

AFECCIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Por: Carolina Mora Muriel

Resumen

El presente estudio busca describir, a través de la experiencia y las percepciones de los pacientes, cómo se afectan las habilidades sociales en algunos sujetos diagnosticados con trastorno bipolar en la ciudad de Medellín en el año 2019. **Objetivo:** con el fin de identificar los diversos factores influyentes en el desarrollo de las habilidades sociales, describir las características que poseen algunos sujetos sobre el trastorno bipolar y dar un análisis a esas afectaciones en las habilidades sociales en algunos sujetos con trastorno bipolar. **Método:** Se abordan las tendencias denotadas en la investigación sobre las dos variables a través de recuentos históricos, contextualizaciones y/o diferentes posturas para el padecimiento de este en la vida psíquica. Con el siguiente instrumento de exploración, se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas con el fin de recopilar toda la información referente a los sujetos. tipo de estudio es cualitativo, a cuatro personas diagnosticadas con trastorno bipolar en la ciudad de Medellín en el año 2019. **Resultados:** Los efectos debido al diagnóstico de trastorno bipolar, son subjetivos y dependen de qué tan conscientes están los pacientes o no del tratamiento y su deseo de moderar sus síntomas o crisis que pueden llegar a ser impedimentos para el ser habilidoso socialmente, todas aquellas habilidades sociales dependerán de los esquemas culturales que poseen, como las emociones, las creencias, las actitudes, expectativas, situación económica, entre otras significativas.

Palabras claves: Trastorno bipolar, habilidades sociales, vida psíquica, enfermedad mental, diagnóstico, clasificación.

Abstract

This study seeks to describe, through the experience and perceptions of patients, how social skills are affected in some subjects diagnosed with bipolar disorder in the city of Medellín in 2019. Objective: to identify the various factors influencing the development of social skills, to describe the characteristics that some subjects possess about bipolar disorder, and to give an analysis of these social skills affects in some subjects with bipolar disorder. Method: The tendencies denoted in the investigation on the two variables are approached through historical accounts, contextualizations and/or different postures for the suffering of this one in the psychic life. With the following exploration instrument, four semi-structured interviews were carried out in order to compile all the information referring to the subjects. The type of study is qualitative, to four people diagnosed with

bipolar disorder in the city of Medellín in 2019. Results: The effects due to the diagnosis of bipolar disorder, are subjective and depend on how conscious the patients are or not of the treatment and their desire to moderate their symptoms or crisis that can become impediments for being socially skillful, all those social skills will depend on the cultural schemes they possess, such as emotions, beliefs, attitudes, expectations, economic situation, among other significant.

Key words: Bipolar disorder, Social skills, psychic life, mental illness, diagnosis, classification.

1. Introducción

En nuestra sociedad, el trastorno bipolar es uno de los temas con cifras más altas de mortalidad y morbilidad de los habitantes, afectando la parte emocional, social y psíquica, siendo un tema de gran interés a la hora de contrarrestar tanto las habilidades en su vida diaria como también ciertos patrones de comportamientos que desencadenan el trastorno como tal. El trastorno bipolar ha transcurrido a lo largo de los años y la sociedad misma, ha avanzado en cuanto a su comprensión.

Inicialmente, cuando se hablaba de enfermedad mental, se hacía alusión a esas historias míticas de dioses, quienes tenían el poder irrevocable de castigar o premiar a quien lo mereciese, pasando por la concepción de que en vez de dioses, ya no eran seres de luz, sino más bien demonios o fuerzas negativas que tomaban decisiones que escapan a nuestra comprensión racional y llegando a nuestros días, en la cual el término de enfermedad mental, es algo común adherido a la mayoría de seres humanos y en este caso, el trastorno bipolar es reconocida como una enfermedad severa o en algunos casos grave “Los pacientes bipolares reportan dificultades en el ajuste social principalmente en áreas de trabajo y descanso y sentimientos de baja autoestima aún después de remisión de fases” (Blairy, Linotte, Souery, Papadimitriou, Dikeos, Lerer, 2004, p.79). “La evolución del Desorden Bipolar se acompaña de altas tasa de desempleo, educación inconclusa, soltería, problemas de vivienda y otros” (Abood, Sharkey, Webb, Kelly & Gill, 2002, p.1) siendo el factor social, un tema bastante influyente para generar crisis en los sujetos diagnosticados, un sujeto socialmente no habilidoso y por ende una baja calidad de vida.

Dado el caso, el Trastorno Bipolar, también conocido como psicosis maniaco-depresiva (PMD) sería entonces aquella afección en la que una persona presenta cuadros de tristeza, llanto, mal humor, desesperación y manía durante periodos prolongados y en ciertos casos es diagnosticado bajo manuales diagnósticos para generar un adecuado tratamiento. Por consiguiente, el estudio de las habilidades sociales ha sido un tema investigativo en auge, debido a que la experiencia personal da cuenta de que somos seres sociales y, por ende, estamos en constante interacción social, siendo el mayor fuerte de autoestima y bienestar personal. De acuerdo con Monjas (1999) define a las

habilidades sociales como:

Conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas (p.28).

Siendo entonces la conducta socialmente habilidosa, la fuente principal de eficacia, la competencia social. “Es un axioma bien conocido que los seres humanos somos “animales sociales” ya que pasamos gran parte de nuestras vidas en interacciones cara a cara con otras personas y en diferentes escenarios sociales” (Caballo, 2002, (p.2). La investigación pretende construir una aproximación y comprensión multidimensional que tenga el potencial de aportar a la clarificación del análisis entre el trastorno bipolar y las habilidades sociales en cuanto a causas y efectos de las mismas en el contexto Antioqueño, partiendo desde la evolución histórica hasta llegar al trastorno en la actualidad y denotando los posibles diagnósticos y/o evaluaciones que surgen del mismo, y por ello, lograr así encontrar si el intercambio de estas variables influye en la vida diaria del ser humano en el departamento de Antioquia, Medellín.

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea el siguiente problema de investigación: *¿De qué manera se ven afectadas las habilidades sociales en algunos sujetos, con trastorno bipolar en la ciudad de Medellín en el año 2019?*

El propósito de este trabajo es presentar las afectaciones de las habilidades sociales en sujetos con diagnóstico de trastorno bipolar, denotadas en las investigaciones realizadas en cuestión, con el fin de relacionar y tener un concepto amplio sobre el “Trastorno Bipolar y Habilidades Sociales”. Dado el caso, este artículo conlleva diferentes categorías conceptuales provenientes de múltiples artículos y autores, los cuales son: propósito general de la investigación, referentes conceptuales, tipos de estudio, sujetos participantes, técnicas de recolección de la información, tipo de diseño de investigación y principales resultados o hallazgos.

1.1 Trastorno de la Bipolaridad

Pretender demostrar entre todas aquellas posibilidades una definición precisa de acuerdo con las diferentes sociedades sobre trastorno bipolar, suele llevar a cabo una revisión exhaustiva de todos aquellos textos, libros, investigaciones y múltiples escuelas que tratan diversas posturas sobre el núcleo de la investigación: *Trastorno bipolar* a través de un recuento histórico.

Inicialmente, el término depresión y manía, eran términos separados e independientes uno del otro, el primero haciendo referencia a un estado de tristeza y el segundo a una tonalidad opuesta; estos términos se han conservado en los tiempos en el vocabulario psicopatológico y han sido

articulados para identificar comportamientos anormales, episódicos, periódicos o crónicos asociados a uno de los dos aspectos mencionados (manía y depresión).

Sin embargo, a causa de nuevos psicopatólogos y de las nuevas psicofarmacologías, el término “manía” ha sido dinámica y ha tenido diferentes connotaciones psicológicas y a su vez, aparece el término de “melancolía” ubicándose en aquellos estados depresivos que han sido modificados tanto conceptualmente como terapéuticamente. “La manía se consideraba una especie próxima al delirium (febril o no febril) en el polo opuesto de la melancolía y de la hipocondría” (Richards, 1992. Berrios, 1996, p. 11) Pasando por las concepciones de Bucknill y Tuke (1996) citadas en el libro “Trastornos Bipolares” (Vieta & Gastó. 1997.) donde “melancolía y manía se consideraron formas independientes de enfermedad mental” y luego como “locura con excitación (delirante y no delirante)” (p.11). Más tarde, Kraepelin, bajo la escuela alemana, reunió todos los estados periódicos de la manía o excitación y la depresión en un solo grupo, dándoles el nombre de “locura maniaco-depresiva” “la cual englobaba todos los estados maníacos y melancólicos que sobrevinieran a cualquier edad y en cualquier condición, fuera de la demencia precoz, de la parálisis general y de las denominadas “psicopatías orgánicas”. (Vieta, Gastó. 1997, p. 15).

Por consiguiente, Regis afirmó: “Cómo dos tonalidades afectivas tan opuestas una de la otra como la exaltación expansiva del maniaco y la concentración dolorosa del melancólico podrían coexistir en el mismo enfermo?” (Vieta & Gastó. 1997, p. 16) Seguido de esto, en 1894 Wernicke denominó “psicosis de la motilidad” que fue ampliado por otros autores y que dieron origen al término “Bipolar”. El termino Bipolar era entonces una revelación para la psicología ya que connotaba dos parámetros: lo unipolar y lo bipolar, sin embargo, Dunner y Goodwin en 1975, dieron origen al termino bipolar II que era caracterizado por la presencia de episodios depresivos y síntomas ocasionales de manía, de corta duración y escasa severidad, que no requerían de hospitalización, en determinados pacientes depresivos. Akiskal en 1981, propuso un tercer tipo de bipolaridad y dando a luz los términos de “hipomanía o manía, en depresivos unipolares, bajo tratamiento timoléptico.

Finalmente, el trastorno bipolar en la actualidad está clasificado según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V en el apartado de Trastornos del estado de ánimo así: trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno no especificado, cada uno de ellos con sus respectivos criterios:

Trastorno Bipolar I. Presencia de un episodio maniaco (necesario para su identificación). *Trastorno Bipolar II.* Presencia de uno o varios episodios hipomaniacos y uno o varios episodios de depresión mayor que preceden a los episodios hipomaniacos (es necesario que los tenga). *Episodio Maniaco.*

La sintomatología que se presenta en los episodios maníacos según el DSM V, apunta al cambio de un estado de ánimo a otro (alegría -rabia) desconociendo el sujeto la situación. (Cuando el sujeto entra en una crisis, puede presentar comportamientos que no son normales y puede llegar a atentar involuntariamente contra sus cuidadores, ellos mismos e incluso a la persona más cercana que tenga, el sujeto sale de su crisis en un estado de pérdida de la memoria y solo llega a ser consciente cuando sus allegados cuentan lo sucedido).

Por otro lado, puede presentarse una hipersexualidad manifiesta, esta conducta es característica porque el sujeto despierta deseos y/o fantasías sexuales inadecuadas, vestimenta muy descubierta con el fin de provocar y deseo de sentirse admirados físicamente, también puede verse un aumento en el consumo de sustancias psicotrópicas y abandono del tratamiento por sentir que puede tener control de su vida, sin ningún tipo de dependencia, sea psicológica o farmacológica. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y estadístico, la característica de este estado según los criterios es la presencia durante el periodo mínimo de una semana, durante la mayor parte del día casi todos los días, un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado expansivo o irritable.

Episodio Hipomaniaco. En el episodio Hipomaniaco, el sujeto se caracteriza por hablar más de lo necesario (verborreico), es decir, el sujeto constantemente busca la atención de las personas a través de palabras que suelen a llegar a estar sin sentido, no llega a la fuga de ideas, pero el deseo de obtener placer es latente cuando siente que su actitud y sus ideas son demasiado importantes al punto de no ser consciente de lo que se diga o haga, el sujeto no hace pausas ni siquiera para escuchar al otro, incluso puede llegar a tener comentarios sin ningún tipo de límites que le permita interactuar con los demás, sin embargo, no hay deterioro de la actividad social y laboral como en la manía.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y estadístico, la característica de este estado según los criterios es la presencia durante el período mínimo de cuatro días consecutivos y durante la mayor parte del día, casi todos los días, de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, así como de la actividad o energía. En caso de requerir hospitalización, se considera cualquier período de duración de este estado elevado de ánimo y de actividad.

Depresión Mayor. Un episodio depresivo mayor consiste en eutimias que son lo suficientemente graves para realizar tareas o actividades cotidianas, este comprende cinco o más síntomas como: estado anímico depresivo, pérdida del interés o capacidad de sentir placer, pérdida o aumento notorio, dificultades para conciliar el sueño, agitación o comportamientos más lentos, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución en la capacidad para concentrarse en una tarea, pensamientos suicidas.

Dado lo anterior, se concuerda con varios autores, que muchos de los diagnósticos que prevalecen en la actualidad son subestimados en torno a la enfermedad real (Trastorno Bipolar) por cuestiones de intervención precoz, disfunciones cognitivas, categorización, entre otros.

El trastorno bipolar es uno de los diagnósticos que con más frecuencia se modifica, se altera, se interrumpe y hasta se evade de forma definitiva y afecta a la población en sus interacciones sociales, laborales y psíquicas. *Nota:* la investigación será enfocada a sujetos con trastorno bipolar, es decir, que presentan diagnósticos con episodios maníacos, hipomaniacos y mixtos, además que cumplen con la clasificación del DSM V.

1.2 Habilidades Sociales

Se definen las habilidades sociales como un conjunto de hábitos en nuestras conductas, pensamientos y emociones, “las habilidades sociales, permiten comunicarnos con los demás en forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que las otras personas no nos impidan lograr nuestros objetivos” (Roca, 2014, p. 5). Es por esto por lo que el estudio de las habilidades sociales es un tema significativo en la actualidad, ya que el desarrollo o el aprendizaje de estas en torno al incremento de bienestar y calidad de vida, son indispensables en las relaciones interpersonales, sean positivas o negativas, es decir, ser un sujeto habilidoso socialmente o, por el contrario, no serlo. “la persona socialmente hábil, busca su propio interés, pero también tiene en cuenta los intereses y sentimientos de los demás y cuando entran en conflicto trata de encontrar, en lo posible, soluciones satisfactorias para ambas partes” (Roca, 2014, p.7). Una persona con mal nivel de desarrollo de habilidades sociales es más propensa a padecer de estrés y malestar personal. “Las personas con pocas HHSS son más propensas a padecer alteraciones psicológicas como la ansiedad o la depresión, así como ciertas enfermedades psicósomáticas” (Roca, 2014, p. 7). Estando de acuerdo con la autora, un sujeto habilidoso socialmente cuenta con un buen sistema inmunológico, que, al estar saludable, protege al ser humano de cualquier organismo o desequilibrio que quiera llegar a alterar el cuerpo, como también ayuda a superarlo si se produce;

Las habilidades sociales son conductas manifiestas verbales y no verbales, observables en las distintas situaciones de interacción que tiene una persona con otra. A su vez, las habilidades sociales son respuestas específicas, pues su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que en ella se activan. (Caballo, Gil, Hidalgo & Abarca, sf. p.4).

La psicología científica, aborda el estudio de las HHSS en tres dimensiones: la conducta motora observable externamente, las cogniciones, es decir, las creencias, pensamientos e imágenes mentales y lo emocional, más vinculado a la fisiología. Algunos ejemplos de HHSS podrían ser: decir

que no frente a algo, responder a un saludo, manejar un problema con un compañero de trabajo o estudio, ponerse en el lugar del otro, hacer preguntas, expresar una emoción, entre otras conductas aprendidas que se desarrollan progresivamente en el sujeto.

Dentro las habilidades sociales, surge el termino *asertividad* que es parte esencial de la comprensión de esas conductas aprendidas, es decir, la asertividad, puede ser definida como una actitud de autoafirmación y defensa de los sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones, en forma adecuada. La persona asertiva entonces, es aquella que sabe que frente a una situación puede estar equivocado, pero mantiene la calma, dando puntos de vista diferentes para la comprensión y la solución de un problema. La psicología cognitiva, considera que el principal determinante de las emociones y conductas no es la realidad en sí, ni las situaciones o sucesos que se experimentan, sino cómo se evalúan (lo que se piensa de sí mismo y de los demás sobre la realidad) “La conducta asertiva es un aspecto de las habilidades sociales; es el «estilo» con el que interactuamos.” (Morena, 2004, p. 2).

Categorizando las HHSS, encontramos la lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein (1978), la cual está compuesta por 50 ítems, agrupados en 6 factores, que son: primeras habilidades sociales; habilidades sociales avanzadas; habilidades relacionadas con los sentimientos; habilidades alternativas a la agresión; habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación. En concordancia con lo anterior, García. (2014) cita a Goldstein (1980) quien afirma: “las habilidades sociales son un conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socioemocional. Estas habilidades y capacidades se aplican en actividades desde básicas hasta avanzadas e instrumentales” (p.2) creando una lista de chequeo de habilidades sociales llamado *Lista de chequeo de habilidades sociales*, para ser traducido y adaptado al español en 1994 por el autor Ambrosio Tomás. La lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein:

Busca determinar las deficiencias y competencias que tiene una persona en sus habilidades sociales, identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales y evaluar en qué tipo de situaciones las personas son competentes o deficientes en el empleo de una habilidad social (García, 2014, p. 4).

Esta prueba fue clave para la realización del instrumento, debido a que la agrupación de sus categorías evalúa y explora las habilidades sociales desde seis áreas. (García, 2014, PP, 8-13) se cita a Goldstein para agrupar las habilidades sociales “Primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación” (p. 10).

Para concluir, el estudio está diseñado con el fin de normalizar el concepto o estigma social que se tiene sobre trastorno bipolar, normalmente, la sociedad categoriza a la persona sintomática de algún trastorno, como discapacitada con un estilo de vida más alejado de la sociedad, la investigación buscar enfocar qué tipo de habilidades sociales son las afectadas con la presencia del trastorno y como el sujeto que la padece, la maneja, la interioriza y está en pro de su cambio.

El estudio de las habilidades sociales es un tema que está en boom en pleno siglo 21, ya que, a lo largo de los años, se ha podido visualizar que juega un papel muy importante a la hora de relacionarse con el otro y por ende tener una mejor calidad de vida (en la escuela, el trabajo, vida de pareja y vida familiar). Es pertinente un análisis contundente que dé pie para denotar y agrupar los comportamientos y actitudes que se tienen y que pueden ser comparados con un sujeto socialmente habilitado.

2. Método

2.1 Tipo de estudio

De acuerdo con la investigación realizada y conforme con su propósito general, se utilizará un diseño transversal tipo *descriptivo*, a partir del cual se observarán los comportamientos y reacciones que tiene el sujeto diagnosticado frente a las categorías de las habilidades sociales sometidas a estudio en un momento determinado. El presente estudio es caracterizado como un estudio *cualitativo*, haciendo énfasis en el análisis de los datos recogidos en las entrevistas semi estructuradas. Posteriormente la investigación puede determinarse como un *estudio de caso*, de acuerdo con el caso específico de las variables a investigar las cuales son: *trastorno bipolar* y *habilidades sociales*. Se realizarán entrevistas semiestructuradas con el fin de recopilar toda la información referente a los sujetos (objeto de estudio), para un posterior análisis de todos los factores tomados en cuenta en esta investigación, desde el punto de vista cualitativo y partiendo de investigaciones empíricas de recuentos históricos.

2.2 Participantes

Los sujetos que participaron dentro de esta investigación específicamente fueron un hombre de 24 años y tres mujeres de 20, 28 y 33 años cada una, escolarizados, con un nivel socio económico medio, y sobre todo diagnosticados con trastorno bipolar en la ciudad de Medellín en el año 2019.

2.3 Instrumentos

En consecuencia, de la recolección de la información dentro de la investigación, se diseña un instrumento constituido con la referencia del autor Eugen Goldstein, (1980-87) en su *Manual de*

Calificación y Diagnostico de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales, siendo adaptado a la investigación presente que, en un criterio de investigación, fundamenta el fenómeno de estudio para las habilidades sociales, creando preguntas abiertas provocativas donde la persona abiertamente expresa lo que la pregunta le evoca y direcciona la investigación a un aspecto más analítico-explorativo (estas categorías se deducen de los objetivos específicos). Las categorías que se usaron fueron primeras habilidades sociales (HS- E, HS-GC,HS-P, HS-PA,HS-CP,HS-I,HS-D) Habilidades relacionadas con los sentimientos (HS-S,HS-M,HS-A) y Habilidades de planificación (HS-O, HS-SP, HS-PP,HS-CA) previamente especificados y categorizados uno a uno en los resultados.

2.4 Plan de análisis

Para el desarrollo del presente estudio, se llevaron a cabo cinco fases: 1) recolección de información sobre *trastorno bipolar y habilidades sociales*, con el fin de plantear un tema en general, un planteamiento del problema y unos posibles objetivos generales y específicos, 2) recolección de información y contextualización teórica, empírica y socio-histórica sobre todos aquellos artículos, libros y tesis que tuvieran una relación directa e indirecta con la investigación , 3) la tercera fase, se realizó en dos momentos; como primer momento se diseñaron y modificaron los instrumentos tomados de fuentes bibliográficas (pilotaje) y como segundo momento se procedió a realizar el trabajo de campo para el desarrollo de las entrevistas en profundidad. 4) Por último, se recogió toda la información recolectada mediante el instrumento para el análisis cualitativo. 5) Y por último, se realizó el análisis de las entrevistas con el fin de dar una respuesta a el planteamiento del problema inicial, así mismo a los objetivos tanto generales como específicos pactados (organización, análisis y discusión de los resultados).

2.4.1 Codificación abierta

Inicialmente se realizó un pilotaje con dos sujetos de la muestra, con el fin de validar si el instrumento fue válido y funcionó para la realización de la investigación. Seguido de esto, se realizó la transcripción de las entrevistas semiestructuradas para dar análisis al mismo y con el fin de añadir, corregir y complementar conceptos que se evidenciaron en el pilotaje.

Posteriormente, se realizaron las dos entrevistas semiestructuradas faltantes y de nuevo la transcripción previa de ellas, que han quedado registradas en audio. Es importante destacar que el objetivo general de la transcripción de la información es que quede bastante precisa y exacta cuidando que lo registrado en la recolección de la información, almacene la mayor fidelidad posible entre sí. Como consecuencia, se realizó un análisis de los datos hallados, que fueron paralelos en la entrevista, haciendo hincapié, en que la acción esencial de este paso consistió en recibir datos no estructurados

para ser contextualizados y estructurados, en las preguntas y objetivos de la investigación, dando como resultado, interpretar y evaluar unidades, categorías, temas y patrones.

Por esa razón, se realizó una codificación abierta, analizando las líneas discursivas de la transcripción, con el fin de agrupar cada respuesta a las subcategorías, los objetivos y llegar a la pregunta problematizadora. “En la transcripción de las entrevistas estarán incluidas las apreciaciones, ideas y conclusiones del investigador, estas apreciaciones son denominadas por Sandoval (1996) como “notas marginales” estas tienen el fin de “Incrementar el nivel conceptual de la investigación alentando al investigador a pensar más allá de los incidentes simples que lo lleven a identificar temas y patrones en los datos.” (Sandoval, 1996, p.87) Es decir, se tiene muy en cuenta todo tipo de comportamiento, elemento o expresión que tiene el sujeto entrevistado en el espacio de la entrevista y que juegue un papel importante en la investigación a través de la entrevista realizada. En efecto, bajo el análisis, se codificaron los datos, se resumieron y se eliminó la información irrelevante.

2.4.2 Codificación axial

Partiendo de la categoría anterior, se organizaron los datos recogidos a través de la codificación abierta, con el fin de brindarle a la investigación, una categoría central que las agrupe, “el investigador selecciona la que considera más importante y la posiciona en el centro del proceso que se encuentra en exploración (se le denomina categoría central o fenómeno clave). Posteriormente, relaciona a la categoría central con otras categorías.” (Hernández, 2010, p. 420) es decir, con la información codificada en la categoría central, se sintetizaron todas las variables influyentes en el proceso de investigación de modo lineal (pregunta, objetivo general, objetivos específicos, categorías, subcategorías, instrumento, datos recolectados, análisis) y así en esa constante revisión, se aseguró la confiabilidad de la investigación. “Las conexiones entre las categorías comienzan a aflorar con ciertos patrones y nexos que se identifican” (Sandoval, 1996, p.88).

2.4.3 Codificación analítica

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados, tanto de las entrevistas como de la conceptualización teórica, se categorizaron y codificaron para tener una descripción más completa de estos, de esta forma emergieron elementos importantes a partir de las diferentes maneras en que las personas ven los mismos datos, logrando una comparación de resultados “Los códigos son etiquetas para identificar categorías, es decir, describen un segmento de texto, imagen, artefacto u otro material.” (Narváez. 2014. P 12).

2.4.4. Triangulación

A continuación, se presenta la información arrojada sobre las afectaciones de las habilidades sociales en sujetos diagnosticados con trastorno bipolar, contando con las entrevistas realizadas. Para ello se realizó una matriz de sistematización, donde se evidencia cómo las categorías, subcategorías y los hallazgos de las entrevistas son puestas en contrastación con los fundamentos teóricos y así realizar un análisis detallado de todas las variables. “la triangulación consiste en dilucidar las diferentes partes complementarias de la totalidad del fenómeno” (Benavides, Gómez. 2005. P 2). La triangulación apunta a los hallazgos epistemológicos, las entrevistas y el contexto situacional del sujeto.

2.5 Consideraciones éticas

Es importante destacar que para cumplir con las diferentes normas establecidas, se diseñó un formato de consentimiento informado, donde incluye: nombre completo, número de cédula de ciudadanía, edad, grado de escolaridad, dirección y teléfono, cargo, ocupación, empresa, lugar de evaluación, fecha y firmas tanto del sujeto participante, el asesor de la investigación y la autora de la investigación, además de esto, tanto verbal como escrito se encuentra consignado el propósito que se tiene con la investigación, se aclaran los términos y condiciones (no se recibe pago, es netamente académico, entre otros). A través del consentimiento informado, se busca generar confianza en el sujeto investigado garantizándole el total anonimato (análisis, publicación entre otros) y no se realizará ningún tipo de retroalimentación de los resultados ya que es una investigación que cuenta como prerrequisito para el título profesional, por ende, no es legal.

4. Resultados

El grupo de pacientes con trastorno bipolar con el que se llevó a cabo este proceso fue ubicado en la ciudad de Medellín, las entrevistas se realizaron en la Universidad Eafit, en la sala de reuniones del bloque de psicología, con el fin de tener un espacio óptimo y cerrado para la entrevista, esta tuvo una duración de una hora aproximadamente y las preguntas fueron revisadas y seleccionadas de acuerdo con el manual de Goldstein y las categorías seleccionadas. En el siguiente apartado suscito el análisis de los datos obtenidos durante el proceso de investigación, los participantes de la entrevista cuentan con un diagnóstico psiquiátrico y psicológico de *Trastorno Bipolar*.

Con el fin de identificar en el análisis los sujetos participantes y guardar su anonimato, se asignó un código específico de caracterización, buscando que la información obtenida sea clara, ordenada y confiable en los datos. Los códigos asignados para cada persona fueron: AP, AV, AA, LC y los códigos asignados para las subcategorías del rastreo de la información son: HS-E, HS-GC, HS-P, HS-PA, HS- CP, HS-I, HS-D, HS-S, HS-M, HS-A, HS-O, HS-SP, HS-PP, HS-CA, TB- C,

TB-C, TB-RP. (Los códigos anteriores, fueron analizados brevemente a continuación según su categoría y pregunta) (ver anexo).

4.1 Habilidades sociales

Frente a la subcategoría HS-E (Escuchar, iniciar una conversación y mantener una conversación) se denota que los participantes a pesar de su diagnóstico son personas abiertas, con grupos de amigos establecidos, con personalidades bastante marcadas, tranquilos, con buena fluidez verbal y con ideas claras, pero suelen ser bastante selectivos a la hora de escoger sus amigos ya que la sinceridad es fundamental para el inicio de sus relaciones. El sujeto (LC) frente a esto menciona “Mi estrategia es ser sincera para poder estar completamente, necesito estar en los momentos, en los que me siento un poco más estable, procuro no tener relaciones como tóxicas, exigentes, que nieguen al otro” (LC).

El diagnóstico influye para que el sujeto se sienta en libertad de ser y dejarse ser sin esconder un diagnóstico que quizá le puede generar inestabilidad, tal como lo menciona el sujeto (AV), “Entonces para ser un ser social, la estrategia es olvidarse de la etiqueta, pensar que eres un ser completamente normal al igual que las personas con las que te estas rodeando, y rodearte de personas que puedan entender tu condición, (AV).

De acuerdo con la subcategoría HS-GC, (Dar las gracias, hacer un cumplido) Los dos primeros participantes (AP, Y AV) se muestran como personas con carácter bastante fuerte, personas imponentes, que necesitan constante atención, personas dependientes de los otros, pero al mismo tiempo con grandes barreras por miedo al rechazo y al abandono. Se evidencia que los sujetos AP Y AV intentan seducir a los demás para favorecer sus intereses. Mientras que el sujeto AA y el sujeto LC, son personas mucho más tímidas, de bajo perfil, sumisas en la mayoría de los casos, pero al mismo tiempo pueden ser personas caprichosas, mimadas y con grandes poderes de persuasión. (especialmente a sus padres) “El agradecimiento lo muestro... todo el tiempo, intento mostrarlo todo el tiempo, no es fácil y más cuando atentas física y verbalmente contra ellos, porque eso pasa en la crisis, hay que ser muy agradecido con ellos” (AV).

Por ejemplo, en el sujeto (AP) sus actitudes pueden deberse a inseguridades en sus relaciones, la gratitud es un tema que no tiene muy en cuenta en su vida diaria y supone la mayoría de las veces que no es necesario verbalizarlo e incluso demostrarlo porque no lo ve como algo necesario. “me di cuenta de que yo no expreso el cariño, a mí no me gusta como sentirme tocado o cuando me halagan mucho, me siento incomodo, soy super dicotómico” (AP).

En la subcategoría HS-P (Presentarse y presentar a los otros), el tema de darse a conocer es común para los cuatro participantes. El sujeto (AP) busca la atención constante de su pareja, pero en

momentos en los que siente que no puede controlar la situación se aleja, evitando relaciones estables y sanas, sin embargo, es una persona que no tiene ningún tipo de límite cuando desea conocer a alguien más, puede llegar a ser un poco discriminativo por su estilo de vida y la manera en la que se refiere a las personas pero, socialmente es habilidoso según sus conveniencias.

El sujeto (AV) es una persona que, de acuerdo con sus experiencias de vida, es una persona que considera que darse a conocer es bastante importante teniendo en cuenta que así puede llegar a normalizar el concepto que se tiene de bipolaridad, sin embargo, busca aislarse en momentos de crisis, es muy dependiente de su núcleo familia (sus amigos) tal como ella lo menciona para evitar lesiones. “Entre más seamos, entre más yo consiga quien se una a mí y le grite al mundo ¡yo soy bipolar! más rápido podemos lograr que la gente, nos vea como seres sociales y no como los relegados de la sociedad.” (AV).

En el caso del sujeto (AA) “cuando me siento como aburrída, pues como todo, llamo a mis papás primero, a veces como que ya es más fuerte, mis papas, o yo misma llamo al psiquiatra, tengo como buena, buena conexión con la psiquiatra y con la psicóloga” (AA) es una persona que puede aislarse un poco más que los otros y refugiarse en sus padres, o en los amigos más cercanos de infancia, impidiéndole conocer personas nuevas y en este caso socializar. En los tres casos les es indiferente conocer o no gente y así mismo que los conozcan.

Rara vez, hablo con alguien, la verdad, no suelo ir al psicólogo, como que empiezo a hacerme la loca, (como dicen por ahí) hasta que ya me siento desbordada, por eso varias veces he terminado internada en Samein, porque me dejo cargar y cargar de cosas Mmm, hasta que estallan, estallan en angustia, ansiedad, o una desazón completa, un peso en todo el cuerpo, una ... esquizofrenia, una intranquilidad en general (LC).

Contrario a los sujetos anteriores, (LC) que puede llegar a ser una persona que, a pesar de su constante soledad, es alguien que considera importante la construcción colectiva para el desarrollo de sí mismo, lo cual es bastante importante para su desarrollo social, este sujeto, es alguien que, a diferencia de los demás participantes, la crisis le ha perdurado por mucho tiempo y eso lo ha hecho alejarse completamente de su sociedad, si bien puede relacionarse educadamente con los demás, es algo que le genera bastante estrés emocional impidiendo cualquier tipo de ayuda.

Frente a la subcategoría HS-PA (Pedir ayuda), es bastante peculiar como el rol del psicólogo y psiquiatra es tan importante en la vida de un paciente diagnosticado, podría inferirse que la terapia les genera una especie de dependencia hacia ellos: "zona de confort" en las entrevistas sin ninguna duda, cuando se sienten inseguros o consideran que están frente a una situación de estrés desencadenante de una crisis, solo el terapeuta es quien tiene la vocería de manejarlo, la familia pasa a un segundo plano al igual que su círculo social. El sujeto 1 “Le escribo a Maria (su psicóloga) hasta

que me dice que no más, entonces o le escribo a Pilar (psiquiatra) me contesta básicamente lo mismo” (AP); El sujeto 2 “Lo primero que hago es buscar a mi psiquiatra, pasa algo muy particular y es que uno se apega mucho a ciertas personas o una persona y odia demasiado a otras por más que sean parte de su círculo de mejores amigos, pero uno no escoge odiarlos, es algo que la condición te lleva a eso.” (AV), Sin embargo, llama la atención que el sujeto (LC) a pesar de que su diagnóstico fue a los 12 años, es alguien completamente alejado del ámbito profesional, esta persona encuentra "ayuda" en sí mismo a través de la poesía o el arte, sin embargo, es preocupante sus niveles de ansiedad controlados por el alcohol y denota mucho la diferencia de clases sociales de todos los participantes y el apoyo de la familia como tal.

Las subcategorías HS-CP (Convencer a los demás, participar) y HS-I (Dar instrucciones y seguir instrucciones) en el caso del sujeto (AP) Y (AV), por su personalidad, son personas que como se mencionó anteriormente intentan seducir a los demás para favorecer sus intereses, situación que puede ser conflictiva para la realización de algún trabajo en equipo o en general en su vida “Tengo un argumento muy fuerte, soy muy manipulador, yo sé lo que la persona quiere entonces, yo se lo muestro así, en eso si me volví, como un experto en analizar a la otra persona, ósea, yo sé cómo llevarlo” (AP).

Ambos consideran que solo las demostraciones exactas sobre un tema son las verídicas, así mismo que sus trabajos o actividades que realizan, “yo creo que cuando tu logras convencer a alguien de que tú no eres bruto” o algo así porque tienes una condición mental, eso lo haces. demostraba, que yo a pesar de mi condición, podía, era hasta mejor que ellos” (AV), (AA) es un poco más objetiva en cuanto a su proyecto de vida y quizá por su experiencia laboral, ha hecho que tenga más claro sus objetivos y la manera de realizarlos.

En general los cuatro sujetos se caracterizan a ellos mismos como “malos líderes” y prefieren trabajar solos en ambientes que no generen estrés. El sujeto (LC) es una persona que se considera bastante inconstante lo cual impide que el desarrollo de sus objetivos y metas se cumpla a cabalidad, el trabajo en equipo le genera estrés y puede desencadenarle una crisis, entonces siempre intenta huir o desligarse de responsabilidades, este sujeto suele ser una persona más alejada que los otros sujetos entrevistados. “La soledad o la melancolía y la desesperanza absoluta, a veces tengo el sentimiento de que es muy estúpido lo que estoy hablando entonces quiero quedarme callada y ya, sin terminar las ideas, sin explicarlas sin nada...” (LC).

Genera la inquietud el hecho de que todos los sujetos participantes, consideran que la forma en la que piensan, las ideas que tienen y en general su sentir es poco importante y debe pasarse por alto, los sujetos si bien tienen grupos de amigos "establecidos" evitan al máximo el liderazgo. “el

liderazgo no es algo que se me dé mucho, a decir verdad, soy bastante inconstante entonces digamos que si es algo que necesite de una constancia temporal, suelo partir con facilidad” (LC) el trabajo en equipo “yo funciono mucho, trabajando sola, más que en grupo, porque yo tengo un defecto muy grande y es exponer mi voluntad: me gusta que las cosas se hagan como a mí me parece” (AV). Y la responsabilidad “no sé, yo creo que yo soy super mal líder, me gusta como que todos estén como ¡ey vos que quieres hacer, entrégamelo cuando vos podas yo no te voy a acosar!” (AP).

Con relación a la subcategoría HS-D (disculparse), El sujeto (AP) al momento de realizar la pregunta, se torna más incómodo de lo normal, “no lo considero importante, pues yo soy tan relajado.” (AP) podría inferirse que, debido a malas experiencias con parejas y amigos, el tema del "perdón" no es necesario y las situaciones se solucionan alejándose o dejándolo pasar, este tipo de conductas, impiden las relaciones personales y puede catalogarlo como un sujeto socialmente inestable. Por otro lado, el sujeto (AV), siendo muy consciente de sus comportamientos frente a las crisis de depresión, frente al tema de pedir perdón afirma:

Quando yo estoy en crisis y me posee ese otro yo, que hace y dice cosas que después no recuerdo y atento física y mentalmente contra las personas que me están cuidando, a pesar de que ellos saben que no soy yo, que es la enfermedad manejándome, entonces cuando sales de la crisis es importante decir ¡perdóname! ¿para qué? Para permanecer al lado de esa persona, para que esa persona, valore mucho más, porque a pesar de que no se acuerda que me maltrató y que me insultó, cuando se lo hicimos caer en cuenta, ella acepta que tenemos sentimientos (AV).

(AA) y (LC) frente a la pregunta evocan gratitud a sus allegados por su momento de crisis, es decir, consideran que es esencial para una buena relación, ser consciente de sus faltas para manejar buenas relaciones personales, los sujetos se muestran bastante honestos frente a la pregunta: “pues lo mínimo es cuidarnos unos a otros, uno se equivoca mucho, uno hiere mucho a la gente. A veces uno hiere por herir y hay que disculparse por eso, hay que disculparse por lacerarle el corazón a otra persona” (LC). Por la consciencia que tienen de sus actitudes y comportamientos frente a una crisis, el pedir perdón juega un papel importante a la hora de relacionarse con los demás, es una pregunta que se responde inmediatamente, sin dudas.

De acuerdo con la subcategoría HS-S (Conocer los propios sentimientos, expresar sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enojo del otro, expresar afecto), en esta pregunta, los sentimientos salen a flor de piel y lo más significativo es que la familia juega un papel bastante importante para la recuperación o tratamiento de un sujeto diagnosticado. En el caso de los sujetos (AP) Y (AV) son personas que no tienen el apoyo de sus padres y han desplazado esa falta en otras personas que también se han alejado o los han abandonado. El trastorno les afecta en la medida en que cuando pasan por una crisis, las personas que los rodean no logran comprender

la situación y ellos cada vez se vuelven más temerosos al confiar. “realmente, siento que nadie se ha puesto en mis zapatos. Ser bipolar después de la esquizofrenia, es lo peor que le pueda pasar a un ser humano, entonces uno nota eso en la gente” (AV). Y en comparación con el sujeto (AA) quien cuenta con la ayuda y el apoyo de sus padres que han estado allí en su tratamiento y siente que constantemente puede recibir ayuda, lo cual ha sido beneficioso para el éxito en su tratamiento “Si en muchas ocasiones, ehh, lo he identificado, pues que se han puesto en mis zapatos, la gente como que le ayuda a uno, es como muy perceptiva, la gente de Medellín es como muy amable” (AA).

El sujeto (LC) detrás de toda la melancolía que muestra en la entrevista, considera que es ella la responsable de no permitir que alguien más pueda llegar a ponerse en sus zapatos, esto debido a su inconstancia en todos los aspectos y similar a los otros, es ella quien busca ponerse siempre en los zapatos de los demás. “Siento que la gente lo ha intentado, pero hay un punto de incompreensión en el que, se cae esa construcción empática, porque quieren todo el tiempo razones, ahí la gente como, pierde su interés” (LC).

El diagnóstico juega un papel significativo en esta categoría, los sujetos infieren que el hecho de que no se pusieran en sus zapatos, se debía exclusivamente a la clasificación del diagnóstico bipolar, la pregunta toca fibras y en todos se hacen grandes pausas a la hora de responder; por otro lado, es bastante contradictorio el hecho de que en la mayoría de sujetos, a pesar de su sentir por la falta de puesta en los zapatos, ellos consideran que constantemente lo hacen, los sujetos buscan dar esperando recibir y eso genera bastante incertidumbre llevándolos a un desequilibrio social.

La subcategoría HS-M (Resolver el miedo), tal como fue mencionado en el análisis de la categoría *pedir ayuda*, los sujetos suelen alejarse de la sociedad ya que sienten que estando "solos" pueden salvarse de los peligros que trae cualquier situación que pueda generarles estrés y sobre todo una crisis, “miedo sientes mucho en la crisis de que te posea ese otro yo y termines suicidándote, tienes miedo de que no tenga a alguien que esté contigo apoyándote, ayudándote, tienes miedo de estar solo, la soledad y la bipolaridad” (AV).

Es agobiante como perciben la vida, son sujetos que en sus respuestas denotaban falta de positivismo o visiones, sueños, objetivos frente a la vida, sujetos que constantemente buscan vivir en el aquí y ahora, estando alerta de la llegada de una crisis que los discapacitan para sus tareas diarias. El psicólogo y el psiquiatra son las vías que tienen para evitar sentir miedo, concluyendo que la aleja de la sociedad. El sujeto (LC) como se mencionó anteriormente, por no contar con ayuda psicológica ni psiquiátrica, busca en sí misma la ayuda, es una persona bastante alejada de la sociedad, de su familia y de su entorno, este sujeto no se permite sentir miedo o angustia y lo evade con otras tareas, “A veces lloro porque me da mucha impotencia, otras veces cuando puedo, me siento a pensar que

puede ser, otras veces lo evado, con cosas específicas, trato de ocuparme mucho para que se me olvide que tengo miedo...” (LC).

Por consiguiente, la subcategoría HS-A (Autorrecompensarse), los elogios y las recompensas, son temas olvidados, tanto para los sujetos (AP) y (AV) la influencia del desapego de su familia ha hecho que tengan ideas irracionales sobre ellos mismos, no tienen buen autoconcepto sobre el éxito de sus carreras o el éxito en su vida cotidiana, dependen de su pequeño círculo social para enaltecer sus fortalezas y se escudan en la falta de cariño a causa de las crisis presentes en el trastorno, “a mí misma no, porque yo fui una mujer criada por una familia, por unos tíos que toda la vida me han dicho que soy inservible, buena para nada, inútil, un encarte, cuando me diagnosticaron me dieron la espalda” (AV). El sujeto 3 AA en la entrevista no sabe reconocer si es importante para ella los elogios, es una persona crítica consigo misma y busca constantemente que sus padres la cobijen ante todo mal.

El sujeto LC considera poco o nada importante el elogio a sí misma, pasa desapercibida ante esta pregunta. “recuerdo a Caicedo, “hay cosas mucho más importantes por hacer” en realidad, como que ese sentimiento de que merezco algo, no lo tengo muy presente, varios logros que la gente me atribuye, que son grandes logros para mí han sido mera pendejada” (LC). Cabe resaltar entonces, que la recompensa influye positiva o negativamente en el sujeto de acuerdo con la manera en que tiene configurada sus relaciones personales, los autorreconocimientos serán dados a sí mismos, en la medida en que previamente fueron sobresaltados por un tercero o en ciertas ocasiones, un auto reconocimiento es dado por factores externos como el alcohol, las drogas o hasta las compras excesivas que podrán desencadenar una crisis mayor.

De acuerdo con la categoría HS-O (Establecer un objetivo), Los sujetos coinciden en que la metodología para no dejar pasar algún objetivo es escribiéndolo, sin embargo, se considera que son personas bastante dispersas, el no cumplimiento de objetivos puede desencadenar niveles de estrés altos y esto una alteración en su manía o depresión, “primero que todo mirar la carga de estrés que puedo tener, porque lo que más afecta es el estrés, el estrés lo lleva a uno a una crisis segura, entonces, y acomodar horarios también, pero no, no enfrascarse en la tarea” (AV). Es importante destacar que, en todos los sujetos entrevistados, solo hay uno de ellos que logró culminar con su pregrado, los demás han abandonado sus carreras o las realizan con demasiada inconstancia, “No suelo tener objetivos, pues los objetivos que me trazo pueden ser tan móviles para desaparecerse pierden sentido, a veces el desinterés es demasiado soy bastante desorganizada con los pensamientos y las emociones” (LC).

Tal como se menciona, son sujetos que pueden ser desorganizados “no sé priorizar, ósea soy super desordenado, yo digo, esto es super importante y tengo un cuaderno lleno de apuntes y de cosas

y de cosas por hacer” (AP) al momento de realizar la pregunta por los objetivos, se destaca el miedo o inseguridad al responder, consideran que es una pregunta que nunca se habían hecho y por ende no eran conscientes de la falta de compromiso que tienen por sí mismos, tanto la academia como el ámbito laboral, les proporciona ciertas metas por cumplir, sin embargo, bajo cualquier sentimiento de amenaza, los sujetos abandonan o posponen.

Bajo la subcategoría HS- SP (Discernir sobre la causa de un problema, resolver los problemas según su importancia, tomar decisiones, tomar una decisión), se infiere que, frente a las bromas, las peleas entre otros, su respuesta es más interna, les llega afectar el desconocimiento y mal uso de la palabra bipolar, “yo aprendí a burlarme de mi misma, me gozo mi condición, me gozo cuando estoy en crisis, me incomoda es la broma cuando hay desconocimiento frente a la enfermedad, cuando la broma si es ofensiva...” (AV); Así mismo, en momentos de crisis, pueden llegar a reaccionar de maneras inadecuadas violentas bajo el escudo de manía o depresión. “Hubo momentos de la nada siento un calor por todo el cuerpo y me da mucha rabia, entonces reacciono de manera violenta, otras veces, le restó importancia, son cosas que padezco y ya, yo solo trato de entender por qué” (LC)

Pero en contradicción a esto, en ciertas ocasiones, los sujetos buscan mediar las situaciones a través de la palabra, el hecho y la demostración o simplemente alejándose y evitando cualquier tipo de situación estresante “pues trato de dialogar y hablar mucho, siempre digo lo que no me parece, no me guardo las cosas, yo creo que eso ayuda, pero dependiendo de cómo lo diga uno, uno tiene que saber decir” (AA).

De acuerdo con la subcategoría HS-PP (Pedir permiso), la norma no es importante para los sujetos, se consideran personas independientes de dar explicaciones, pedir permiso e incluso comportarse de manera adecuada. “no, no tengo que, porque primero yo soy un adulto, yo no tengo que pedir permiso a nadie para hacer nada, ¿por qué tengo que pedir permiso?” (AV). Ven a sus familiares como personas alejadas de ellos, por ende, sin ningún tipo de posibilidad para comentarios o señalamientos.

Esta enfermedad, desgasta el cerebro, prefiero vivir dos años cuerda pero como me dé la gana, entonces siento que, ehh cuando se vive en mi condición, cada día es único, porque tú no sabes en qué momento esa crisis te va a quitar la vida. Si tienes que pedir permiso para poder disfrutar a pesar de tu diagnóstico, vas a ser como muchos bipolares que conozco, un amargado, que se la pasa en una eterna crisis (AV).

Por otro lado, el hecho de estar diagnosticados les genera una especie de monotonía en cuanto a su tratamiento tanto psicológico como psiquiátrico y en esa medida, el pedir permiso como habilidad social es algo que está tan sobrevalorado para ellos que la consideran de poca importancia. Los participantes tienen en común, que suelen ser un tanto inseguros y en diferentes ocasiones pueden

verse a la defensiva, por ende, la necesidad de aprobación está muy latente, por temor a la soledad, temen dar un mal paso que genere estrés o crisis en ellos de manera insuperable. “Soy bastante insegura y eso transgrede y alienta a la otra persona, siento que tiene que ser algo consensuado por lo mismo, porque no sé si eso pueda violentar a las otras personas, la necesidad de aprobación supongo” (LC).

Y, por último, bajo la subcategoría HS- CA (Compartir algo, ayudar a los demás), resalto que los sujetos tienen una visión bastante particular sobre la ayuda a los demás, sus propias experiencias han hecho que quieran "regar" las voces y no permitir que las personas que apenas comienzan por este camino no pasen por lo mismo que ellos. La ayuda puede llegar a ser terapéutica, les genera tranquilidad, armonía y paz, los sujetos participantes son desinteresados y están dispuestos a verbalizar situaciones estresantes solo para que se naturalice el trastorno: “yo hubiera querido en estos 11 años, que alguien me llevara de la mano y me enseñara las cosas que yo en este momento tengo la capacidad de enseñarle a otros, por eso me gusta conocer gente con mi misma condición” (AV). Infiriendo que los puede que no sean sujetos muy habilidosos socialmente, e incluso ignoren el hecho de que la entrevista puede generarles cierto estrés, la ayuda es su mayor objetivo, “yo a veces me siento impedida porque no tengo las herramientas para ayudar a las otras personas, es importante hacerlo mientras uno pueda y tenga la disposición” (LC).

En general, bajo la categoría de habilidad social podrían concluirse varias hipótesis, unas desde la perspectiva psicológica, otra desde el prejuicio y la suposición y otra desde el análisis de las entrevistas, la habilidad social es un tema que está constantemente en la vida de las personas, pero que difícilmente es vista, analizada, interpretada e incluso adquirida. La asertividad en los comportamientos de los seres humanos, qué tan habilidoso puede llegar a ser quien padece de un trastorno y lo ha tratado durante toda su vida, como también aquel que desconoce cualquier tipo de anomalía y socialmente no tiene contacto alguno.

4.2 Trastorno bipolar

Frente a la subcategoría de TB- C (Caracterización, clasificación), Los sujetos con trastorno bipolar se catalogan en momentos de crisis, como personas tristes, solos, tímidos, eufóricos, inseguros, dependientes, pero en circunstancias normales, son sujetos que pasan desapercibidos ante la sociedad.

Digamos que tiempo atrás yo venía sintiendo, algo que no podía nombrar en la boca del estómago, en el pecho, comenzaba a tener muchas pesadillas. no entendía lo que pasaba, estaba muy cerca de la locura porque no entendía, porque nunca te hablan de la salud mental, siempre creen que estas distraído, que no es que estés deprimido, simplemente estas triste como todo el mundo, y bueno, pero una característica que he notado bastante, ha sido ehh...

el insomnio muchas veces o la... o dormir demasiado, el silencio, ahora me permito mucho más el silencio y también las lágrimas, pero ahora entiendo que eso tiene una respuesta (LC).

No tienen una etiqueta marcada, logran desarrollar en algunas tareas y objetivos propuestos (así no los tengan muy claros) y pueden llegar a ser sujetos socialmente habilidosos dependiendo del contexto que se les presente y bajo qué tipo de momento estén (euforia o depresión), “Yo antes era muy espontánea como te decía y me le presentaba a la gente, ahora me es muy difícil conocer gente nueva, porque cree mucha inseguridad, hay gente que no soporta el comportamiento que tú tienes” (AV).

Estos sujetos en ciertas ocasiones utilizan el diagnóstico como una excusa para no perder relaciones o sentirse aislados de la sociedad, es muy rara la ocasión en que se usa como papel de víctima, pero ambos sujetos en la entrevista denotaron la necesidad de usarlo en momentos como peleas, crisis o miedo a perder a alguien, “la he usado como excusa, si, eh, pero, ósea, como que es bueno entender ¿sabes? Ósea es que antes saber que uno estaba muy triste” (AP)

Para terminar la subcategoría de TB-RP (Relaciones personales) En la entrevista se logra evidenciar que el trastorno influye en la habilidad social, en el momento en el que el sujeto pasa por hipomanía, manía o depresión. Puede verse desde dos perspectivas, el sujeto AV, busca adquirir toda la información posible sobre el trastorno para transmitirlo a otras personas que lo requieran, este sujeto busca que la palabra "discapacidad" salga del vocabulario de las personas cuando se refieren a las capacidades de un paciente bipolar y considera que, sin importar el desgaste cerebral por las crisis, es capaz de realizar cualquier tipo de actividad social, personal y hasta profesional

Esto causa un desgaste cerebral muy grande, esto mata muchas neuronas y cuando me hicieron mi última resonancia magnética en octubre, eh, se vio que tenía afectado los lóbulos de la memoria a medio y largo plazo y la parte de la cognición y el aprendizaje, me cuesta más que a los demás aprender cosas que son difíciles de aprender, y me ha afectado más que todo la parte sentimental en cuanto a pareja porque a nadie le gusta ser mi pareja cuando empieza a notar quizá que estoy empezando una crisis porque no aguantan el voltaje (AV).

El sujeto AA, considera que el trastorno la imposibilitó para la mayoría de las cosas en su vida, como estudiar, trabajar y hasta conducir, llevando su crisis de manía a espacios solos y de poco esparcimiento social, “eso me afectó demasiado porque yo no era la misma, yo no pasaba igual, yo no me reía lo mismo, no podía trabajar, no podía estudiar, no podía manejar, yo no hablaba bien, se me olvidaban las cosas.” (AA). El sujeto (LC) siente que le cierran las puertas de entrada solo por su diagnóstico o por la vaga información que se tiene de este, sin embargo, se considera que el trastorno con buena terapia y control de los síntomas puede ser transitorio y no influye en una habilidad social.

En cuanto a lo sentimental, que es el elemento que más se afecta de acuerdo con el diagnóstico, “ha afectado la relación con otras personas, de entrada, me excluyen de muchas cosas

porque saben de mi inconstancia...siento que me está cerrando la puerta de entrada. No logro tener parejas estables porque siempre se van” (LC). Los tres sujetos optan por dejarlo a un lado y enfocarse en otras cosas, el amor no es un campo en el que puedan experimentar y desarrollarse, sin embargo, hay dudas de que sea debido al trastorno como tal.

El diagnóstico como tal no genera una característica específica que se vea marcada en los sujetos, sin embargo la percepción que tienen de sí mismos frente a sus relaciones personales, sentimentales o laborales es bastante negativa en relación con sus comportamientos en momentos de crisis, si bien son sujetos que se desenvuelven en diferentes círculos sociales progresivamente, se genera una inestabilidad en el mantenimiento de las mismas, los sujetos consideran que solo pueden contar con buenas relaciones personas en la medida en que están fuera de una crisis, sea de manía, hipomanía o depresión, y dado el caso que esté presente, el aislamiento, la falta de oportunidades, el poco compromiso con objetivos y metas, la falta de auto reconocimiento y demás son estrategias sociales que se abandonan, se excluyen de sus vidas e incluso le temen.

Un sujeto con dicho trastorno es socialmente no habilidoso, en la medida en que sigue el tratamiento psicológico y psiquiátrico, realiza actividades extracurriculares, propone metas y objetivos y, sobre todo, busca que cualquier límite presente, se elimine de sus vidas. El trastorno no limita en la medida en que el sujeto tiene deseo por cambiar, por tratarse, por verbalizar y mantener una vida sana.

5.Discusión

El trastorno bipolar ha sido un término que ha tenido diversos cambios y estigmas a través del tiempo, la sociedad lo nombra despectivamente cuando se refiere a una persona con estados de ánimo cambiantes de un momento a otro, pero quien la padece y lleva una vida tanto con el diagnóstico como con el tratamiento, sabe que no es tan sencillo como eso.

El trastorno como muchos otros, puede llegar a afectar socialmente a los sujetos que la padecen, “las personas con trastorno bipolar tienen menos interacciones sociales y menores redes de contención social que sujetos sanos de la misma edad.” (Depp. 2012, p. 843) pero al mismo tiempo, quien logra seguir con las pautas de una buena terapia, regulada medicación y apoyo de su entorno, dan cuenta de que no es una discapacidad como se piensa o una serie de síntomas que generan en los sujetos relaciones inestables, tanto con su trabajo, sus relaciones familiares, consigo mismo y hasta sentimentales

Algo que se logró evidenciar en la investigación, es que el apoyo familiar y social es importante para que el sujeto diagnosticado logre llevar un adecuado tratamiento, los sujetos que fueron entrevistados se muestran como sujetos que sin importar que sus círculos sociales son pequeños, buscan a menudo las posibilidades de generar ambientes estables, amenos y alejados de todo tipo de estigma sobre el diagnóstico, sin embargo, múltiples investigaciones aluden a que los sujetos con dicho trastorno suelen ser aislados y en la mayoría de los casos, desempleados, esto en comparación con la investigación contradice completamente esta teoría, si bien solo uno de los cuatro sujetos logró culminar con sus estudios, los sujetos se desempeñan con normalidad en sus actividades diarias, es cierto que los estudios neurológicos denotan fallas en las cogniciones como la necesidad de tomarse mayor tiempo para realizar una actividad, dificultad para el cumplimiento y la obtención de objetivos o en algunos casos pérdida del interés en general en la vida “Si bien la causa de dicha situación es diversa y compleja, uno de los factores que se ha aislado es el pobre desempeño en tareas que miden la cognición social” (Gaggino, sf. p1).

Señala Aristóteles “El hombre es un ser social. Un animal que quiere ser aceptado por la manada”, los sujetos participantes tienen en común un diagnóstico, no estando de acuerdo con la siguiente cita, “Aparentemente estas dificultades sociales se mantienen a pesar de los episodios, predicen la posibilidad de futuras recaídas y son un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos” (Depp. 2012 p.843). según el análisis cada sujeto experimenta afectaciones diferentes, por un lado, está el sujeto que el diagnóstico constantemente lo atormenta y hace que aislarse sea la mejor opción, por otro lado, está el sujeto que independiente de las condiciones externas como el no tener un apoyo familiar, logra construir un círculo social de apoyo y a través de los años, ha hecho que la habilidad social en cuanto a la ayuda, sea su eje central para la vida, este al igual que muchos otros, usa su diagnóstico como una herramienta psico educadora para los demás, busca romper tabúes sobre “la discapacidad” que no permite tener una vida psicológicamente saludable y demuestra cada vez más que no es la persona del diagnóstico, es la persona que aun teniendo el diagnóstico, tiene las mismas oportunidades y capacidades que cualquier otro.

Se considera que el diagnóstico no es un discapacitante para que el sujeto sea habilidoso socialmente como se ha venido diciendo, es importante sugerir para futuras investigaciones, que temas como un diagnóstico oportuno, tratamiento social y familiar del paciente, entre otros temas, podrían quitar estigmas sobre “el paciente discapacitado debido al trastorno bipolar”, también es importante notar la falta de oportunidades o espacios como grupos focales y demás en la ciudad de Medellín, el apoyo social es clave para el éxito de la terapia ya que saca del aislamiento a esos

pacientes temerosos de un diagnóstico con tanto pronombre generando entonces menores índices de recaídas en las crisis.

Es entonces la comunicación interpersonal una de las partes esenciales de la actividad humana la que conlleva a que el sujeto desarrolle una salud mental adecuada “las habilidades básicas para la interacción social pueden afectarse por largos períodos de aislamiento, por perturbaciones cognitivas o afectivas y además se deben readaptar en función de las costumbres sociales donde la persona esté inmersa” (Gómez, Núñez, Jiménez & Gómez, 2011. p 1). Genera la duda de si el deseo el sujeto por no impedir que el diagnóstico sea su mayor impedimento para relacionarse, es inferior a los miedos e inseguridades provenientes de las eutimias.

6. Conclusiones

Para concluir, el propósito de este artículo era responder a la pregunta ¿De qué manera se ven afectadas las habilidades sociales en algunos sujetos con trastorno bipolar en la ciudad de Medellín, en el año 2019? teniendo en cuenta la información recolectada, se identificó que los efectos debido al diagnóstico de trastorno bipolar, es subjetiva y depende de qué tan conscientes están los pacientes o no del tratamiento y su deseo de moderar sus síntomas o crisis que pueden llegar a ser impedimentos para el ser habilidoso socialmente, todas aquellas habilidades sociales dependerán de los esquemas culturales que poseen, como las emociones, las creencias, las actitudes, expectativas, situación económica, entre otras significativas.

Así mismo se resalta de las personas entrevistadas que sus condiciones de vida no dependen del diagnóstico, como fue mencionado anteriormente, es posible inferir que los efectos en las habilidades sociales solo están demarcadas por el deseo del sujeto, si bien hay un proceso más lento, los mitos o tabúes existentes en los grupos de apoyo o en general en la sociedad presente, no son ciertos, el diagnóstico no es discapacitante, no influye en sus proyectos de vida, sin embargo, la mayor afectación sería el desgaste cerebral que desarrolla el trastorno y por ende sus procesos de cognición, es entonces la prevención temprana del síntoma, el buen tratamiento y el deseo de superación del sujeto, la clave para la habilidad social sin importar un diagnóstico.

Es igualmente importante resaltar las actitudes y creencias de los sujetos participantes sobre la influencia del trastorno bipolar en sus vidas, en términos positivos, los sujetos estuvieron completamente dispuestos a narrar sin ningún tipo de censura, cada sentimiento o actitud que estaba influido o no por el trastorno y se rescata positivamente que los sujetos gracias a su deseo por modificar sus conductas son habilidosos socialmente, si bien en momentos de crisis los sujetos se aíslan un poco, se tiene un control sobre ello y esto es gracias al conocimiento que tienen y por ende al control sobre si mismos en este tipo de momentos.

En términos negativos, un efecto en los sujetos que puede deberse al trastorno, son sus relaciones sentimentales; los sujetos desarrollan ciertas inseguridades y ciertos miedos al momento de enfrentarse a una relación, esto puede deberse a su inconstancia o estabilidad emocional, sin embargo, no es un tema del que no se pueda trabajar y modificar. Los sujetos son conscientes de ello, y lo reconocen, lo ven como un aspecto negativo en cuanto al temor que viven una y otra vez por ver alejarse a las personas que desean en sus vidas y que no logran quedarse en palabras de los sujetos “porque no es fácil estar un alguien bipolar” (AV) los sujetos gracias a diferentes factores como una buena terapia, apoyo familiar y social entre otros de alguna forma están motivados a continuar en pro de una buena calidad de vida deseada.

Por otra parte, las limitaciones que se encontraron para el desarrollo de la investigación fue inicialmente la búsqueda de los sujetos, en Medellín es muy escaso encontrarse con grupos focales sobre trastornos, el único accesible no cumplía con los estándares de la investigación debido a las percepciones que se tienen sobre la enfermedad como “discapacidad” por ende se evitó al máximo, se contó entonces con cuatro sujetos diagnosticados que fueron proporcionados por docentes de la universidad, no obstante, fue una muestra reducida, heterogénea y significativa pero por tanto no podría llegar a ser generalizable. Se buscaba con el artículo centrar la atención en el pensamiento de los sujetos por su calidad de vida y sus relaciones sociales para dar una mirada diferente a las concepciones de los sujetos diagnosticados frente a la habilidad social. Se abre la oportunidad a futuros investigadores a profundizar en el tema y abrir espacios de esparcimiento para los pacientes.

Listado de referencias

- Abood, Z. Sharkey, A. Webb, M. Kelly, A & Gill, M. (2002). *Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. Bipolar Disord. Ireland*. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1399-5618.2002.01184.x>
- Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou G, Dikeos B, Lerer R. (2004). *Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. J Affect Disord. Bruselas*. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032702003476?via%3Dihub>
- Benavides, M. Gómez, C. (2005) *Métodos de investigación cualitativa: triangulación*. Colombia. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008
- Caballo, V. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (5ª ed.)*. Madrid. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5352/b16450188.pdf?sequence=2>
- Chen, P. Sajatovic, M. (2013). *Trastorno Bipolar Geriátrico*. España. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593412000322>
- Contini, N. Coronel, C. Levin, M & Hormigo, K. (2010). *Las habilidades sociales en contextos de pobreza. Un estudio preliminar con adolescentes de la Provincia de Tucumán*. México. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Las+habilidades+sociales+en+contexto+s+de+pobreza.+Un+estudio+preliminar+con+adolescentes+de+la+Provincia+de+Tucum%C3%A1n&btnG=
- Cirici, R. Obiols, L. (2008). *Validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos*. Terrassa. Recuperado de: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/9/51/ESP/9-51-ESP-123-132-357894.pdf>
- Della, C. Bosetto, C. (2014). *El trastorno bipolar y el comportamiento de la familia*. Argentina. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5427127>
- Dos santos, T. Benavides, A. (2014). *Habilidades sociales y frustración en estudiantes de medicina*. Brasil. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212014000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Fernández, A. Fernández, D. (2011). *Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y su relación con las habilidades sociales y de liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC)*. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3773511>
- García, Z. (2014). *Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/230003203/HS-Habilidades-Sociales-Goldstein>
- González, S. Artal, J. Gómez, E. Caballero, P. Mayoral, J. Moreno, T. Alvares, M. Jiménez, S. Villacorta, M. Higuera, A & Vázquez, J. (2012). *Intervención temprana en Trastorno Bipolar: el programa Jano del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*. España: Vol. 40 Issue 2, p51-56. 6p.

Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-51-56-884022.pdf>

González, C. Ampudia, A. Guevara, Y. (2012). *Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados*. Colombia. Recuperado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/963>

Koppmann, A. (2012). *Sobre el diagnostico de bipolaridad*. Chile. Recuperado de: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/4_Dr--Alejandro-Koppmann-A.-14.pdf

Leyton, F. Barrera, A. (2010). *El diagnostico diferencial entre la depresión bipolar y la depresión monopolar en la práctica clínica*. Chile. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n6/art17.pdf>

Lolich, M. Vázquez, G. Álvarez, L & Tamallo, J. (2012). *Intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión*. Argentina. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-84-92-211350.pdf>

López, J. Baca, E. Botillo, C. Quintero, J. Navarro, R & Negueruela, R. (2008). *Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar*. España: Actas Españolas de Psiquiatría, Volumen 36, número 4, (PP. 205-209).

Narváez, G. (2014). *Análisis de datos cualitativos: unidades de análisis, categorización y codificación de datos*. (p 12). Recuperado de: <https://es.slideshare.net/gambitguille/anlisis-cualitativo-unidades-de-anlisis-categorizacin-y-codificacin>

Méndez, I. Birmaher, B. (2010). *El Trastorno Bipolar Pediátrico: ¿Sabemos detectarlo?* Pennsylvania. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/63/ESP/11-63-ESP-170-182-979823.pdf>

Morena, J. (2004). *NTP 667: La conducta asertiva como habilidad social*. España. Recuperado de: http://www.insht.es/inshtweb/contenidos/documentacion/fichastecnicas/ntp/ficheros/601a700/ntp_667.pdf

Morales, M. Benitez, M. Agustín, D. (2013). *Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural*. REDIE. Revista Electronica de Investigación Educativa. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15529662007>.

Oyarzun, G. Estrada, C. Pino, E. Oyarzun, M. (2012). *Habilidades sociales y rendimiento académico: una mirada desde el género*. Colombia: Acta Colombiana de Psicología, Vol. 15 Issue 2, (pp21-28.)

Oros, L. Fontana, A. (2015). *Niños socialmente hábiles: ¿cuánto influyen la empatía y las emociones positivas?* Argentina. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/14392>

Pellerano, B. Cabrera, K. González, T. Lillo, F. (2013). *Familia y universidad, contexto relevante para un desarrollo integral*. Chile.

Pino, M. Álvarez, P. Livianos, L. Rojo, L. (2002). *Trastorno Bipolar: Ayudando al tratamiento*. Valencia. Recuperado de: <https://medes.com/publication/6541>

Rodríguez, L. De la vega, I. Torrijos, S. Barabash, A. Arcin, I. Pelaez, J. López, J & Cabranes, J. (2012). *Estudio de memoria verbal en una muestra de pacientes con Trastorno Bipolar en fase eutímica*.

Madrid. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/79/ESP/14-79-ESP-257-265-478918.pdf>

Roca, E. *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. España. (2003). (pp: 5,7, 8) Recuperado de: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Habilidades%20sociales-Dale%20una%20mirada.pdf>

Sarmiento, M. Strejilevich, S. Gómez, C. Gil, L & Gil, F. (2010). *Uso de medicinas complementarias y alternativas en pacientes con trastorno afectivo bipolar en Colombia*. Colombia. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602079>

Tapia, C. Delgado. S. (2017). *Habilidades sociales relevantes: Percepciones de múltiples actores educativos*. Chile. Recuperado de: [file:///C:/Users/carit/Downloads/18993-Texto%20del%20art%C3%ADculo-70011-2-10-20170615%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/carit/Downloads/18993-Texto%20del%20art%C3%ADculo-70011-2-10-20170615%20(2).pdf)

Tapia, C. Delgado. S. (2017). *Habilidades sociales relevantes: Percepciones de múltiples actores educativos*. Chile. Recuperado de: [file:///C:/Users/carit/Downloads/18993-Texto%20del%20art%C3%ADculo-70011-2-10-20170615%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/carit/Downloads/18993-Texto%20del%20art%C3%ADculo-70011-2-10-20170615%20(2).pdf)

Vieta, E. Gastó, C. (1997). *Trastornos Bipolares*. España.

Anexos

AFECTACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Formato: entrevista semi estructurada

1. ¿Qué estrategias utiliza para lograr tener mayor captación de atención a la hora de relacionarse con los otros?
2. ¿Cómo expresa el agrado que siente hacia una persona y cómo demuestra la gratitud en caso de ser necesario?
3. ¿Por qué es importante darse a conocer y ayudar a que los demás se conozcan entre sí?
4. ¿Qué alternativas usa al momento de necesitar ayuda?
5. A la hora de participar en una determinada actividad, ¿Qué estrategias practica para convencer de que sus ideas tienen utilidad?
6. Al realizar una actividad grupal, ¿Cómo explica una tarea específica a los demás y cómo sigue instrucciones por parte de otros?
7. ¿Por qué considera importante pedir disculpas a los demás cuando comete una falta?
8. Respecto a los sentimientos, ¿Siente que en algún momento se han puesto en sus zapatos y usted se ha puesto en los zapatos del otro, ¿cómo lo ha identificado?
9. ¿Qué hace cuando se siente asustado y que estrategias utiliza para disminuirlo?
10. ¿Te dices a ti mismo o haces cosas agradables cuando te mereces una recompensa? ¿cómo?
11. Al momento de establecerse objetivos ¿Qué tareas realiza para la obtención de estos?
12. ¿De qué manera resuelve una situación estresante como una pelea, una decisión en la que no está de acuerdo o una broma con la que se sienta inconforme?
13. ¿Considera importante el hecho de pedir permiso para realizar algún acto? ¿por qué?
14. ¿Piensa que es importante ayudar a los demás? ¿por qué?
15. Considera que estar diagnosticado con TB le ha otorgado ciertas características a la hora de relacionarse con otro y/o realizar una actividad?
16. Partiendo desde su contexto, ¿considera que el hecho de estar diagnosticado con TB ha influido en algún tipo de actividad o relación con el otro?