack of understanding and the fear of stigmatisation are also grounded in the reputation of the medicine. Sometimes the participant felt that SSRIs had a negative reputation in society, which they attributed to the media. (20)

(19) *“God knows what she was doing in here, she was a marvellously interesting woman, she was doing natural therapy, I don’t know what she thought the military of the United Arab Emirates were ill nuts or something, but anyway she, I told her obviously, I have a friend who’s on forty milligrams a day of seroxat, you know, not telling her it was me. She said, “Good God” she says, “Forty milligrams a day” as though you were taking sort of snorting coke all day” (UK)*

(20) *“There has been so much press coverage on the subject. The general perception is that . . . there are a lot of people who just get these little pills because all is not right in their little world.” (D)*

Drug effects: Adverse effects. Dependence. Addiction. Relapse. Lack of effects

Some interviewees described adverse effects experienced with their medication, including headaches, reduced libido, stomach problems, weight gain and nausea. The effects of the medicine were sometimes compared with the effects of the illness, and some people explicitly stated that the side effects were more tolerable than the symptoms (21). It was not always clear to people which effects were due to which cause, the illness, the medication or something else such as alcohol. The adverse effects could be described in extreme terms, interviewees saying that they felt they were dying or that the medicines nearly killed them. It was thought by some that if the medicine managed the illness, then side effects would either not be experienced, or would not matter. If a doctor refused to accept that the adverse effects were due to the medication prescribed, interviewees could decide to consult another doctor.

(21) *“but erm I’d rather have erm an inadequate sex life, if that’s the right word, than have these crazy loony thoughts in my head that so distress me” (UK)*

The question of addiction was discussed from a range of different perspectives. It was recognised that there could be a kind of psychological dependence, which was an anxiety that without the medication everything would go wrong. This was recognised as being different from the kind of dependence experienced with other drugs. For some, the difference was experienced as a lack of craving which was thought to accompany withdrawal in cases of real addiction. Other interviewees had experienced great difficulty in trying to stop their medication. If a medicine was forgotten, this could lead to unpleasant physical symptoms, which suggested that the interviewee did have some kind of addiction. (22) Some people were afraid to stop taking their medication for fear of experiencing a withdrawal reaction while others adjusted their doses so that they did not become addicted. There could be disagreements between patients and doctors about whether a medicine was addictive or not, with interviewees being caught in the middle if family members did not believe or trust what the doctor was saying. Information from doctors or pharmaceutical companies was sometimes distrusted, especially if it was being claimed that the medicines were not addictive.

(22) *“before I realized I was in the street, because I saw I had forgotten my pills and I started with my body shivering” (S)*

EVALUATION

“The ongoing process by which risks and benefits, hopes and fears, positive and negative self-images, are all balanced and decisions are reached about taking, modifying or discontinuing medicines”

Interviewees who had been taking medication for some time speculated about the future. Some felt that they would use the medication for the rest of their lives; others hoped that this would not happen. Not all interviewees wanted to stop their treatment: those

who were very positive about it had no incentive to quit. Others felt resigned to their treatment.

Strategies of use / adjustments (including self-regulation). Active accepters and Active modifiers

Interviewees actually used their medications in a variety of ways, but these strategies of use could be divided into two broad categories: those which did not involve self-regulation, and those which did. The same person could use different strategies at different times, and so it is probably impossible to equate strategies with interviewees. These different strategies are related to how the participants would cope if they had an internal and/or external fight in order to manage the situation.

Starting with the first category, some people merely commented that “Prozac is good” or simply described for example how they took one every morning after breakfast without altering the dose. Interviewees had their own strategies to avoid missing a dose, and some women carried their tablets around in their handbags. The decision not to alter doses could be a result of fear if interviewees felt dependent on the medicines. Reasons given for taking the medication included being able to handle particular situations and thereby extending the things the interviewee was able to do. Sometimes it could be easier to give the responsibility to the doctor, in the sense that the doctor would know what is better for them. Some interviewees used medication to cope with social situations. Taking medicine could be worded positively, in order to feel fine, or people could say that they took their pills with resignation or because they had to. Compared to the original symptoms, taking medicine was thought by some to be a minor issue, and it was also commented that when you are depressed you don’t forget. Some concealed their diagnosis by saying that the medication was for another ailment such as dizziness.

In the second category, a range of strategies of self-regulation was reported. This included the extreme position of taking nothing or throwing all the medication away. People forgetting to take their medication cannot perhaps be regarded as self-regulation, which suggests a conscious decision to take medicines in a certain way. Some

people experimented with their medication when first prescribed it, starting and stopping for a few days at a time, possibly in response to side effects. As a result of these experiments, interviewees could establish for themselves the best time of day to take their medication. (23) Some reported reduced doses, such as taking medication every other day, and some reported being tempted to increase the doses in order to increase the chances of the medicine working.

(23) “yes, I had to take them myself and adjusted the doses that I started with one and one month later I took two, and recognized that it was okay like that. And as I am a bit scatterbrained, I took them at different times a day. So I recognize, when I am taking them at lunchtime I feel better” (G)

Continuing the treatment. Active accepters

Participants who would prefer to continue the treatment were basing the decision on the difference between how they felt during the illness and the recovery that was linked to the intake of the drug. Some would feel that in order to lead a normal life, and be happy they were completely willing to continue the treatment if that is what it took.. Some would just look at it as if it were like any treatment for any other physical chronic condition. In other cases they would have tried to discontinue the treatment but the relapse of the symptoms would bring them back to the treatment. For some interviewees it was like having no other choice (24) because of their illness or because that was the doctor’s recommendation.

(24) “I felt like well, I won’t get a free ride...at the same time I was totally dependant on my drugs...even though I get pretty low fairly often, I know exactly what its like to be on something else that isn’t working...so I don’t have any choice you know... always hoped that this would be a shorter thing but it hasn’t turned out that way” (IR)

Working out the dilemma

In other cases the participants would have to resolve the dilemma of wanting and not being able to discontinue the treatment. So meanwhile they would continue. The main issues were related to being afraid of addiction, of having the symptoms again, or feeling worse than before. Many interviewees spoke of diminishing the dose to overcome this dilemma.

The informants in general had ambivalent feelings towards the medicine. On the one hand they wanted to quit and not be dependent on their medicine, but on the other hand, they were afraid of slipping back into the “stage of distress”. (25)

(25) “Cutting down wasn’t a problem I don’t think. So in that way you’re not dependent on them . . . not like with other types of medicine. You’re not that dependent on them. I’m not anyway (laughter). I think it’s more the anxiety that makes you dependent. It’s a psychological dependence. It’s psychological that dependence. You’re afraid everything will go wrong if you don’t take your medicine.” (D)

Discontinuing the treatment. Active Rejecters

The need to discontinue treatment could be an explicit wish not to think of oneself as being ill. (26) Some interviewees hoped that they would overcome their symptoms and then be able to stop. Discontinuation could be carried out alone or with the support of the doctor. When discontinuation was agreed with the doctor, a timetable for stopping was sometimes agreed. People could be unwilling to do it alone because of fears of withdrawal symptoms, either already experienced in the past or not, or fear that the symptoms would return. The experience of side effects was also an incentive to stop. Discontinuation supervised by doctors did not always lead to success as some people deteriorated again when their medication was reduced. Not all discontinuation was deliberate, as it could occur as the result of forgetfulness, which did not produce untoward effects. When

interviewees stopped on their own, this could create difficulty when the doctors discovered what had happened.

(26) *“the reason I want to wean myself away from the medicine is simply because I will not conceive of myself as ill . . . I think that it is very important to my conception of myself that I don’t think I’m some kind of therapeutic case.” (D)*

REFLECTIONS ABOUT THE PAST

”Stories and making sense of life before disruption, the causes of the problems, the experiences of treatment, and the return to normality or reaching a new ‘normality’”

Perceived causes of problems

When thinking back about their problems, interviewees made sense of what had happened to them in a variety of ways. (27) One aspect was the fact that interviewees made great demands on themselves, and set standards for themselves that were hard to achieve. If they could not live up to their own expectations, then they were vulnerable to depression in particular. Other perceived intrinsic causes including their metabolism, which could make one susceptible to other illnesses and not just mental health problems. Sensitivity, weakness or a nervous temperament was thought to cause these problems. People also identified external causes such as bereavement, childbirth, surgical operations or their families. Not all interviewees felt they knew what had caused their illness, and some tried to understand what had happened by reading books.

(27) *“I just knew myself where my problems came from. Yes and I had to cope with that. This has to get a place in my life” (NL)*

Reflections about information and knowledge as a help

There were diverse opinions about whether information had been helpful or not. Some people were clear that they did not need

information about their condition or their medication. This could be because people felt they already had enough information, or it could be because they trusted what their doctor told them. (28) It could also be because people did not want to know how bad the problem could get. Others wanted more information because this gave them more treatment options and more choice. Lack of information about medicines, or contradictory information, could be a problem for interviewees. One of the reasons for obtaining information was to empower people to help themselves instead of relying on a doctor. It could also reduce fear and anxiety. Some people felt that mental illness was poorly understood in society as a whole and that society needed to be educated. This kind of information would also have meant that interviewees would have suffered less. Some felt that information for patients and families would have been very helpful. (29)

(28) "I don't want to have more information about the drugs. This would be like reinventing the wheel again. I trust what my doctor says" (G)

(29) "when someone has a illness like this there should be a lot more of information. A lot of information for the patient and the family and all what surrounds him" (S)

Anexo IV. Resumen del cuento en inglés. *Prozac and the eagle*

The philosophy of arts based research was used to transform the results of a qualitative study related to the antidepressant user's perspective to a creative product of tale to be told. The eagle is the main character of this story and is used instead of the human being. The life experiences of the eagle resemble the ones of the humans. The eagle presents the symptoms of depression and seeks for help and different options are offered to her. Time goes by and nothing really helps her, until she finds the owl who gives her a solution which should be used only for some time and the eagle decides to use it as a way to live with her life. The tale tries to reach a wide audience of patients and professionals. It has two objectives, on one hand to induce reflection about how drugs are used with the objective of keeping on with the life events and, on the other hand, about who has the power to judge the decisions made by the patient.

Prozac and the eagle

This is a story of an eagle couple. As you all know, eagles live by couples, and spend their whole life together.

The main couple of this story is some what peculiar. The female told that years ago one of her little eagles fell off the nest and she lost him. In another occasion she had to part from her little ones when a storm stopped her from getting back to the nest, and she spent the whole night worried about them. Also she told the story of the day in which a fire finished off with big part of the forest, so what finding food was a hard task. In this way there were many stories, good and bad in her life.

But even though, she told that these things had to be assumed, that they were part of life and, in some way, her strength and interior nature kept her going.

Even when any parrot or parakeet came closer, a bit afraid, but mockingly, telling her stories about her couple: That *they had seen him visit an eagle in the neighbourhood nest, that he flew the sky that covered the mountain to fly along with don't know who.....*and like this, thousands of stories, of which she preferred not paying much attention and said she didn't want to know anything about this gossip.

This way the years passed, things went fine with some ups and downs but nothing serious.

But...one day...the female eagle was calmly feeding in her nest to her little ones that had been born that year, when she felt her heart beating at the speed of a ray of light and felt herself losing consciousness as if everything was turning around her. After a while she felt better and didn't pay much attention to that episode.

In some other time, while she woke up because it was time to look for food for her little ones, she was incapable of moving, she was paralyzed, although after a while she recovered.

These episodes happened in several occasions; until she found herself so blocked up that she was unable to fly.

Her couple was somewhat worried about her and kept on pushing her wings so she moved, but each time she felt worse.

Her neighbours recommended her to go visit the parakeet that seemed to know a lot about these sorts of problems she had.

And so she did.

- *Hello parakeet, I have come to ask for your help.*

- *¡Don't come close to me!* - said the parakeet afraid.

- *No, no, I'm not going to hurt you. They have told me that maybe you could help me.*

And so, the eagle told his story, and the parakeet told him:

- *It's possible that your illness could be due to a heart failure, so I suggest you do some exercise, fly twice a day and take some sunflower seeds daily.*

Our main character was not quite convinced about the advice, but had to try it. However, she was incapable of flying and doing the exercises the parakeet had recommended.

After some time, she was visited by her crow friend who after listening to her story, advised her to visit the woodpecker, who knew a lot about these topics.

And so she did.

- *Hello woodpecker. I have come to ask for your help.*

- *¡Don't come close to me!* - said the woodpecker afraid.

- *No, no I'm not going to hurt you. My crow friend told me that maybe you could help me.*

And so, the eagle told her story once again, and the wood pecker told her:

- *It could be possible that your problem is in your head and in your eyes, and that you can't see that well. You have to exercise your eyesight and your balance, use these glasses and throw yourself from the nest once a day.*

Our poor eagle, hopeless, tried it. But wearing those glasses she felt day by day, dizzier, and about throwing her from the nest, that was fine when she was younger but now she was unable to do it.

And so this way our friend went bird to bird asking for help with no answers.

Finally, she was just left to visit the owl.

And so she did. Told her the story and the owl told her:

- It's true what all the other birds have said, you have a problem in your heart, in your eyes, in your head.....but even in your soul and in all your self being.

The owl explained that many times, without knowing why, living beings suffer in their inner self and get to feel the same as she does. It's a soul illness.

- Isn't there anything for that? - asked the eagle out of desperate.

- Yes there is, but you have to be careful. You can use poppy seeds for sometime and it will help you find in your inner self the illness that has harmed you so can find a solution, but you can't use the seeds for more than eight new moons.

- I will do so -said the eagle somewhat faithless.

And so she started to take poppy seeds, many new moons went by and she felt each time better, it was so much so, that she didn't notice that eight moons had been over. She decided to continue having the seeds all her life without looking in her soul the cause of her true sufferings.

Some ask me what happened to that eagle, if she was truly ever happy, and I tell them what the owl had said to me.

- The eagle chose to be happy ignoring the real cause of her inside suffering, who am I to judge it?

Referencias

- (1) Murray C.J., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498-504.
- (2) Berardi D, Leggieri G, Ceroni G.B, et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice* 2002;(19):397-400.
- (3) Lepine J.P, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology* 1997;12(1):19-29.
- (4) WHO. World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ 2006
- (5) Culpepper L. The active management of depression. *Journal of Family Practice* 2002;(51):769-76.
- (6) Danish Medicines Agency. Drug statistics 1996-2000. Consultado 03 07 2002) Disponible en: <http://www.medicinpriser.dk/docushare/dscgi/ds.py/V> 2002
- (7) Swedish National Board of Health and Welfare. Drug applications - changes and trends. Consultado: (05 01 2001) Disponible en: <http://www.sos.se/FULLTEXT/0077-012/0077-012.htm> 2001
- (8) Brown G., Tirril H. Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. Tawistock publications; 1978.

- (9) Freden L. *Psychosocial aspects of depression. No way out?*. John Wiley & Sons. 1982.
- (10) Jones D. *Mental Health Matters: A reader*. MacMillian in association with The Open University; 1996.
- (11) Baik S.Y., Bowers B, Oakley L, Susman J. The recognition of depression: The primary care clinician's perspective. *Annals of Family Medicine* 2005;3(1):31-7.
- (12) Haslam C, Brown S, Atkinson S, Haslam R. Patients' experiences of medication for anxiety and depression: Effects on working life. *Family Practice* 2004;21(2):Apr-212.
- (13) Kapmeyer A, Meyer C, Kochen M.M., Himmel W. Doctors' strategies in prescribing drugs: the case of mood-modifying medicines. *Family Practice* 2006;23(1):73-9.
- (14) Nutting PA, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith JL, et al. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine* 2002;. 17(2):103-11.
- (15) Miedema B, Tatemichi S, Thomas-Maclean R, Stoppard J. Barriers to treating depression in the family physician's office. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2004 Spring; 23(1):37-46.
- (16) Garfield S, Francis S-A, Smith F. Building concordant relationships with patients starting antidepressant medication. *Patient Education and Counseling* 2004;55(2):Nov-246.
- (17) Helman C. "Tonic", "Fuel" and "Food": social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs. *Social Science & Medicine* 1981;15B:521-33.

(18) Trethowan WH. Pills for personal problems. *British Medical Journal* 1975;3:749-51.

(19) Noblit G, Hare R. *Metaethnography. Synthesizing Qualitative Studies*. Sage Publications; 1988.

(20) Bonte P, Izard M. *Diccionario Akal de Etnología y Antropología*. Editorial Akal; 1996.

(21) Comelles JM, Martínez A. *Enfermedad. cultura y sociedad*. Madrid: Eudema; 1993.

(22) Comelles JM. From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary state. In: Carol J Greenhouse, Roshanak Kheshti, editors. *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*. Albany: State University of New York Press; 1998. p. 233-53.

(23) Helman C. *Culture, health and Illness: an introduction for health professionals*. Third Edition ed. Boston: Butterworth-Helneeman; 1994.

(24) Robson C. *Real World Research*. Second Edition ed. Blackwell Publishing; 2002.

(25) Mays N, Pope C. *Qualitative research in Health Care*. BMJ; 1996.

(26) Holloway I. *Basic concepts for qualitative research*. Blackwell Science,LTD; 1997.

(27) Grbich Carol. *Qualitative Research in Health. An Introduccion*. Sage Publications; 1999.

- (28) Smith JK. Quantitative versus qualitative research: An attempt to clarify the issue. *Educational Researcher* 1983;12(3):6-13.
- (29) Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications; 2004.
- (30) Morse J, Richards L. *Readme first for a User 's guide to qualitative methods*. Sage publications; 2002.
- (31) Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. *Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature*. 1998. Report No.: 2 (16).
- (32) Spradley J. *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.; 1979.
- (33) Pope C, Mays N. *Qualitative Research in Health Care*. second ed. BMJ Books; 1999.
- (34) Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
- (35) Morse J, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 2002;1(2) Article 2.
- (36) Buendía L., García R, Rebollo MA, Colás MP. El informe de investigación. In: En Pilar Colás y Leonor Buendía, editor. *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar; 1992. p. 317-57.
- (37) Mahtani Chugani V, Axpe Caballero M, Serrano Aguilar P, González Castro I, Fernández Vega E. Metodología para incorporar los

estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Plan Nacional para el SNS del MSC; 2006.

(38) Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Ann Rev Anthropol* 1982;11:257-85.

(39) Kleinman A. Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California: University of California Press; 1980.

(40) Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 1997. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1998.

(41) De las Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J, Cabrera C, Mateos A. Prescribed Daily Doses and "risk factors" associated with the use of Benzodiazepines in Primary Care. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1999;8(3):207-16.

(42) De las Cuevas C, Sanz E, Morán N., De la Fuente J. Benzodiazepine prescription is different in the public and private sectors. *Pharmaco-epidemiology and Drug Safety* 1999;8:351-3.

(43) De las Cuevas C, De la Fuente J, Sanz E, Cabrera C, Martín J. Factores asociados al consumo de benzodiazepinas. *J Psiquis* 1998;19(8):3246-328.

(44) De las Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J. Benzodiazepines: more 'behavioural' addiction than dependence. *Psychopharmacology* 2003;(167):297-303.

- (45) De las Cuevas C, Sanz E. Controversial issues associated with the prescription of benzodiazepines by general practitioners and psychiatrists. *Medicine Science Monitor* 2004;10(7):CR288-CR293.
- (46) De las Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J. Variations in antidepressant prescribing practice: Clinical Need or Market Influences? *Pharmaco-epidemiology and Drug Safety* 2002;11(3):515-22.
- (47) De las Cuevas C, Sanz E. Do therapeutic indications of antidepressants change from one year to another. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2004;13(5):309-14.
- (48) De la Cuevas C, Sanz E. Polypsychopharmacy. A Frequent and Debatable Practice in Psychiatric Inpatients. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25(5):510-2.
- (49) De la Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J, Cueto M. La Polimedicación de los Pacientes Psiquiátricos como Alternativa a la Escasez de Recursos Asistenciales. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(2):81-6.
- (50) De las Cuevas C, Sanz E. Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC Psychiatry* 2004;(4):18.
- (51) De la Cuevas C, Sanz E. Attitudes towards Psychiatric Drug Treatment. The Experience of Being Treated. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63(11):1063-7.
- (52) Patton M. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications; 1990.

(53) Strauss A, Corbin J . Basics of qualitative research. Techniques and procedures developing grounded theory. Sage Publications; 1998.

(54) Charmaz K. Grounded Theory. Objectivist and Constructivist methods. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of Qualitative Research. Second Edition ed. California: Sage Publications; 2000. p. 509-35.

(55) Blumer H. Symbolic interaction: perspective and method. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall; 1969.

(56) Glaser BG. Doing Grounded Theory:Issues and Discussions. Sociology Press; 1998.

(57) Marcellus L. The grounded theory method and maternal-infant research and practice. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005 May;34(3):349-57.

(58) Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.

(59) Strauss A. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.

(60) Strauss A, Corbin J . Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Sage Publications; 1990.

(61) Reid M, Armstrong D. Guidelines on evaluating qualitative research proposals in health services research. 2000.

(62) Creswell John. Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five traditions. Sage publications.; 1998.

- (63) Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research . British Medical Journal 1995;311:251-3.
- (64) Morse J, Field A. Qualitative research methods for health professionals. Second Edition ed. California: Sage Publications; 1995.
- (65) Schreiber R, Stern P. Using grounded theory in nursing. Springer publishing company; 2001.
- (66) Smith JK. Representation, crisis of. In: M.S.Lewis-Beck, A.Bryman, T.F Liao, editors. The SAGE encyclopedia of social science research methods. Thousand Oaks, CA. Sage.; 2004. p. 962-3.
- (67) Van Manen M. From meaning to method. Qualitative Health Research 1997;7:345-69.
- (68) Forum Qualitative Social Research. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs> 2010
- (69) Sandelowski M, Trimble F, Woodard EK, Barroso J. From synthesis to script: transforming qualitative research findings for use in practice. Qual Health Res 2006 Dec;16(10):1350-70.
- (70) Irwin R. <http://m1.cust.educ.ubc.ca/Artography/> 2010
- (71) Frank A. The wounded storyteller. Body, Illness and ethics. Chicago: The University of Chicago; 1995.
- (72) Fernandez W. Using the glaserian approach in grounded studies of emerging business practices. Electronic Journal of Business Research Methods 2004;2(2):83-94.

(73) Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln. Handbook of qualitative research. Sage; 2000.

(74) Muhr T. Atlas.Ti The Knowledge Workbench. User's Manual. 1997.

(75) Erlandson D, Harris E, Skipper B, Allen S. Doing naturalistic inquiry: a guide to methods. California: Sage Publications; 1993.

(76) Pellegrino ED. Prescribing and drug ingestion symbols and substances. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy 1976;10:624-30.

(77) Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Garden City, New York: Doubleday; 1961.

(78) Ogden J, UMDS MSc in General Practice Teaching Group. "You're depressed "; "no I'm not": GPs' and patients' different models of depression. British Journal of General Practice 1999;49(439):123-4.

(79) Kadam UT, Croft P, McLeod J, Hutchinson M. A qualitative study of patients' views on anxiety and depression. British Journal of General Practice 2001;. 51(466):375-80.

(80) Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: Results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. British Medical Journal 1996;. 313(7061):858-9.

(81) Zola IK. Pathways to the doctor-from person to patient. Soc Sci Med 1973 Sep;7(9):677-89.

(82) Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. What to do about mental disorder--help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Mar;103(3):220-5.

(83) Karp DA. Taking anti-depressant medications: Resistance, trial commitment, conversion, disenchantment. *Qualitative Sociology* 1993;(16):337-59.

(84) Pound P, Britten N, Morgan M, Yardkey L, Pope C, Darker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science and Medicine* 2005;61(1):133-55.

(85) Rogers A, Pilgrim D, Lacey R. *Experiencing psychiatry. Users views of services*. MacMillian in association with MIND publications.; 1993.

(86) Haafkens J. Rituals of silence. Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands. A social case study. Amsterdam: 1997.