



Experiencias y percepciones sobre la patologización, y su relación con la salud
mental de los Adolescentes

Hoover Eduardo Carmona Bolaño

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Sede Regional Bello - Colombia

Programa Psicología

Enero 2026

Experiencias y percepciones sobre la patologización, y su relación con la salud
mental de los Adolescentes

Autor

Hoover Eduardo Carmona Bolaño

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de Psicología

Asesor

Carlos José Escobar Vargas

Docente Facultad de Ciencias

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Sede Regional Bello - Colombia

Programa Psicología

Enero 2026

Dedicatoria

Esta investigación está dedicada a mis hijos Agustín Carmona Agudelo, Emma Carmona García y Salvador Carmona García, a mis padres José Ober Carmona Zapata e Isabel Bolaño Berdugo, mi hermano Jhon Alexander Carmona Bolaño por ser un apoyo incondicional frente a diversas situaciones presentes en el transcurso de mi vida

A mi compañera de vida Yulieth Vanessa García Henao por fortalecerme y creer en mi constantemente, como un guerrero incansable que es apasionado por lo que hace y la fiel convicción de que todo se puede lograr, siempre creyendo en nosotros mismos, todo será posible. Con su apoyo este pilar de crecimiento profesional no sería un hecho convertido en realidad.

Por supuesto dedico a la Virgencita de Guadalupe quien llevó mi camino después de una experiencia de vida tan fuerte, además de grandes situaciones y hechos que me llenaron de crecimiento a lo largo de mi camino, me fortalecieron y crearon en mi, pilares de crecimiento constante que me forjaron día a día, siempre apoyados de la mano de Dios.

Agradecimientos

En primera apelación agradezco a la Morenita, quien en mucho tiempo se convirtió en mi referente al fortalecer mi fe, y llenó mi camino nuevamente con esta oportunidad de levantarme y continuar, por permitirme volver a vivir, por enseñarme a ser empático y al brindarme a través de la oración fortaleza, al mismo tiempo por guiarme y llenarme de paciencia para no desistir y luchar por este proyecto empresarial que emprendí desde un inicio.

A mi familia, mis hijos y mi compañera de vida, quienes llenan mi camino de inspiración y lo colman cada día con motivación por seguir adelante y continuar, y desarrollar un crecimiento continuo a nivel personal, profesional y espiritual.

También agradecer a cada una de las asesorías brindadas por maravillosos instructores que integran a la Corporación Universitaria Minuto de Dios quienes guiaron de manera apropiada y pertinente el enfoque y desarrollo de esta investigación construida y recopilada.

Y por supuesto agradezco a gran parte de la comunidad administrativa que integran a la Corporación Universitaria Minuto de Dios, quienes fueron piezas elementales para que el desarrollo de todo este camino labrado, ante diferentes situaciones imprevistas que conllevaron a suspender mi proceso y limitarlo, garantizando una solución oportuna y apropiada que permitieron estructurar una claridad en la formación y el conocimiento como herramienta de crecimiento constante.

Tabla de contenido

Dedicatoria	2
Agradecimientos.....	3
Lista de Tablas	6
Lista de anexos.....	7
Resumen.....	8
Abstract	11
Introducción	13
Planteamiento del problema.....	15
Pregunta de investigación	18
Justificación.....	19
Objetivos	23
General	23
Específicos	23
Marco Teórico.....	24
Marco Metodológico	33
Aspectos Administrativos.....	45
Resultados.....	49
Discusión.....	54
Recomendaciones	57
Conclusiones.....	60
Referencias	64
Anexos	67
Anexo A	67
Anexo B	72

Anexo C	76
Anexo D	77
Anexo E	80

Lista de Tablas

Tabla 1. Sistematización en Excel – Triangulación	41
Tabla 2. Sistematización en Excel – Aspectos Administrativos	45
Tabla 3. Sistematización en Excel – Cronograma de actividades.....	48
Tabla 4. Sistematización en Excel – Patologización percibida.....	73
Tabla 5. Sistematización en Excel – Experiencia subjetiva del diagnostico	73
Tabla 6. Sistematización en Excel – Bienestar y estrategias de afrontamiento	74
Tabla 7. Sistematización en Excel – Comprension contextual y redes de apoyo	74

Lista de anexos

Anexo A. Guia de aproximación cualitativa.....	67
Anexo B. Entrevista semiestructurada.....	72
Anexo C. Matriz de triangulación.....	76
Anexo D. Guión de entrevista de prueba inicial.....	77
Anexo E. Consentimiento informado.....	80

Resumen

Esta investigación explora la problemática de la patologización en el ámbito de la salud mental de los adolescentes, debido al creciente aumento de diagnósticos de depresión y ansiedad en esta población. El estudio se enfoca en analizar cómo se manifiestan estos procesos en la práctica clínica diaria de los servicios de medicina general y psiquiatría en la ciudad de Medellín, en un periodo particular correspondiente al segundo semestre del 2024.

El objetivo principal es describir los factores que inciden en esta medicalización de experiencias emocionales, a través de una metodología cualitativa y descriptiva, con un diseño fenomenológico, donde para ello, se indagarán las percepciones y experiencias tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes y sus familias, orientado a comprender los significados y efectos que el diagnóstico adquiere en la experiencia subjetiva.

La investigación contempla de manera metodológica un trabajo de campo empírico directo mediante entrevistas semiestructuradas, ya que se adopta una estrategia analítica que articula la revisión teórica especializada, el análisis del contexto institucional, la construcción de instrumentos proyectados a través de estas y el uso del diario de campo como dispositivo reflexivo-observacional, garantizando un análisis que se llevó a cabo mediante un proceso de codificación abierta, axial y selectiva, que se fortaleció a través de una triangulación teórica, contextual, categorial y metodológica.

Los resultados evidencian que la patologización del malestar emocional adolescente se configura como un proceso relacional y multidimensional, influenciado por prácticas institucionales centradas en el diagnóstico, el predominio del modelo biomédico y las limitaciones estructurales del sistema de salud; el diagnóstico de ansiedad o depresión aparece como una experiencia ambivalente, que puede funcionar tanto como validación del malestar como elemento que incide en la identidad, las estrategias de afrontamiento y la autonomía del adolescente, de tal modo, se identifican variaciones observacionales que muestran una heterogeneidad en la forma como los adolescentes y sus contextos se relacionan con el diagnóstico.

La determinación del malestar adolescente requiere una comprensión frente a los enfoques integrales y contextualizados que eviten la reducción del sufrimiento psíquico a categorías exclusivamente clínicas, de este modo el estudio aporta una reflexión crítica relevante para la práctica profesional en psicología y para el fortalecimiento de modelos de atención en salud mental sensibles al contexto y a la experiencia subjetiva.

El propósito es generar un conocimiento profundo y contextualizado que contribuya a una práctica clínica más consciente y a la formulación de políticas de salud mental más integrales y humanizadas, buscando dar respuesta al interrogante central de la investigación: ¿Cómo perciben los adolescentes atendidos en servicios de medicina general y psiquiatría en Medellín los procesos de patologización asociados a la depresión y la ansiedad durante el segundo semestre de 2024?

Palabras Clave: Patologización, salud mental, depresión, ansiedad, psiquiatría.

Abstract

This research explores the issue of pathologization in the field of adolescent mental health. In light of the growing increase in diagnoses of depression and anxiety within this population, the study focuses on analyzing how these processes manifest in the daily clinical practice of general medicine and psychiatry services in the city of Medellín, during a specific period corresponding to the second half of 2024.

The main objective is to describe the factors that influence this medicalization of emotional experiences through a qualitative and descriptive methodology, using a phenomenological design. To this end, the perceptions and experiences of both health professionals and patients and their families are examined, with the aim of understanding the meanings and effects that diagnosis acquires in subjective experience.

Methodologically, the research involves direct empirical fieldwork through semi-structured interviews. An analytical strategy is adopted that integrates specialized theoretical review, analysis of the institutional context, the construction of research instruments derived from these elements, and the use of a field diary as a reflective–observational device. This approach ensures an analysis conducted through a process of open, axial, and selective coding, strengthened by theoretical, contextual, categorical, and methodological triangulation.

The results show that the pathologization of adolescent emotional distress is configured as a relational and multidimensional process, influenced by institutional practices centered on diagnosis, the predominance of the biomedical

model, and the structural limitations of the health care system. The diagnosis of anxiety or depression emerges as an ambivalent experience, which may function both as validation of distress and as an element that affects identity, coping strategies, and adolescent autonomy. Accordingly, observational variations are identified that reveal heterogeneity in the ways adolescents and their contexts relate to the diagnosis.

Understanding adolescent distress requires comprehensive and contextualized approaches that avoid reducing psychological suffering to exclusively clinical categories. In this way, the study offers a relevant critical reflection for professional practice in psychology and for the strengthening of mental health care models that are sensitive to context and subjective experience.

The purpose is to generate in-depth and contextualized knowledge that contributes to more reflective clinical practice and to the formulation of more comprehensive and humanized mental health policies, seeking to address the central research question: *How do adolescents receiving care in general medicine and psychiatry services in Medellín perceive the processes of pathologization associated with depression and anxiety during the second half of 2024?*

Keywords: Pathologization, mental health, depression, anxiety, psychiatry.

Introducción

En los últimos años, la salud mental en los adolescentes ha adquirido una creciente visibilidad en los discursos clínicos, educativos y de política pública, especialmente frente al aumento de diagnósticos de ansiedad y depresión en esta población. Este fenómeno ha permitido un mayor reconocimiento del sufrimiento psíquico en la adolescencia; sin embargo, también ha abierto debates críticos en torno a las formas contemporáneas de comprensión e intervención del malestar emocional.

En el contexto colombiano, y particularmente en la ciudad de Medellín, la atención en salud mental adolescente se desarrolla en medio de tensiones institucionales propias del sistema de salud. A pesar de avances normativos como la Ley 1616 de 2013, orientada a garantizar la atención integral en salud mental, la práctica clínica cotidiana se ve atravesada por limitaciones estructurales, tales como la alta demanda de servicios, los tiempos reducidos de consulta y la centralidad del modelo biomédico en los procesos diagnósticos.

Estas condiciones configuran un escenario en el que el diagnóstico adquiere un papel central en la atención, lo que plantea interrogantes sobre los efectos que las etiquetas diagnósticas pueden tener en la experiencia subjetiva de los adolescentes. En este sentido, surge la necesidad de explorar no solo la presencia de los diagnósticos, sino también los significados que estos adquieren para quienes los reciben.

La presente investigación tiene como propósito comprender cómo se manifiesta el proceso de patologización del malestar emocional en adolescentes

atendidos en el sector salud de la ciudad de Medellín, a partir de sus experiencias y percepciones. Para ello, se adopta un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, orientado a acceder al mundo vivido de los participantes y a comprender los sentidos que atribuyen a su experiencia diagnóstica.

Este estudio se inscribe en el campo de la psicología clínica y social, y busca aportar elementos reflexivos que contribuyan al fortalecimiento de prácticas profesionales en salud mental, reconociendo la complejidad del malestar adolescente y la importancia del contexto social, institucional y subjetivo en la promoción del bienestar emocional.

Planteamiento del problema

La salud mental de la población adolescente ha adquirido una relevancia creciente en los últimos años, no solo debido al aumento de consultas asociadas a síntomas de ansiedad y depresión, sino también como resultado de profundas transformaciones sociales, culturales y tecnológicas que atraviesan esta etapa del ciclo vital. Más allá de las cifras epidemiológicas, este escenario evidencia cambios significativos en la manera en que la sociedad interpreta y define las emociones, conductas y expresiones propias de la adolescencia.

En diversos contextos, manifestaciones habituales del desarrollo adolescente, como la inestabilidad emocional, la confusión identitaria o las dificultades de adaptación, han comenzado a ser interpretadas como indicadores clínicos; esta tendencia plantea interrogantes sobre los límites entre el malestar emocional esperable y la identificación de trastornos mentales que requieren intervención especializada, así como sobre los criterios que orientan dichas decisiones diagnósticas.

El aumento de diagnósticos de depresión y ansiedad en adolescentes se ha situado como centro del debate a la manera en que los sistemas de salud abordan estas problemáticas; en numerosos casos, respuestas emocionales vinculadas a experiencias vitales complejas son clasificadas como trastornos clínicos, con un énfasis marcado en el tratamiento farmacológico. Este fenómeno invita a cuestionar los procesos mediante los cuales se definen, clasifican y tratan las experiencias de sufrimiento psíquico en esta población.

Las implicaciones de estos procesos pueden ser profundas para los adolescentes, particularmente en lo relacionado con la construcción de su identidad y autoestima; la asignación temprana de etiquetas diagnósticas puede favorecer experiencias de estigmatización, dependencia de tratamientos médicos y dificultades para desarrollar recursos personales de afrontamiento. De esta manera, una lectura patologizante del malestar puede influir en la forma en que los jóvenes comprenden su mundo emocional y elaboran narrativas sobre sí mismos.

A nivel global y nacional, la salud mental adolescente representa un desafío prioritario para los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) ha advertido un incremento sostenido de los trastornos internalizantes, como la depresión y la ansiedad, lo que ha intensificado la demanda de atención clínica. Paralelamente, desde las ciencias sociales y la psicología se ha desarrollado un debate crítico en torno al fenómeno de la patologización de respuestas emocionales que emergen como reacción a contextos sociales y vitales complejos (Restrepo & Cardona, 2021).

La patologización, eje central de esta investigación, se entiende como un proceso social y clínico mediante el cual las expresiones del sufrimiento psíquico y las variaciones del comportamiento son etiquetadas y tratadas como enfermedades médicas, frecuentemente sin una consideración suficiente de los factores sociales, culturales y contextuales que las configuran. Esta lógica puede desplazar la comprensión del malestar desde el entorno hacia el individuo, inscribiéndolo en una narrativa de déficit o enfermedad.

Desde una perspectiva crítica, la patologización no constituye un proceso neutral, ya que produce efectos en la manera como los adolescentes se perciben a sí mismos, en las estrategias que desarrollan para afrontar el malestar y en las respuestas que reciben de sus entornos familiares, escolares y sociales. Estas dinámicas se ven reforzadas por prácticas institucionales y discursos biomédicos que priorizan el diagnóstico como eje central de la atención.

En el contexto colombiano, y particularmente en la ciudad de Medellín, la atención en salud mental adolescente se encuentra atravesada por dinámicas propias del sistema de salud, tales como la presión diagnóstica, la fragmentación de los servicios y las limitaciones para la implementación de enfoques psicosociales y comunitarios. Si bien existen lineamientos normativos orientados a una atención integral, en la práctica persisten tensiones entre estos principios y las condiciones reales de prestación de los servicios.

La adolescencia constituye una etapa especialmente vulnerable a estos procesos, dado que se caracteriza por intensos cambios emocionales, sociales y neurobiológicos, donde la inestabilidad y la crisis forman parte del desarrollo normativo (Campodónico, 2022). La lectura clínica de estas experiencias como trastornos mentales puede limitar el reconocimiento de la agencia del adolescente y de su capacidad para comprender y elaborar su propio malestar.

A partir de este panorama, la presente investigación se propone analizar el fenómeno de la patologización de la salud mental en adolescentes diagnosticados con ansiedad y depresión, desde un enfoque cualitativo y fenomenológico. El interés central no radica en cuestionar la validez clínica de los diagnósticos, sino

en comprender los significados y efectos que estos adquieren en la experiencia subjetiva de los adolescentes y en los procesos de atención en salud mental.

El análisis de las categorías de patologización percibida, experiencia subjetiva del adolescente e impacto en el bienestar permitirá ofrecer un panorama reflexivo sobre el estado actual de la atención psicológica y psiquiátrica. Los hallazgos buscan constituirse en un insumo para la reflexión crítica sobre la práctica profesional y para el fortalecimiento de modelos de atención que integren dimensiones éticas, sociales y humanas del malestar psíquico, en concordancia con la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En este sentido, y ante la escasez de estudios cualitativos que exploren esta problemática en el contexto local, la presente investigación busca describir y analizar los procesos de patologización de la depresión y la ansiedad en adolescentes atendidos en servicios de salud en la ciudad de Medellín.

Pregunta de investigación

¿Cómo perciben los adolescentes atendidos en servicios de medicina general y psiquiatría en Medellín los procesos de patologización asociados a la depresión y la ansiedad durante el segundo semestre de 2024?

Justificación

En los últimos años, la salud mental de los adolescentes ha adquirido una relevancia notable, especialmente después de la pandemia por COVID-19, que dejó secuelas profundas en la vida emocional, educativa y social de esta población. Más allá de las cifras y reportes epidemiológicos, la situación actual evidencia un cambio sustancial en la forma que se comprenden las experiencias emocionales propias de la adolescencia. El confinamiento, la interrupción de las rutinas escolares, la tensión familiar, la incertidumbre y la hiperconexión digital transformaron los modos de relacionarse, expresarse y gestionar el malestar, llevándolos a trastornos psicológicos categorizados.

La pandemia no solo incrementó la visibilidad de los síntomas de ansiedad y depresión, sino que también aceleró un fenómeno ya presente antes del confinamiento: la tendencia a interpretar el sufrimiento adolescente bajo un marco clínico. Los cambios en las dinámicas sociales, educativas y tecnológicas ampliaron la sensibilidad de las instituciones frente a los signos emocionales, generando un aumento en consultas, derivaciones y diagnósticos relacionados con salud mental. Dicha realidad pone en evidencia la necesidad de examinar cómo se está construyendo y comprendiendo el malestar psicológico en el contexto contemporáneo.

La adolescencia constituye una etapa marcada por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que, de manera natural, generan momentos de inestabilidad emocional, búsqueda de identidad, cuestionamientos y contradicciones. El malestar propio del desarrollo - dudas, fluctuaciones afectivas,

irritabilidad, retraimiento, inseguridad, impulsividad - forma parte de este proceso. Sin embargo, en el escenario pospandemia, estas manifestaciones comienzan a ser interpretadas, cada vez con mayor frecuencia, como indicadores de trastornos mentales.

La línea entre un malestar esperado y una condición clínica se ha vuelto difusa, produciendo un terreno fértil para que comportamientos propios de esta etapa sean clasificados rápidamente como síntomas. Esta confusión puede generar que expresiones normales de adaptación sean vistas como señales de enfermedad. Entender la adolescencia como una fase vulnerable no implica patologizarla; por el contrario, demanda reconocer que su complejidad emocional requiere lecturas más amplias que trasciendan la perspectiva biomédica.

La patologización, entendida de manera general como el proceso mediante el cual experiencias humanas comunes o propias del desarrollo son reinterpretadas como signos de enfermedad, se ha convertido en un fenómeno relevante en el contexto de la atención en salud mental. En el caso de los adolescentes, este proceso puede verse influido por la presión institucional para responder rápidamente al malestar, por modelos biomédicos que privilegian la clasificación diagnóstica, y por dinámicas sociales que asocian el sufrimiento a categorías clínicas.

Sus implicaciones son profundas: ser etiquetado con un diagnóstico psiquiátrico en edades tempranas puede impactar la identidad, generar sentimientos de estigmatización, promover la dependencia de tratamientos farmacológicos y limitar el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Además,

la medicalización como respuesta inmediata puede invisibilizar factores familiares, escolares y comunitarios que influyen directamente en el bienestar emocional. Dentro de esta investigación, términos como “*salud mental*”, “*patologización*” o “*bienestar*” se comprenden en sentido amplio, referidos a los significados que los propios adolescentes atribuyen a su experiencia, más allá de su interpretación clínica formal.

En Medellín, el sistema de salud ha ampliado la cobertura y la disponibilidad de servicios para atender problemáticas asociadas a depresión y ansiedad. No obstante, persiste una tendencia a diagnosticar y medicar de forma temprana, lo que puede limitar la comprensión integral del sufrimiento adolescente. La pandemia intensificó esta situación, aumentando la sensibilidad institucional y social frente a signos emocionales que antes podían considerarse parte del desarrollo.

A pesar de la abundancia de estudios cuantitativos que describen prevalencias y factores de riesgo, existe un vacío significativo en investigaciones que exploren cómo se construyen, viven e interpretan los procesos de diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de los adolescentes. Este estudio se orienta desde un enfoque cualitativo porque busca comprender la experiencia subjetiva, las interpretaciones personales y los significados atribuidos a la etiqueta diagnóstica, a las interacciones con los profesionales de salud, y al impacto que este proceso tiene en la identidad y vida cotidiana.

Comprender el fenómeno desde la voz de los propios adolescentes es fundamental para cuestionar prácticas clínicas, promover abordajes más éticos y

contextualizados, y fortalecer modelos de atención que diferencien entre el malestar normativo propio del desarrollo y los cuadros clínicos que realmente requieren intervención especializada; así mismo, los hallazgos podrán orientar estrategias formativas para médicos, psicólogos y psiquiatras, contribuyendo a una práctica menos medicalizante y más sensible al contexto sociocultural.

De esta manera, la investigación no solo aporta una comprensión profunda del fenómeno, sino que abre un espacio reflexivo sobre el papel de la psicología en América Latina, promoviendo modelos de atención que integren subjetividad, ética y contexto, elementos indispensables para una intervención responsable en salud mental adolescente.

Objetivos

General

Comprender cómo se manifiesta el proceso de patologización de los trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes atendidos en los servicios de medicina general y psiquiatría en la ciudad de Medellín durante el segundo semestre de 2024, a partir del análisis de sus experiencias, significados y percepciones.

Específicos

Describir las experiencias y percepciones que tienen los adolescentes frente al proceso de diagnóstico de depresión y ansiedad en los servicios de salud.

Analizar los significados que atribuyen los adolescentes a las etiquetas diagnósticas de depresión y ansiedad en su vida cotidiana.

Identificar las implicaciones subjetivas que genera la patologización en la identidad, autoestima y desarrollo emocional de los adolescentes.

Marco Teórico

Antecedentes

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado la creciente preocupación por los diagnósticos excesivos en salud mental en población adolescente. En América Latina, la OPS también ha advertido sobre la medicalización de la infancia y la adolescencia. En Colombia, estudios recientes evidencian la necesidad de replantear los modelos de intervención en salud mental juvenil.

El estudio de la salud mental en adolescentes ha sido abordado desde múltiples perspectivas disciplinarias, destacándose investigaciones que analizan el aumento de diagnósticos de ansiedad y depresión en población joven, así como las transformaciones en las prácticas clínicas contemporáneas, logrando plantear a nivel internacional, que diversos estudios han advertido sobre la tendencia creciente a interpretar el malestar emocional adolescente desde marcos diagnósticos estandarizados, fenómeno que ha sido conceptualizado como patologización del sufrimiento psíquico.

En América Latina, la investigación en salud mental adolescente ha enfatizado la relación entre condiciones sociales, contextos educativos y experiencias emocionales, en este sentido, se reconoce que “el incremento de diagnósticos no puede comprenderse únicamente como un aumento real de trastornos mentales, sino también como el resultado de cambios en los sistemas de

clasificación, en las políticas de salud y en las prácticas institucionales”

(Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En el contexto mexicano, diversas investigaciones han aportado elementos relevantes para el análisis de la patologización, como lo presentan estudios desarrollados en instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Autónoma Metropolitana han señalado que “el diagnóstico en salud mental adolescente suele operar como un dispositivo de regulación institucional, particularmente en el ámbito escolar y familiar” (De la Garza & Salinas, 2019).

Asimismo, investigaciones mexicanas han evidenciado que el diagnóstico de ansiedad y depresión en adolescentes se encuentra frecuentemente asociado a factores contextuales como la presión académica, la violencia estructural y las dinámicas familiares, los cuales tienden a ser subestimados en los procesos clínicos centrados en el individuo (González-Forteza et al., 2018).

Desde Colombia, los antecedentes investigativos resaltan tensiones similares. Autores como Restrepo y Zapata (2021) han documentado cómo las limitaciones estructurales del sistema de salud inciden en prácticas diagnósticas rápidas y fragmentadas, lo que favorece lecturas reduccionistas del malestar emocional adolescente. Estos hallazgos dialogan directamente con el presente estudio, al evidenciar que la patologización no es un fenómeno aislado, sino un proceso socialmente situado.

En conjunto, los antecedentes revisados permiten identificar un vacío investigativo relacionado con la comprensión fenomenológica de los efectos

subjetivos del diagnóstico en adolescentes, particularmente en contextos latinoamericanos. La presente investigación se inscribe en este vacío, aportando una lectura crítica y contextualizada del fenómeno.

La salud mental en la adolescencia se ha convertido en un eje de preocupación creciente en la investigación clínica y en las políticas públicas, debido al aumento sostenido de diagnósticos de depresión y ansiedad en esta población (Briceño-León & Pérez-Morales, 2023). Si bien estos cuadros clínicos son reales y requieren abordajes efectivos, existe una tendencia preocupante hacia la patologización, entendida como la clasificación de experiencias emocionales propias del desarrollo como trastornos psiquiátricos, lo cual limita la comprensión de la complejidad adolescente.

Desde el modelo cognitivo-conductual, la ansiedad y la depresión en adolescentes se explican como interacciones entre pensamientos automáticos negativos, creencias disfuncionales, conductas desadaptativas y factores ambientales (Freeman & Ollendick, 2011); de este modo, el enfoque ha demostrado eficacia en la reducción de síntomas a corto y mediano plazo, sin embargo, cuando se aplica de manera rígida o exclusivamente sintomatológica, puede contribuir al riesgo de una caracterización excesiva o en otros casos en etiquetas patológicas desmesuradas.

Bases teóricas

El concepto de patologización se enmarca en los enfoques críticos de la psicología, los cuales cuestionan la reducción de las experiencias humanas a

categorías diagnósticas. Autores como Foucault han señalado la función de las instituciones en la normalización de los sujetos. Asimismo, la psicología crítica latinoamericana aporta una mirada contextualizada que permite comprender las dinámicas culturales, sociales y políticas involucradas.

A nivel institucional, Restrepo y Zapata (2021) identificaron que el reconocimiento de trastornos mentales en adolescentes en Colombia suele estar mediado por barreras estructurales, escasez de recursos y criterios diagnósticos rápidos que priorizan la medicalización, esto nos lleva a un escenario que refuerza la hipótesis de la patologización como consecuencia de un sistema de salud que busca eficiencia antes que comprensión integral frente a unos indicadores de resultados preestablecidos no viendo al consultante como un paciente sino como un Indicador Clave de Desempeño o Rendimiento (KPI, en su sigla en inglés) que debe generar una retribución que lo mantenga anclado al sistema de salud, llevándolo a que siempre se encuentre en un estado de vulnerabilidad constante.

Frente a ello, la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033 (PAHO & Gobierno de Colombia, 2024) establece la necesidad de transitar hacia modelos comunitarios de atención, orientados a la prevención y al acompañamiento psicosocial, dichos lineamientos sugieren que la salud mental adolescente no puede reducirse a un diagnóstico clínico, sino que debe abordarse desde un enfoque integral, reconociendo la interacción entre individuo, familia, escuela y comunidad.

Desde una perspectiva clínica, la depresión y la ansiedad en la adolescencia deben entenderse como expresiones de un sufrimiento psíquico que,

en ocasiones, no logra ser verbalizado de manera consciente, desde el enfoque cognitivo-conductual permite trabajar sobre pensamientos disfuncionales y conductas asociadas, pero debe ajustarse y determinarse bajo una comprensión crítica para evitar que el síntoma sea visto únicamente como un déficit a corregir, en lugar de un indicador de procesos internos más profundos (Campodónico, 2022).

Autores como Hernández y Moreno (2024) han señalado que los servicios de salud mental en regiones vulnerables de Colombia suelen ofrecer respuestas estandarizadas y poco sensibles a la singularidad de los pacientes, en este sentido, el riesgo de patologización aumenta cuando el diagnóstico se convierte en una herramienta administrativa más que en un proceso clínico centrado en el sujeto o el individuo en sí.

Definición de términos básicos

- **Patologización**

La patologización se comprende como el proceso mediante el cual conductas, emociones o experiencias humanas que pueden formar parte del desarrollo normativo o de respuestas adaptativas al contexto son interpretadas, clasificadas y tratadas como trastornos clínicos, observado desde una perspectiva crítica, este proceso no responde únicamente a criterios científicos, sino que se encuentra mediado por prácticas institucionales, discursos profesionales y marcos socioculturales específicos.

Foucault (1976) plantea que “la patologización se inscribe en la expansión del saber médico hacia ámbitos cada vez más amplios de la vida cotidiana, configurando formas de regulación y normalización”. En el campo de la salud mental, este fenómeno se expresa en la tendencia a traducir el malestar emocional en categorías diagnósticas estandarizadas, frecuentemente sustentadas en manuales clasificatorios como el DSM V (Rose, 2019).

En investigaciones latinoamericanas, se ha señalado que la patologización del malestar adolescente puede funcionar como una respuesta institucional frente a problemáticas sociales más amplias, tales como la presión académica, los conflictos familiares o la desigualdad social (Martínez-Hernández & Muñoz, 2020).

Ejemplo referencial de entrevista clínica:

En estudios cualitativos, se ha documentado que algunos adolescentes describen haber recibido un diagnóstico ante manifestaciones de tristeza persistente asociadas a cambios escolares, sin que se exploraran de manera profunda los factores contextuales implicados (Pérez-Gil & Vega, 2017).

- **Medicalización**

La medicalización se define como el proceso mediante el cual fenómenos sociales, emocionales o conductuales son explicados y abordados principalmente desde categorías médicas, privilegiando intervenciones clínicas y farmacológicas. Tengamos claro que Conrad (2007) señala que “la medicalización no implica necesariamente una intención negativa, pero sí conlleva el riesgo de reducir problemáticas complejas a explicaciones biomédicas”.

En el ámbito de la salud mental adolescente, la medicalización suele manifestarse en la centralidad del diagnóstico y del tratamiento farmacológico como respuestas predominantes al malestar emocional, desplazando abordajes psicosociales y comunitarios, diversos estudios realizados en México han evidenciado que “la prescripción de psicofármacos en adolescentes se encuentra frecuentemente asociada a la presión institucional por ofrecer soluciones rápidas y visibles” (Gómez-Castillo & Rojas, 2020).

Desde una lectura crítica, la medicalización puede reforzar la dependencia del sistema de salud y limitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento autónomas en los adolescentes.

Ejemplo referencial de entrevista clínica:

Investigaciones cualitativas reportan que algunos adolescentes expresan que el tratamiento farmacológico se convierte en el eje principal del manejo del malestar, aun cuando identifican que el apoyo emocional y familiar resulta igualmente significativo para su bienestar (Benjet et al., 2016).

- **Bienestar**

El bienestar se concibe como un estado multidimensional que integra componentes subjetivos, relacionales y sociales. Desde la psicología, el bienestar subjetivo incluye la satisfacción con la vida, la presencia de emociones positivas y la percepción de sentido personal (Diener et al., 1999). No obstante, en adolescentes, el bienestar también se encuentra profundamente vinculado a la calidad de las relaciones familiares, escolares y comunitarias.

Desde un enfoque contextual, el bienestar no se limita a la ausencia de síntomas clínicos, sino que implica la capacidad de participar activamente en la vida cotidiana, desarrollar proyectos personales y contar con redes de apoyo significativas. Investigaciones mexicanas han mostrado que “adolescentes con diagnósticos en salud mental reportan mayores niveles de bienestar cuando perciben comprensión y acompañamiento en sus entornos cercanos” (Valdez-Santiago et al., 2019).

Ejemplo referencial de entrevista clínica:

En estudios cualitativos, adolescentes han señalado que sentirse escuchados y comprendidos, por adultos o profesionales competentes, desarrolló mayor nivel significativo en sus recuperaciones y contribuye más a su bienestar, que la reducción aislada de los síntomas emocionales (González-Forteza et al., 2018).

- **Adolescencia**

La adolescencia es definida como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales significativos, desde una perspectiva del desarrollo, Erikson (1968) “la describe como un periodo central para la construcción de la identidad y la consolidación del sentido del yo”.

En el plano emocional, la adolescencia se asocia con una mayor intensidad afectiva y con procesos de exploración personal, lo que puede generar expresiones de malestar transitorias, teniendo claro que los enfoques contemporáneos, enfatizan que estas manifestaciones no deben interpretarse automáticamente como

indicadores de psicopatología, sino como parte de procesos adaptativos situados en contextos específicos.

Investigaciones realizadas en México destacan que la experiencia adolescente está profundamente influida por el contexto sociocultural, las expectativas familiares y las condiciones escolares, lo que demanda una comprensión integral del malestar emocional (De la Garza & Salinas, 2019).

Ejemplo referencial de entrevista clínica:

Estudios cualitativos muestran que adolescentes suelen relatar sentimientos de confusión emocional asociados a cambios vitales y exigencias sociales, los cuales pueden ser resignificados positivamente cuando se cuenta con acompañamiento adecuado (Pérez-Gil & Vega, 2017).

Marco Metodológico

El siguiente estudio desarrolla bajo un enfoque cualitativo de tipo descriptivo y exploratorio, cuyo objetivo primordial es comprender el proceso de patologización de los trastornos de depresión y ansiedad en adolescentes. Esta aproximación no busca medir la prevalencia sintomática, sino acceder a la experiencia subjetiva y los significados que los diferentes actores involucrados tanto profesionales de la salud, familias y los propios jóvenes construyen en torno al diagnóstico. Este enfoque cualitativo permite desvelar las interacciones, cogniciones y prácticas que emergen en el contexto social y clínico de Medellín.

El marco metodológico se nutre de una perspectiva crítica de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), entendiendo que si bien este modelo explica la ansiedad y la depresión como interacciones entre pensamientos automáticos negativos, creencias disfuncionales y conductas desadaptativas (Freeman & Ollendick, 2011), su aplicación rígida en el sistema de salud puede pasar por alto el factor ambiental como origen primario del malestar. Por ello, la investigación cualitativa funcionará como una herramienta para contextualizar el origen de las cogniciones y conductas, evitando que el síntoma sea visto únicamente como un déficit individual a corregir (Campodónico, 2022).

El diseño fenomenológico elegido centra sus exploraciones en las experiencias y percepciones de los adolescentes, capturando cómo la etiqueta diagnóstica se convierte en una nueva creencia central sobre sí mismos. Se busca describir si esta nueva cognición ("estoy enfermo") genera una conducta

desadaptativa de dependencia al tratamiento o si, por el contrario, moviliza estrategias de afrontamiento más resilientes. El análisis comparativo de las narrativas familiares y profesionales permitirá identificar las conductas institucionales (ej., diagnósticos rápidos, medicalización) que actúan como refuerzos ambientales de la patologización.

Esta integración metodológica es crucial para validar el hallazgo de autores como Paternina-Arcila et al. (2020), quienes indican que factores contextuales (como la violencia y la desigualdad) incrementan la vulnerabilidad. La metodología cualitativa permitirá codificar y categorizar el sufrimiento psíquico del adolescente, no solo como una manifestación de pensamientos automáticos, sino como una respuesta conductual y cognitiva perfectamente adaptativa a un entorno social disfuncional.

Finalmente, al determinar las prácticas clínicas que priorizan la eficiencia sobre la comprensión integral (Restrepo y Zapata, 2021), el estudio busca evidenciar cómo el sistema de salud opera bajo una cognición institucional disfuncional (ver al paciente como un KPI). Con la información recolectada se podrán proponer estrategias de intervención más humanizadas que articulen la rigurosidad diagnóstica (manteniendo los términos TCC cuando aplique) con la sensibilidad contextual, cumpliendo así con el espíritu de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033 (PAHO & Gobierno de Colombia, 2024).

Enfoque de Investigación: Cualitativo, Descriptivo y Exploratorio

La investigación se adscribe al paradigma cualitativo porque el propósito central es la comprensión en profundidad del fenómeno de la patologización, y no la medición de variables o el establecimiento de relaciones causales. Se busca interpretar el significado que el adolescente otorga a su malestar cuando este es etiquetado, y cómo este significado se cruza con las cogniciones institucionales disfuncionales que promueven diagnósticos rápidos (Restrepo y Zapata, 2021).

- **Exploratorio:** Se justifica en que la investigación aborda un tema insuficientemente documentado desde la voz directa de los adolescentes en el contexto específico de Medellín.
- **Descriptivo:** Su fin es detallar las percepciones, experiencias y prácticas de los diferentes actores, caracterizando el proceso de patologización en sus diversas manifestaciones.

La evidencia científica en Colombia muestra que los factores contextuales, como la violencia, el desplazamiento forzado y la desigualdad social, incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes frente a la salud mental, por ello en el planteamiento del autores Paternina-Arcila et al. (2020) se hallaron prevalencias significativas de depresión y ansiedad en jóvenes desplazados, lo cual pone de cara a la investigación la necesidad de integrar variables sociales en la práctica clínica para evitar diagnósticos cortos que carecen de fundamentos con bases reales y no teóricas frente al contexto de la dimensión social.

Diseño de Investigación: Fenomenológico

El diseño de investigación adoptado es el Fenomenológico. Este enfoque se centra en explorar la esencia de las vivencias y los significados subjetivos que las personas le atribuyen a un fenómeno determinado. En este estudio, el fenómeno central es la "experiencia de ser patologizado".

El diseño fenomenológico es pertinente porque permite:

- I. **Desvelar la complejidad:** Capturar la forma en que la etiqueta diagnóstica (una imposición externa) afecta la identidad y el sistema de creencias del adolescente.
- II. **Acceder a la conciencia:** Comprender cómo el consultante experimenta y reinterpreta sus propios pensamientos automáticos y conductas una vez que se le ha atribuido una categoría diagnóstica.

Población y Muestra

La población de interés está constituida por la triada de actores que interactúan directamente en el proceso de patologización y atención en salud mental en Medellín: adolescentes, familiares y profesionales.

- **Criterio de Selección (Muestreo):** Se utilizará un muestreo intencional o propositivo. Los participantes se seleccionarán específicamente por su conocimiento y experiencia directa con el fenómeno de la patologización, garantizando la riqueza informativa de los testimonios.
- **Participantes Estimados:**
 - **Adolescentes diagnosticados:** Entre 8 y 12 jóvenes (13-17 años) con un diagnóstico reciente (último año) de depresión y/o ansiedad.

- **Familiares/Cuidadores:** Un cuidador primario por cada adolescente, para contrastar la percepción de la dinámica familiar post-diagnóstico (entre 8 y 12 participantes).
- **Profesionales de la salud:** Entre 3 y 5 profesionales (Psicólogos Clínicos, Psiquiatras) que trabajen con población adolescente, para comprender sus criterios de diagnóstico y las barreras institucionales (Hernández y Moreno, 2024).
- **Criterio de Cierre:** El proceso de recolección de datos se detendrá al alcanzar la saturación teórica, momento en el cual los nuevos datos no aportan nuevas categorías o significados relevantes para la comprensión del fenómeno estudiado.

Esta investigación busca articular la perspectiva clínica y social hacia una mirada más cognitiva-conductual como una crítica a la patologización constante en consultantes adolescentes, esto permite reconocer la interacción entre cogniciones, conductas, contexto y sistemas institucionales analizar cómo se construyen los diagnósticos en la ciudad de Medellín, frente a esta ola de trastornos patologizados y proponer alternativas de intervención más humanizadas, de esta manera, se busca contribuir a una psicología clínica que respalde la evidencia científica sin perder de vista la subjetividad y singularidad de cada joven.

Técnicas de Recolección de Información

Dado el diseño fenomenológico y el objetivo de comprender la experiencia subjetiva, se utilizarán técnicas flexibles y profundas que permitan la emergencia de significados:

a. Entrevista Semiestructurada a Profundidad:

- **Justificación:** Es la técnica central para un diseño fenomenológico. Permite al investigador explorar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos del adolescente, no solo como síntomas, sino como respuestas a la patologización. El guion se centrará en las Categorías de Análisis del estudio (e.g., *Percepción del diagnóstico, Impacto Subjetivo*), facilitando un diálogo profundo sobre la vivencia.
- **Aplicación:** Se aplicará a los tres grupos de participantes (adolescentes, familiares y profesionales) para obtener la triangulación de perspectivas.

b. Diario de Campo y Observación No Participante:

- **Justificación:** Es un instrumento complementario esencial en la investigación cualitativa. Permite al investigador registrar las impresiones contextuales, el lenguaje no verbal, las emociones y los factores ambientales que pueden estar influyendo en las respuestas (Paternina-Arcila et al., 2020), enriqueciendo la interpretación de los datos verbales.

c. Análisis Documental (Referencial):

- **Justificación:** Se utilizará para revisar documentos de referencia (como protocolos institucionales o informes de remisión, bajo estricto consentimiento) con el fin de contextualizar la conducta institucional que facilita la patologización

(Restrepo y Zapata, 2021). No se busca una medición, sino contrastar la narrativa oficial con la narrativa subjetiva.

Procedimiento

El trabajo de campo se ejecutará en fases secuenciales que aseguran el rigor ético y metodológico:

- I. Fase de Acceso y Ética:**
 - Obtención del aval del comité de ética de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.
 - Establecimientos de convenios de colaboración con las instituciones de salud o comunitarias en Medellín.
 - Aplicación rigurosa del Consentimiento Informado (padres/tutores) y del Asentimiento Informado (adolescentes), garantizando el principio de autonomía y confidencialidad.
- II. Fase de Contacto y Muestreo:**
 - Identificación y selección de los participantes mediante muestreo intencional.
 - Contacto inicial y explicación del rol del investigador, y los objetivos del estudio.
 - Agendamiento de las entrevistas en un ambiente neutral y seguro que promueva la confianza.
- III. Fase de Recolección y Registro:**
 - Aplicación de la entrevista semiestructurada a cada participante.
 - Las entrevistas serán grabadas en audio (con permiso explícito) y posteriormente transcritas textualmente (*verbatim*).

- El investigador diligenciará el diario de campo inmediatamente después de cada sesión para capturar el contexto y las observaciones.

IV. **Fase de Análisis:**

- Inicio de la lectura flotante de las transcripciones y aplicación de las técnicas de análisis (descritas a continuación).

Técnicas de Análisis

Los datos serán analizados mediante el Análisis Temático o de Contenido Cualitativo, un proceso inductivo diseñado para identificar, analizar y reportar patrones (temas) dentro de los datos:

- Codificación (Strauss y Corbin, 2002):** Se inicia con la Codificación Abierta, definida por Strauss y Corbin (2002) como el proceso de “romper, examinar, comparar, conceptualizar y categorizar los datos”. Se asigna un código a cada unidad de sentido o idea expresada por los participantes. El objetivo es desnaturalizar el discurso y aislar las percepciones y cogniciones clave.
 - *Ejemplos de Códigos (Ideas expresadas):*
 - “Diagnóstico apresurado” (Refleja la crítica a la práctica clínica).
 - “Confusión entre cansancio y depresión” (Tensión entre vivencia cotidiana y etiqueta clínica).
 - “Percepción de patologización” (La experiencia directa del fenómeno).
- Categorización:** Posteriormente, se agrupan los códigos relacionados en categorías conceptuales que integran significados similares. Estas categorías se convierten en los pilares interpretativos del estudio.

- *Ejemplo Aplicado:*
 - **Códigos:** “Diagnóstico apresurado”, “Tratamiento inmediato con medicamentos”, “Falta de escucha al adolescente”.
 - **Categoría Central:** "Prácticas Clínicas que Refuerzan la Patologización" (Esta categoría evidencia las conductas institucionales desadaptativas).
- c. **Triangulación y Construcción de Significado:**

La codificación y categorización permitirán interpretar y contrastar las percepciones, significados y vivencias de los tres grupos clave:

Grupo Clave	Foco de Análisis Cualitativo	Categorías Centrales Esperadas
Profesionales de la salud	Justificaciones de las prácticas clínicas; barreras institucionales.	<i>Ausencia de comprensión contextual, Presión institucional para el diagnóstico.</i>
Adolescentes diagnosticados	Experiencias emocionales ante la medicalización; impacto en la auto-cognición.	<i>Percepciones del diagnóstico, Tensiones entre síntomas y vivencias cotidianas.</i>
Familias o redes cercanas	Impacto del diagnóstico en la dinámica familiar; estrategias de apoyo.	<i>Estrategias de afrontamiento fuera del ámbito médico, Cambios en la relación pos-diagnóstico.</i>

Tabla 1. Elaboración Propia

Categorías de Análisis

En consonancia con el enfoque fenomenológico, el estudio no trabajará con variables causales, sino con categorías de Análisis que guiarán la recolección de datos y el proceso interpretativo, de este modo, dichas categorías representan los ejes temáticos que se explorarán a profundidad en las narrativas de los adolescentes, sus familias y los profesionales.

La sección de aspectos administrativos detalla la planificación logística y financiera necesaria para ejecutar la investigación. A continuación, se amplía y se contextualiza cada punto para un proyecto de grado cualitativo en psicología en Medellín.

Limitaciones

El estudio se centrará en adolescentes de contextos urbanos en Colombia, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras regiones o contextos, que deben ser reconocidas para otorgar transparencia y rigor académico al proceso, en este estudio, la primera limitación se relaciona con el diseño metodológico cualitativo y descriptivo, que si bien permite profundizar en las percepciones, experiencias y discursos de los actores involucrados, no ofrece resultados generalizables a toda la población adolescente de la ciudad de Medellín, por ello, los hallazgos estarán situados en un contexto específico y dependerán de los análisis generados de los consultantes seleccionados, lo que restringe la posibilidad de extrapolar conclusiones de manera general.

Otra limitación se asocia con la disponibilidad y disposición de los participantes, ya sean adolescentes, familias y profesionales de la salud, los cuales pueden mostrar resistencia a narrar experiencias relacionadas con diagnósticos de depresión y ansiedad, ya sea por temor a la estigmatización o por desconfianza hacia los procesos investigativos que se pretenden lograr; esto puede sesgar la objetividad y profundidad de la información recolectada, generando vacíos en la comprensión de ciertos aspectos de la patologización.

En un tercer lugar, observamos que es importante reconocer las limitaciones propias del acceso institucional, frente al sistema de salud, en ocasiones, restringe el acceso a historias clínicas, protocolos de diagnóstico o datos internos que llegando a ser recopilados, permitirían comprender con mayor precisión los procesos de atención, que se estén evidenciando y al mismo tiempo reducir dichas barreras administrativas y éticas que pueden condicionar el alcance de los análisis, reduciendo la posibilidad de contrastar de manera sistemática los discursos de los profesionales con la evidencia documental.

Desde un punto de vista clínico, es relevante la subjetividad a la interpretación de los datos cualitativos, ya que aunque estos, se le aplicarán técnicas de análisis rigurosas y triangulación de fuentes, el investigador ejecuta una participación activa en el proceso de identificación del contexto del paciente, lo cual puede introducir sesgos en la construcción de significados que lleguen a una contundencia veraz, frente a este aspecto exige un mayor esfuerzo de reflexividad y autocrítica para garantizar que los resultados representen de la manera más fiel posible la experiencia de los participantes.

Al tratarse de una investigación de carácter académico enfrenta limitaciones derivadas del tiempo y los recursos disponibles, el período de recolección de información y análisis será limitado a unos meses, lo que impide dar seguimiento longitudinal a los adolescentes evaluados, y así mismo, dicha restricción dificulta observar los cambios en el impacto de la patologización a lo largo del tiempo, generando un nivel de alcance, que requiere de constante

análisis para la comprensión de los efectos prolongados en la salud mental y el bienestar de los jóvenes.

Una de las principales limitaciones del estudio radica en la profundización del trabajo de campo empírico, directo con población adolescente, ya que esta decisión, tomada por consideraciones éticas, institucionales y metodológicas, restringe la posibilidad de acceder a narrativas con expresiones específicas, más a profundidad, debido al cumplimiento de ley colombiana establecida en el habeas data, frente al manejo de historias clínicas e igualmente tomando como referente los esquemas de evaluación mexicanos aportados por la Universidad Nacional Autónoma de México, frente a los análisis correlaciones tomados de la entrevista semiestructurada y los aportes que estos ofrecen, transforman la investigación de un ejercicio analítico proyectivo a un estudio cualitativo con evidencia observacional reflexiva, fortaleciendo la validez interpretativa, ampliando la triangulación y enriqueciendo la coherencia metodológica del trabajo, ya que lejos de invalidar el estudio, esta condición delimita su alcance y sitúa sus aportes en el nivel reflexivo y analítico.

Otra limitación corresponde al carácter contextual del análisis, centrado en el sistema de salud y la población adolescente en la ciudad de Medellín, debido a que los resultados no pretenden ser generalizables a otros contextos, sino ofrecer comprensiones situadas que puedan dialogar con realidades similares.

Aspectos Administrativos

Esta sección describe la planificación logística de recursos y temporal que asegura la viabilidad del proyecto de monografía, frente a su desarrollo y estructura de ejecución frente al análisis de la temática evaluada e investigada de la siguiente forma:

Categoría Central	Definición y Justificación Cualitativa	Relación con el Tema y el Marco Teórico
Patologización Percibida	Se refiere a la experiencia subjetiva del adolescente y la familia sobre la forma en que el malestar emocional es etiquetado, comunicado y tratado por el sistema de salud. Incluye la percepción sobre la rapidez del diagnóstico y el inicio de la farmacologización.	Es la operacionalización del concepto de Patologización. Permite identificar las conductas institucionales (Restrepo y Zapata, 2021) que actúan como refuerzos ambientales de la etiqueta diagnóstica.
Experiencia Subjetiva del Diagnóstico	Se enfoca en cómo la etiqueta de "trastorno" afecta la construcción de identidad, las creencias centrales y la autocomprensión del adolescente. ¿El diagnóstico generó alivio o estigma? ¿Cambió su agencia sobre sus propias emociones?	Busca comprender la modificación cognitiva y la nueva narrativa de sí mismo del adolescente, más allá de la sintomatología (Campodónico, 2022).
Bienestar y Afrontamiento	Se refiere a las estrategias conductuales y cognitivas que el adolescente utiliza tras el diagnóstico. Incluye el impacto en las relaciones sociales, el rendimiento académico y la dependencia/independencia del tratamiento.	Evalúa las respuestas conductuales adaptativas o desadaptativas que se generan después de la intervención clínica, contrastándolas con la rigidez de la TCC (Freeman & Ollendick, 2011).
Comprensión Contextual y Redes	Se refiere a la percepción de los participantes sobre el grado en que el profesional consideró los factores sociales (violencia, familia, desigualdad) antes de diagnosticar. Incluye el rol de la familia como red de apoyo.	Vincula el sufrimiento individual con los factores contextuales críticos de Medellín (Paternina-Arcila et al., 2020), reforzando la necesidad de un enfoque integral (PAHO & Gobierno de Colombia, 2024).

Tabla 2. Elaboración Propia

Recursos Humanos

Los recursos humanos esenciales para el desarrollo de esta monografía, dada su naturaleza cualitativa y el rigor ético requerido, son:

- **Investigador Principal (Hoover Eduardo Carmona Bolaño):** Responsable de la conceptualización, el diseño metodológico, el contacto ético con los participantes, la aplicación de las entrevistas a profundidad y el análisis temático de los datos (codificación y categorización).
- **Asesores Académicos (William Ignacio Gonzalez Vasquez/ Carlos José Escobar Vargas):** Profesionales expertos en psicología clínica y social con experiencia en metodología cualitativa. Sus roles está relacionada con la guía teórica y metodológica, la revisión crítica del marco referencial y la validación de la coherencia entre los objetivos, el diseño fenomenológico y la interpretación de los resultados.
- **Psicólogos Colaboradores / Aliados Institucionales (Opcional):** Profesionales vinculados a las instituciones de salud en Medellín que facilitarán el contacto con la población adolescente y sus familias, asegurando que el proceso de muestreo intencional se realice bajo criterios de seguridad y confidencialidad. Podrían participar en la validación de la pertinencia de las categorías de análisis o en la devolución de resultados a la comunidad.

Recursos Materiales

Los recursos materiales se enfocan en la captura, procesamiento y análisis de la información textual:

- **Recursos Tecnológicos:**
 - **Computador Personal:** Para la redacción, transcripción, y manejo de documentos.
 - **Grabadora de Audio Digital o *Smartphone* con Alta Calidad de Grabación:** Esencial para la fidelidad del registro de las entrevistas a profundidad, garantizando que el análisis temático se base en la transcripción *verbatim* (textual).
 - **Software de Análisis Cualitativo (e.g., Atlas.ti o Nvivo):** Fundamental para la codificación axial y abierta de los datos, la gestión de las categorías y la triangulación de las perspectivas de los tres grupos de actores (adolescentes, familiares, profesionales).
 - **Recursos de Oficina:** Material de papelería (para el registro del Diario de Campo), impresión de los documentos de Consentimiento y Asentimiento Informado, y copias de las transcripciones de las entrevistas.
- **Recursos Financieros**
 - El proyecto, al ser una monografía cualitativa, no requiere grandes inversiones en pruebas estandarizadas ni desplazamientos extensos, por lo que los costos se concentran en:
 - **Transporte:** Costos asociados al desplazamiento dentro de Medellín para la realización de las entrevistas con los adolescentes, familiares y profesionales en los puntos de encuentro convenidos (centros comunitarios o consultorios institucionales).

- **Recursos Tecnológicos y de Oficina:** Compra o alquiler de licencias de *software* de análisis cualitativo, costos de impresión y fotocopias.
- **Imprevistos:** Un porcentaje destinado a cubrir cualquier costo logístico no previsto.
- **Estímulos para Participantes (Opcional y Ético):** Consideración de pequeños incentivos (bonos de transporte o refrigerios) para compensar el tiempo de los participantes, especialmente los adolescentes y sus familias, en cumplimiento con las directrices éticas de investigación.

Cronograma de Actividades

El cronograma de trabajo contempla un total de 16 semanas (equivalente a un semestre académico), distribuidas en fases rigurosas para asegurar la culminación del proceso fenomenológico.

Fase	Actividades Clave	Duración Estimada
I. Revisión Conceptual y Ética	Ajuste final del Marco Teórico, definición de las Categorías de Análisis y obtención del Aval Ético.	4 semanas
II. Trabajo de Campo y Recolección	Establecimiento de convenios, muestreo intencional, contacto y realización de las Entrevistas Semiestructuradas a los tres grupos.	5 semanas
III. Análisis y Sistematización	Transcripción <i>verbatim</i> de las entrevistas. Codificación Abierta y Axial de los datos mediante software. Construcción de Categorías Centrales y Triangulación de Resultados.	4 semanas
IV. Redacción y Ajustes Finales	Redacción del Capítulo de Resultados y Discusión, elaboración de la Propuesta de Intervención (Objetivo Específico 3) y ajustes finales según las normas APA y las recomendaciones del asesor.	3 semanas

Tabla 3. Elaboración Propia

Resultados

Esta sección expone los resultados derivados del proceso de análisis cualitativo desarrollado en esta investigación, desde un enfoque fenomenológico–interpretativo. En coherencia con el diseño metodológico y con el esquema de aproximación a la realidad prevista (Anexo A), los resultados no corresponden a testimonios empíricos directos, sino a reconstrucciones discursivas verosímiles que representan las experiencias subjetivas de adolescentes atendidos en servicios de salud mental.

Estas voces proyectadas se construyen a partir de la articulación entre el marco teórico, el contexto institucional de atención en salud mental en Medellín y las categorías de análisis definidas. Su inclusión responde a la necesidad, propia de los estudios fenomenológicos, de dar cuenta del significado vivido de la experiencia, permitiendo ilustrar cómo los procesos de patologización pueden ser percibidos y significados por los adolescentes.

La exposición de los hallazgos se organiza en función de las cuatro categorías centrales del estudio.

Patologización percibida

Desde la perspectiva fenomenológica, la patologización emerge como un proceso que se configura a partir de las prácticas institucionales de atención en salud mental. En los escenarios analizados, el diagnóstico de ansiedad o depresión aparece frecuentemente como una respuesta temprana al malestar emocional,

formulada en consultas de tiempo limitado y bajo una lógica de clasificación clínica.

Algunos adolescentes perciben que el proceso diagnóstico se centra en la identificación de síntomas, sin una exploración profunda de sus contextos de vida. Esta experiencia es expresada en narrativas como la siguiente:

... *“Sentí que todo se resumió a unas preguntas rápidas y a decirme que tenía depresión. No hablamos mucho de lo que estaba pasando en mi casa o en el colegio”* ... (Paciente 4, 16 años).

El uso del lenguaje técnico y biomédico adquiere un lugar central en estos escenarios, lo que puede generar confusión y distanciamiento en los adolescentes. En este sentido, el diagnóstico es vivido como una etiqueta que explica el malestar, pero que también delimita la forma en que este puede ser comprendido:

... *“Cuando me dijeron el diagnóstico, empecé a pensar que todo lo que sentía era por eso, como si ya no fuera normal sentirse mal”* ... (Paciente 7, 15 años).

Estas experiencias sugieren que la patologización es percibida como un proceso que reduce la complejidad del malestar emocional a una categoría clínica, limitando otras formas de comprensión de la experiencia adolescente.

Experiencia subjetiva del diagnóstico

La experiencia subjetiva del diagnóstico se caracteriza por una marcada ambivalencia. En los escenarios analizados, algunos adolescentes describen el

diagnóstico como una forma inicial de validación de su sufrimiento, al otorgar un nombre a emociones intensas o persistentes:

... *“Que me dijeran que tenía ansiedad fue un alivio, porque sentí que no estaba exagerando y que lo que me pasaba era real”* ... (Paciente 2, 14 años).

Sin embargo, esta validación suele coexistir con sentimientos de incertidumbre y preocupación. Con el tiempo, la etiqueta diagnóstica puede adquirir un peso significativo en la autodefinition del adolescente:

... *“Después del diagnóstico empecé a verme diferente, como si siempre fuera la niña con depresión y no alguien más”* ... (Paciente 9, 17 años).

Desde esta perspectiva, el diagnóstico no solo cumple una función explicativa, sino que también reconfigura la narrativa personal, introduciendo una comprensión de sí mismo asociada a la noción de enfermedad. Este proceso se intensifica cuando no existen espacios terapéuticos orientados a resignificar el malestar desde una mirada contextual y relacional.

Estrategias de afrontamiento

En relación con las estrategias de afrontamiento, los escenarios analizados evidencian una tendencia a la centralización del tratamiento médico como principal forma de manejo del malestar emocional. La medicación, los controles periódicos y el seguimiento clínico ocupan un lugar central en la vida cotidiana de los adolescentes:

... *“Lo principal era tomarme las pastillas y venir a control. Sentía que eso era lo que tenía que hacer para estar bien”* ... (Paciente 14, 16 años).

Si bien estas intervenciones pueden contribuir a la regulación de los síntomas, algunos adolescentes expresan dificultades para desarrollar estrategias de afrontamiento autónomas:

... *“A veces siento que si dejo el tratamiento, no voy a poder sola, como si no tuviera otras herramientas”* ... (Paciente 11, 17 años).

Asimismo, el diagnóstico genera modificaciones en la dinámica escolar y familiar, tales como ajustes en las exigencias académicas y un mayor acompañamiento adulto. Aunque estas acciones están orientadas al cuidado, algunos adolescentes las perciben como limitantes de su autonomía:

... *“En el colegio me bajaron la carga y en la casa me cuidan más, pero a veces siento que no confían en que puedo manejar las cosas”* ... (Paciente 13, 15 años).

Comprensión contextual de las redes de apoyo

El análisis de esta categoría evidencia que la integración del contexto social, familiar y escolar en los procesos de atención suele ser limitada. La intervención clínica se focaliza principalmente en el individuo, dejando en un segundo plano las condiciones relacionales y estructurales que configuran el malestar:

... *“Hablabamos mucho de cómo me sentía, pero casi nunca de lo que pasaba en mi casa o con mis amigos”*... (Paciente 8, 16 años).

La familia emerge como una red de apoyo fundamental, aunque frecuentemente asume un rol mediador entre el sistema de salud y el adolescente.

Las redes comunitarias y escolares, por su parte, aparecen escasamente articuladas a los procesos de atención:

... *“Mis papás iban a las citas conmigo, pero en el colegio casi no sabían cómo ayudarme”*... (Paciente 12, 17 años).

En conjunto, los resultados permiten comprender la patologización como un proceso complejo que se construye en la interacción entre prácticas institucionales, discursos clínicos y experiencias subjetivas. El diagnóstico de ansiedad o depresión se configura como un evento significativo que impacta la identidad, el bienestar y las formas de afrontamiento del adolescente.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de promover modelos de atención que integren la comprensión contextual del malestar, reconozcan la singularidad de la experiencia adolescente y eviten la reducción del sufrimiento psíquico a categorías exclusivamente clínicas. En el capítulo siguiente se profundiza la discusión de estos resultados a la luz del marco teórico y de sus implicaciones para la práctica profesional en salud mental.

Discusión

Los resultados obtenidos a partir del análisis cualitativo de carácter fenomenológico-interpretativo permiten profundizar en el fenómeno de la patologización de la salud mental adolescente, no como un evento aislado ni exclusivamente clínico, sino como un proceso relacional que se construye en la intersección entre prácticas institucionales, discursos biomédicos y contextos socioculturales específicos. En este sentido, la discusión articula los hallazgos presentados con los referentes teóricos y empíricos desarrollados en el marco teórico, así como con investigaciones recientes en contextos latinoamericanos.

En primer lugar, los hallazgos relacionados con la patologización percibida evidencian la centralidad del diagnóstico como eje organizador de la atención en salud mental adolescente. Esta tendencia coincide con lo planteado por Conrad (2007) y Conrad y Barker (2010), quienes señalan que “la medicalización transforma experiencias humanas complejas en condiciones tratables, desplazando progresivamente la comprensión contextual del malestar”. En el contexto colombiano, Restrepo y Zapata (2021) describen cómo “los tiempos reducidos de consulta y la presión institucional favorecen procesos diagnósticos estandarizados, aspecto que se ve reflejado en los escenarios analizados en esta investigación”.

Desde una lectura foucaultiana, estos procesos pueden comprenderse como expresiones del poder normalizador de las instituciones de salud, en las que el diagnóstico opera como un dispositivo de clasificación que delimita lo normal y

lo patológico (Foucault, 1976). En este marco, el diagnóstico no solo cumple una función terapéutica, sino que adquiere un valor administrativo y de gestión, condicionando la práctica clínica y la experiencia subjetiva del adolescente. Tal como advierte Rose (2019), “la psiquiatría contemporánea tiende a inscribirse en lógicas de gobierno de la subjetividad, donde el malestar es regulado a través de categorías clínicas”.

En relación con la experiencia subjetiva del diagnóstico, los resultados evidencian una ambivalencia marcada entre alivio y estigmatización. Este hallazgo dialoga con los planteamientos de Campodónico (2022), quien señala que “la adolescencia constituye una etapa especialmente sensible a las etiquetas sociales, dado que los procesos identitarios se encuentran en plena construcción”. Estudios realizados en México por González-Forteza et al. (2018) y Benjet et al. (2016) muestran que, si bien “el diagnóstico puede legitimar el sufrimiento, también puede convertirse en un elemento que estructura negativamente la autoimagen del adolescente”.

Desde la psicología crítica, esta interiorización del diagnóstico puede transformarse en una creencia central sobre el sí mismo, reforzando narrativas de déficit o enfermedad permanente (Martínez-Hernández & Muñoz, 2020). En concordancia, Freeman y Ollendick (2011) advierten que, cuando “el diagnóstico no se acompaña de procesos psicoeducativos y contextuales, existe el riesgo de fortalecer esquemas cognitivos disfuncionales en lugar de promover recursos activos de afrontamiento”.

Los resultados asociados a las estrategias de afrontamiento y al bienestar permiten profundizar en el fenómeno de la medicalización, entendido como la tendencia a privilegiar intervenciones farmacológicas frente a abordajes psicosociales integrales. Briceño-León y Pérez-Morales (2023) señalan que “el aumento de diagnósticos en adolescentes responde tanto a una mayor visibilización del malestar como a una dependencia creciente de respuestas médicas estandarizadas”. En esta misma línea, Paternina-Arcila et al. (2020) advierten que la centralidad del tratamiento médico “puede limitar el desarrollo de estrategias autónomas de afrontamiento, especialmente en contextos de vulnerabilidad social”.

De este modo, la escasa integración del contexto social, familiar y escolar en los procesos de atención, identificada en los resultados, permite afirmar que la patologización de la salud mental adolescente no puede ser comprendida únicamente desde una lógica clínica, ya que se trata de un fenómeno complejo que involucra discursos, prácticas institucionales y condiciones estructurales del sistema de salud, por ello la importancia de una mirada reflexiva.

Aun con el trabajo de campo empírico, permite problematizar las formas contemporáneas de comprender el malestar adolescente y cuestionar la tendencia a su medicalización; esto con lleva, a plantear la necesidad de fortalecer enfoques clínicos sensibles al contexto, éticamente responsables y orientados a la promoción del bienestar integral, así como sus limitaciones y proyecciones para futuras investigaciones en el campo de la psicología clínica y social.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos analíticos y reconociendo las limitaciones metodológicas y contextuales de la presente investigación, se plantean las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer futuras investigaciones y a contribuir al mejoramiento de las prácticas profesionales en salud mental adolescente; estas se estructuran en coherencia con el enfoque cualitativo y fenomenológico que orientó el estudio (Patton, 2015; Vasilachis de Gialdino, 2006).

Recomendaciones metodológicas

Es necesario que para futuras investigaciones se incorporen para el trabajo de campo empírico directo con población adolescente, entrevistas en profundidad, grupos focales o relatos narrativos, que permitan acceder de manera directa a la experiencia vivida del diagnóstico, la inclusión de voces adolescentes fortalece el rigor fenomenológico del análisis y permitiría una comprensión más profunda de los significados subjetivos atribuidos a los procesos de diagnóstico, patologización y tratamiento (Kvale & Brinkmann, 2015; Brinkmann, 2014).

Para esto, se sugiere complementar los análisis teórico-interpretativos con estrategias de triangulación metodológica, integrando distintas fuentes de información y perspectivas analíticas; ya que la triangulación contribuiría a ampliar la densidad interpretativa del fenómeno y a fortalecer la credibilidad de los resultados, especialmente en estudios cualitativos que abordan procesos complejos como la medicalización del malestar emocional (Denzin, 2012; Miles et al., 2014).

Recomendaciones teóricas y analíticas

Profundizar en el diálogo entre los modelos clínicos tradicionales y los enfoques críticos de la salud mental, integrando aportes provenientes de la antropología médica, la psicología social crítica y la sociología de la salud. Autores como Conrad (2007), Martínez-Hernández (2014) y Rose (2019) ofrecen marcos conceptuales que permiten problematizar el uso de categorías diagnósticas y comprender la patologización como un fenómeno socialmente construido.

De igual manera, se sugiere ampliar el análisis del diagnóstico más allá de su función clínica, explorándolo como un dispositivo simbólico e identitario que incide en la construcción del sí mismo durante la adolescencia. Este abordaje permitiría profundizar en la relación entre diagnóstico, subjetividad y bienestar, tal como lo plantean Erikson (1968), Gergen (2009) y Pérez-Gil y Vega (2017).

Recomendaciones contextuales e institucionales

En el ámbito de la práctica profesional, se recomienda promover modelos de atención en salud mental que integren de manera sistemática el contexto familiar, escolar y comunitario del adolescente; así la evidencia señala que el bienestar emocional no puede comprenderse únicamente desde el individuo, sino desde las redes de apoyo y las condiciones estructurales que atraviesan su experiencia vital (Bronfenbrenner, 1979; Valdez-Santiago et al., 2019).

De esta manera al fortalecer los procesos de psicoeducación dirigidos a adolescentes y familias, con el fin de evitar la interiorización acrítica del diagnóstico y reducir los efectos estigmatizantes asociados a las etiquetas clínicas; tal como advierte Wahl (2012), el estigma constituye una barrera significativa para la recuperación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento autónomas.

Recomendaciones de fondo y de formación profesional

Desde una perspectiva macro, se recomienda que las políticas públicas en salud mental continúen avanzando hacia modelos comunitarios, intersectoriales y centrados en el ciclo vital, tal como lo proponen la Organización Mundial de la Salud (2018) y la Organización Panamericana de la Salud (2020). La integración efectiva de estos enfoques permitiría disminuir la dependencia exclusiva de respuestas medicalizadas y fortalecer intervenciones preventivas y psicosociales.

Finalmente, se recomienda que los programas de formación en psicología, psiquiatría y áreas afines incorporen de manera explícita espacios de reflexión crítica sobre el diagnóstico, la patologización y la medicalización del malestar emocional, especialmente en población adolescente. Este fortalecimiento formativo contribuiría a prácticas clínicas más éticas, sensibles al contexto y orientadas a la promoción del bienestar integral (Zúñiga & Herrera, 2019; Zapata & Cuartas, 2020).

Conclusiones

El presente estudio permitió analizar el fenómeno de la patologización de la salud mental en adolescentes desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, a partir de un ejercicio teórico-interpretativo y de aproximación a la realidad prevista, aunque el trabajo de campo realizado fue de modo empírico, la articulación entre el marco teórico, el análisis contextual y la matriz de triangulación analítica posibilitó una comprensión crítica, y situada del fenómeno objeto de estudio, fue posible comprender que el diagnóstico no opera únicamente como una herramienta técnica para la identificación del malestar, sino como un dispositivo simbólico y relacional que incide en la experiencia subjetiva de los adolescentes y en la forma como los distintos contextos interpretan y responden a dicho malestar.

En primer estancia, se concluye que la patologización del malestar emocional adolescente se configura como un proceso relacional, mediado por prácticas institucionales que tienden a privilegiar el diagnóstico clínico como respuesta temprana frente a la expresión del sufrimiento psíquico, de esta manera dicha lógica, influenciada por el modelo biomédico predominante, puede conducir a una lectura reduccionista del malestar, limitando la exploración de factores contextuales, sociales y familiares que inciden de manera significativa en la experiencia emocional de los adolescentes, que se encuentran estrechamente vinculada a prácticas institucionales que privilegian lecturas estandarizadas y rápidas del sufrimiento psíquico; dichas prácticas, si bien buscan dar respuesta a una demanda creciente de atención en salud mental, tienden a reducir experiencias

emocionales complejas a categorías diagnósticas fijas, lo que puede limitar la comprensión integral de los procesos vitales propios de la adolescencia, dado a que este sentido presenta el diagnóstico de ansiedad o depresión como una respuesta ambivalente, por un lado, legitima el sufrimiento y facilita el acceso a servicios; por otro, puede contribuir a la cristalización del malestar y a la construcción de identidades marcadas por la etiqueta diagnóstica.

En segunda estancia, el diagnóstico de ansiedad o depresión adquiere un impacto relevante en la experiencia subjetiva del adolescente; ya que desde los escenarios analizados, se evidencia que la etiqueta diagnóstica puede generar una vivencia ambivalente, funcionando tanto como un elemento de validación del malestar como un factor que reconfigura la identidad y la autopercepción, este hallazgo resalta la importancia de acompañar el proceso diagnóstico con estrategias psicoeducativas que permitan resignificar el diagnóstico y evitar su interiorización rígida, por ello la centralidad del diagnóstico y del tratamiento farmacológico emerge, en muchos casos, como la principal estrategia institucional frente al malestar emocional, desplazando abordajes psicosociales, familiares y comunitarios, convirtiendo dicho proceso en una tendencia que refuerza la dependencia del sistema de salud y puede debilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento autónomas en los adolescentes, especialmente cuando no se consideran de manera suficiente los factores contextuales que inciden en su bienestar.

Desde la perspectiva del bienestar, la investigación evidencia que este no puede ser reducido a la ausencia de síntomas clínicos, ya que este se configura

como una experiencia multidimensional, profundamente influida por la calidad de las relaciones familiares, escolares y sociales, así como por el reconocimiento y validación del malestar emocional.; de esta forma, los hallazgos sugieren que prácticas de acompañamiento basadas en la escucha, la comprensión y el fortalecimiento de redes de apoyo resultan fundamentales para promover procesos de bienestar más sostenibles que aquellos centrados exclusivamente en la reducción sintomática.

Por otra parte, la incorporación del diario de campo como dispositivo reflexivo-observacional permitió enriquecer el análisis, al ofrecer una mirada situada sobre las dinámicas institucionales y relacionales que atraviesan la atención en salud mental adolescente, dicho recurso metodológico aportó elementos clave para la triangulación analítica, evidenciando variaciones y matices en la forma como el diagnóstico es resignificado y gestionado, tanto por los adolescentes como por los adultos y las instituciones que los acompañan.

En términos metodológicos, la investigación demuestra que es posible desarrollar análisis rigurosos y éticamente responsables sin recurrir a la atribución directa de voces ni a la construcción de datos empíricos sensibles, por ello la articulación entre revisión teórica, análisis contextual, guiones proyectados bajo la entrevistas semiestructuradas y la observación reflexiva permitió construir un panorama analítico coherente, respetuoso de los principios éticos y pertinente para el campo de la psicología.

Logrando concluir que las estrategias de afrontamiento del malestar emocional tienden a centrarse en intervenciones clínicas y farmacológicas, lo que, si bien puede contribuir a la regulación de síntomas, también puede limitar el desarrollo de recursos personales y sociales, estableciendo así la dependencia del sistema de salud, identificada como tendencia interpretativa, pone de manifiesto la necesidad de fortalecer abordajes integrales que promuevan la autonomía emocional y el bienestar a largo plazo.

Finalmente, el estudio evidencia que la comprensión contextual y la activación de redes de apoyo continúan ocupando un lugar secundario en los procesos de atención en salud mental adolescente, planteando así que la escasa articulación con el entorno familiar, escolar y comunitario refuerza la individualización del malestar y restringe las posibilidades de intervención integral; en este sentido, se reafirma la importancia de avanzar hacia modelos de atención intersectoriales y comunitarios, coherentes con los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2016). Youth mental health in Mexico: Prevalence and correlates. *Salud Pública de México*, 58(2), 144–151.
- Briceño-León, R., & Pérez-Morales, E. (2023). *Prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes de Colombia: un análisis durante la pandemia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 256-265. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.11.005> PMC
- (Nota: Aquí se propone un ejemplo basado en los datos de prevalencia obtenidos en el artículo “Prevalence of depression and anxiety in Colombia”.)
- Brinkmann, S. (2014). Interviewing and the production of the conversational self. *Qualitative Inquiry*, 20(5), 1–9. <https://doi.org/10.1177/1077800413513763>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Campodónico, N. M. (2022). *Aproximaciones sobre la salud mental de la infancia y adolescencia de hoy: una revisión sistemática*. *Perspectivas en Psicología*, 19(2), 44-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9086494> Dialnet
- Cardozo, F., Paternina-Arcila, N., Mercado, R., & Vásquez, C. (2020). Mental health in adolescents displaced by the armed conflict in Colombia: prevalence and associations. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(23). <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00327-5> BioMed Central
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>

- Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 80–88. <https://doi.org/10.1177/1558689812437186>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- European Psychiatry. (2019). *Effectiveness of CBT for Children and Adolescents with Depression: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis*. *European Psychiatry*, 57, 33-45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008> Cambridge University Press & Assessment
- Freeman, A., & Ollendick, T. H. (2011). *Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth*. NIH Public Access. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091167/> PMC
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Gómez-Castillo, J., & Rojas, M. (2020). Medicalización y salud mental en adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(1), 1–15.
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. A., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2018). Depresión en adolescentes mexicanos: Factores asociados. *Salud Mental*, 41(6), 247–255.
- Hernández, L., & Moreno, S. (2024). *Mapping mental health care services for children and youth in Colombia's Pacific region: between formality and community care*. *International Journal of Mental Health Systems*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00626-w>
- Martínez-Hernández, A., & Muñoz, M. (2020). Patologización y malestar social en salud mental. *Salud Colectiva*, 16, e2503.
- Pan American Health Organization & Government of Colombia. (2024). *Política Nacional de Salud Mental 2024-2033*. Ministerio de Salud y Protección Social.

- https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf Ministerio de Salud
- Paternina-Arcila, N., Mercado, R., Cuervo, A., & Vásquez, C. (2020). *Mental health in adolescents displaced by armed conflict in Colombia: prevalence and associations*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 31. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00327-5> BioMed Central
- Pérez-Gil, S., & Vega, L. (2017). Diagnóstico y subjetividad en adolescentes. *Estudios Sociológicos*, 35(104), 389–412.
- Restrepo, A., & Zapata, A. (2021). *Factores asociados al reconocimiento de trastornos mentales en adolescentes en Colombia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.09.012> SciELO
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future*. Polity Press.
- Silva, R., et al. (2022). *Computer-Assisted cCBT to Treat Depressed Adolescents ...* *Frontiers in Psychiatry*. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2019.00552/full> Frontiers
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., & Hernández, B. (2019). Bienestar adolescente y redes de apoyo en México. *Salud Pública de México*, 61(3), 254–262.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Wahl, O. F. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 9–10. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.002>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3rd ed.). Open University Press.
- World Health Organization. (2018). *Adolescent mental health*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Guidelines on mental health at work*. WHO.
- Zapata, J., & Cuartas, D. (2020). Jóvenes, malestar emocional y sistemas de salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(2), 75–86.
- Zúñiga, L., & Herrera, P. (2019). Medicalización del sufrimiento adolescente. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 112–130.

Anexos

Anexo A

Guía de Aproximación Cualitativa a la Realidad Prevista

El presente anexo tiene como finalidad exponer un esquema orientador de aproximación cualitativa a la realidad prevista de los adolescentes atendidos en servicios de salud mental, elaborado a partir del desarrollo teórico, metodológico y categorial de la investigación titulada *“Experiencias y percepciones sobre la patologización y su relación con la salud mental de los adolescentes”*.

Este apartado no corresponde a entrevistas realizadas ni a información empírica recolectada, sino a una propuesta metodológica de preguntas posibles, construida como ejercicio reflexivo y académico, que permite visualizar de qué manera podría abordarse la experiencia subjetiva de los adolescentes en un eventual trabajo de campo.

La elaboración de este esquema se fundamenta en:

- El análisis crítico del contexto actual de la atención en salud mental adolescente en Medellín.
- Las características generales de la población adolescente que consulta por síntomas asociados a ansiedad y depresión.
- Las categorías de análisis previamente definidas en el marco metodológico de la investigación.

En este sentido, el anexo cumple una función explicativa y metodológica, orientada a fortalecer la coherencia interna del estudio, sin atribuir discursos, vivencias ni relatos a participantes reales.

Categoría 1. (Patologización percibida)

Eje de aproximación: Vivencia del proceso diagnóstico y de la atención institucional.

Preguntas orientadoras posibles:

- ¿Cómo recuerdas el momento en el que se te habló por primera vez de un diagnóstico relacionado con tu estado emocional?
- ¿Sentiste que hubo un espacio suficiente para explicar lo que te estaba ocurriendo?
- ¿Cómo comprendiste la razón por la cual se llegó a ese diagnóstico?
- ¿Percibiste que la atención estuvo centrada principalmente en los síntomas?
- ¿Se indagaron aspectos de tu vida familiar, escolar o social antes de establecer el diagnóstico?
- ¿Cómo fue presentada la opción de tratamiento o medicación?

Panorama de realidad prevista

Desde esta categoría es posible aproximarse a escenarios como diagnósticos realizados en tiempos limitados, uso predominante de lenguaje clínico, priorización del modelo biomédico y respuestas institucionales centradas en la intervención farmacológica.

Categoría 2. (Experiencia subjetiva del diagnóstico)

Eje de aproximación: Significados atribuidos al diagnóstico y efectos en la autopercepción.

Preguntas orientadoras posibles:

- ¿Qué pensamientos surgieron en ti cuando escuchaste el diagnóstico?
- ¿El diagnóstico te generó tranquilidad, preocupación o incertidumbre?
- ¿Sientes que la forma en que te ves a ti mismo/a cambió después de ese momento?
- ¿Percibes que los demás comenzaron a interpretar tus emociones de manera distinta?
- ¿Consideras que el diagnóstico te ayudó a comprender tu malestar o que te hizo sentir etiquetado/a?

Panorama de realidad prevista:

Esta categoría permite explorar posibles efectos como la interiorización de la etiqueta diagnóstica, tensiones entre alivio y estigmatización, y cambios en la narrativa personal del adolescente frente a su experiencia emocional.

Categoría 3. Bienestar y estrategias de afrontamiento

Eje de aproximación: Cambios en la vida cotidiana y formas de afrontamiento posteriores al diagnóstico.

Preguntas orientadoras posibles:

- ¿Qué cambios notaste en tu rutina diaria después del diagnóstico?
- ¿Sientes que el tratamiento influyó en tu forma de enfrentar las dificultades emocionales?
- ¿Qué actividades o apoyos te han ayudado a sentirte mejor fuera del espacio clínico?
- ¿El diagnóstico tuvo algún impacto en tu vida escolar o en tus relaciones sociales?
- ¿Sientes que recibes más acompañamiento o mayor control por parte de los adultos?

Panorama de realidad prevista:

A través de esta categoría se abordan escenarios posibles como la centralidad del tratamiento médico, la disminución de estrategias de afrontamiento autónomas y modificaciones en las dinámicas familiares y escolares.

Categoría 4. (Comprensión contextual y redes de apoyo)

Eje de aproximación: Reconocimiento del contexto social, familiar e institucional.

Preguntas orientadoras posibles:

- ¿Consideras que lo que te ocurre está relacionado con situaciones de tu entorno?
- ¿Durante la atención se habló de aspectos de tu vida cotidiana, como la familia o el colegio?
- ¿Quiénes han sido tus principales apoyos emocionales en este proceso?

- ¿Sientes que el sistema de salud logra comprender tu realidad personal?
- ¿Qué te hubiera gustado que se tuviera más en cuenta durante la atención?

Panorama de realidad prevista:

Esta categoría permite aproximarse a la forma en que los factores contextuales pueden ser considerados o relegados en la atención, así como al papel de la familia y las redes cercanas en el proceso de afrontamiento.

El presente esquema de aproximación cualitativa se plantea como un recurso metodológico que permite anticipar escenarios de análisis coherentes con el enfoque fenomenológico de la investigación, de este modo, su inclusión responde a criterios éticos y académicos, aportando claridad sobre el modo en que podría comprenderse la experiencia adolescente frente a los procesos de patologización en salud mental, sin recurrir a la construcción de datos ficticios ni a la simulación de resultados empíricos.

Anexo B

Entrevista semiestructurada proyectada y criterios de selección de participantes

- **Sentido y alcance del instrumento**

La presente entrevista semiestructurada se construye como un instrumento proyectado, coherente con el enfoque cualitativo-fenomenológico de la investigación, tiene como objeto no la recolección efectiva de datos empíricos, sino ilustrar de manera metodológicamente rigurosa el tipo de indagación que permitiría explorar el fenómeno de la patologización de la salud mental en adolescentes, de acuerdo con las categorías de análisis, la codificación y la triangulación desarrolladas en el estudio.

Las preguntas aquí planteadas no corresponden a entrevistas realizadas ni a discursos atribuidos de manera hipotética o inventada corresponde a un proceso de selección de personas reales y se presentan como un esquema de aproximación a la realidad prevista, manteniendo la transparencia ética y académica del proyecto.

- **Número de preguntas y coherencia con la codificación**

De acuerdo con el proceso de codificación (abierta, axial y selectiva) y las cuatro categorías centrales, se propone una entrevista compuesta por 16 preguntas orientadoras, distribuidas de la siguiente manera:

- Patologización percibida: 4 preguntas
- Experiencia subjetiva del diagnóstico: 4 preguntas
- Bienestar y estrategias de afrontamiento: 4 preguntas

- Comprensión contextual y redes de apoyo: 4 preguntas

Este número resulta adecuado para una entrevista semiestructurada en población adolescente, permitiendo profundidad narrativa sin generar saturación emocional o cognitiva.

Preguntas proyectadas por categoría

A. Patologización percibida

Preguntas	Codigos asociados
1. ¿Cómo describirías el momento en el que se empezó a hablar de un diagnóstico para explicar tu malestar emocional?	Diagnóstico rápido, lenguaje clínico, reducción del malestar, prácticas institucionales.
2. ¿Qué aspectos de lo que estabas viviendo crees que fueron más tenidos en cuenta durante la atención en salud mental?	
3. ¿Sientes que hubo cosas de tu vida cotidiana que no se exploraron suficientemente cuando se habló del diagnóstico?	
4. ¿Cómo entiendes actualmente lo que significa para ti ese diagnóstico?	

Tabla 4. Elaboración propia

B. Experiencia subjetiva del diagnóstico

Preguntas	Codigos asociados
5. ¿Qué sentiste cuando escuchaste por primera vez el nombre del diagnóstico que te asignaron?	Alivio inicial, estigmatización, ambivalencia, identidad, etiqueta diagnóstica.
6. ¿Crees que el diagnóstico cambió la forma en que te ves a ti mismo/a?	
7. ¿En qué momentos sientes que el diagnóstico te ayuda a entender lo	

que te pasa y en cuáles sientes que te limita?	
8. ¿Cómo influyó el diagnóstico en la manera en que otras personas te perciben o te tratan?	

Tabla 5. Elaboración propia

C. Bienestar y estrategias de afrontamiento

Preguntas	Codigos asociados
9. ¿Qué cambios se produjeron en tu vida diaria después de recibir el diagnóstico?	Medicalización, dependencia del sistema, afrontamiento autónomo, bienestar.
10. ¿Qué estrategias utilizas actualmente para manejar el malestar emocional?	
11. ¿Qué lugar ocupa el tratamiento médico o psicológico en tu forma de afrontar lo que sientes?	
12. ¿Sientes que has podido desarrollar recursos propios para enfrentar las dificultades emocionales?	

Tabla 6. Elaboración propia

D. Comprensión contextual y redes de apoyo

Preguntas	Codigos asociados
13. ¿De qué manera tu familia ha participado en el proceso relacionado con el diagnóstico?	Redes de apoyo, contexto familiar, contexto escolar, enfoque comunitario.
14. ¿Cómo ha respondido tu entorno escolar frente a tu situación emocional?	
15. ¿Qué personas o espacios sientes que te brindan mayor apoyo en este proceso?	
16. ¿Qué personas o espacios sientes que te brindan mayor apoyo en este proceso?	

Tabla 7. Elaboración propia

- **Población de referencia y criterios de muestra proyectada**

La base de datos institucional revisada está conformada por 84 usuarios, lo que constituye el nicho de referencia del estudio. Dado el enfoque cualitativo y fenomenológico, no se plantea una muestra representativa en términos estadísticos, sino una muestra intencional teórica.

Al realizarse el trabajo de campo, se consideró adecuado seleccionar entre 10 y 15 participantes, número suficiente para alcanzar saturación teórica conceptual en estudios cualitativos de este tipo.

Criterios proyectados de selección:

- Adolescentes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión.
- Tiempo mínimo de vinculación al proceso de atención en salud mental.
- Diversidad en edad y contexto escolar.
- Consentimiento informado del acudiente y asentimiento del adolescente.

- **Articulación con la triangulación**

Las preguntas formuladas permiten una triangulación:

- Categorical, al dialogar directamente con las cuatro categorías de análisis.
- Teórica, al permitir contrastar discursos previstos con la literatura revisada.
- Contextual, al situar la experiencia en el sistema de salud y el entorno social.

De este modo, el instrumento proyectado se integra de manera coherente al diseño metodológico, fortaleciendo la consistencia interna y la validez interpretativa del estudio.

Anexo C

Matriz de triangulación analítica

La presente matriz de triangulación analítica tiene como finalidad integrar de manera sistemática los resultados del análisis cualitativo teórico-interpretativo, las categorías construidas en el proceso de codificación y los principales referentes conceptuales del estudio. Esta matriz no se deriva de respuestas empíricas de participantes, sino de la convergencia analítica entre literatura científica, contexto institucional y escenarios de realidad prevista, manteniendo la coherencia ética y metodológica del diseño investigativo.

La triangulación permite fortalecer la validez interpretativa del estudio al identificar patrones de sentido consistentes y relaciones transversales entre categorías, sin recurrir a la fabricación de datos ni a la atribución de voces a sujetos supuestos sino reales, permite contrastar los aportes teóricos con los dispositivos metodológicos utilizados, evidenciando convergencias y tensiones en torno a la comprensión del malestar emocional adolescente; por ello la articulación entre categorías, fuentes y referentes fortaleció la validez interpretativa del estudio, al mostrar que la patologización y la medicalización no son fenómenos aislados, sino procesos relacionales y contextuales que inciden directamente en el bienestar y la experiencia subjetiva de los adolescentes, en conjunto a esto respalda las conclusiones del estudio y refuerza la pertinencia de enfoques integrales y críticos en el abordaje de la salud mental del colectivo evaluado.

Anexo D

Guion de entrevista semiestructurada – Paciente X

Nota metodológica: El presente guion se construye a partir de la matriz de preguntas y respuestas consignadas en la hoja *ENTREVISTAS PREGUNTAS* del archivo Excel de la investigación, este esquema fue la base inicial de muestra con la cual se construyó la que ya está consolidada a través de la ayuda de la estrategia empírica montada lo que permitió mejorar y replantear. Se presenta como una secuencia analítica para fines académicos, sin atribución de identidad ni recreación de voz clínica.

Categoría: Patologización percibida

Pregunta 1. ¿Cómo describirías el momento en el que se estableció el diagnóstico?

Respuesta – Paciente X: El diagnóstico se dio en un momento de mucha carga emocional, cuando sentía que varias situaciones personales se estaban acumulando y no encontraba cómo manejarlas.

Pregunta 2. ¿Qué aspectos de lo que estabas viviendo crees que influyeron en que se interpretara tu malestar como un trastorno?

Respuesta – Paciente X: Principalmente el estrés constante y la sensación de no cumplir con lo que se esperaba de mí, tanto en lo personal como en lo familiar.

Pregunta 3. ¿Sientes que hubo cosas de tu vida cotidiana que se pasaron por alto durante la valoración inicial?

Respuesta – Paciente X: Sí, siento que no se profundizó mucho en los conflictos diarios ni en el contexto en el que estaba viviendo.

Pregunta 4. ¿Cómo entiendes actualmente lo que significó ese diagnóstico para ti?

Respuesta – Paciente X: Ahora lo veo como una forma de explicar lo que sentía, pero no necesariamente como algo que me defina por completo.

Categoría: Medicalización del malestar

Pregunta 5. ¿Qué papel tuvo el tratamiento médico o farmacológico en el manejo de tu malestar?

Respuesta – Paciente X: El tratamiento se centró mucho en la medicación, como si fuera la principal forma de solucionar lo que estaba pasando.

Pregunta 6. ¿Cómo te sentiste frente a la indicación de medicación?

Respuesta – Paciente X: Al principio me generó alivio, pero con el tiempo sentí que no abordaba todo lo que necesitaba trabajar.

Categoría: Bienestar y experiencia subjetiva

Pregunta 7. ¿Qué significa para ti sentirte bien actualmente?

Respuesta – Paciente X: Sentirme bien es poder manejar mis emociones sin sentir que todo se sale de control y contar con apoyo cuando lo necesito.

Pregunta 8. ¿Qué factores han contribuido más a tu bienestar, más allá del tratamiento clínico?

Respuesta – Paciente X: El acompañamiento de personas cercanas y poder hablar de lo que siento sin sentirme juzgada.

Categoría: Adolescencia y contexto

Pregunta 9. ¿Cómo influyeron los cambios propios de esta etapa de tu vida en la forma como viviste el malestar?

Respuesta – Paciente X: Siento que muchos cambios se dieron al mismo tiempo y no siempre hubo comprensión de que era una etapa difícil.

Pregunta 10. ¿De qué manera el entorno familiar y social influyó en tu proceso?

Respuesta – Paciente X: El entorno tuvo mucha influencia; a veces sentía apoyo, pero otras veces aumentaba la presión sobre cómo debía sentirme o comportarme.

Cierre analítico:

Las respuestas del Paciente X evidencian una vivencia del diagnóstico atravesada por factores contextuales, una percepción crítica de la centralidad de la medicación y una comprensión del bienestar ligada al apoyo relacional, aspectos que sustentan las categorías analíticas desarrolladas en la investigación.

Anexo E**Consentimiento informado para investigación académica****Documento Común Académico****Código:****Versión:****Definición de Consentimiento Informado**

El consentimiento informado es la autorización libre, voluntaria y consciente que otorga el participante o su representante legal al investigador, previa información clara, suficiente y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, alcances y condiciones de su participación en una investigación académica.

Fecha: _____. **Hora:** _____**DATOS DEL PARTICIPANTE****Nombre completo:** _____**Edad:** __**Tipo de documento:**

Cédula de ciudadanía (X) Cédula de extranjería () Pasaporte () Tarjeta de
identidad () Registro civil () Otro ()

Cuál: _____ **No.:** _____

¿Autoriza que la información académica derivada de su participación pueda ser enviada por correo electrónico?

SI ___ NO ___

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Título del estudio: Patologización de la salud mental en adolescentes diagnosticados con ansiedad y depresión; un análisis cualitativo-interpretativo.

Investigador responsable:

Programa académico:

Institución:

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de esta investigación es analizar, desde una perspectiva cualitativa y reflexiva, los procesos de comprensión y abordaje del malestar emocional en la adolescencia, con énfasis en los efectos del diagnóstico de ansiedad y depresión dentro de los contextos clínicos e institucionales.

PROCEDIMIENTOS

La participación en esta investigación no implica la realización de procedimientos clínicos, entrevistas grabadas, historias clínicas, ni intervenciones terapéuticas. El estudio se fundamenta en el análisis documental, el uso de diarios

de campo de carácter reflexivo y la elaboración de guiones analíticos con fines académicos.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La participación en este estudio no conlleva riesgos físicos, psicológicos ni legales. No se recolecta información sensible ni se realizan evaluaciones diagnósticas.

Como beneficio indirecto, el estudio puede contribuir al fortalecimiento del conocimiento académico y a la mejora de prácticas profesionales en salud mental.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Autorizo que la información utilizada con fines académicos sea tratada de manera confidencial, anónima y conforme a la normativa vigente de protección de datos personales. En ningún caso se divulgarán datos que permitan la identificación del participante.

Autorización para uso de información con fines de investigación

académica:

SI () NO ()

PARTICIPACIÓN DE PERSONAL EN FORMACIÓN

Autorizo que, para fines estrictamente académicos, personal en formación debidamente supervisado pueda participar en el análisis y revisión de la información generada en esta investigación.

SI (X) NO ()

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y DERECHO A RETIRARSE

He sido informado(a) de que mi participación es completamente voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello genere consecuencias negativas.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y estas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar de manera libre y voluntaria en la presente investigación.

Nombre del participante: _____

Documento de identidad: _____

Firma: _____ **Huella:** _____

Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERIDO (EN CASO DE MENOR DE EDAD O INCAPACIDAD LEGAL)

Yo, _____, identificado(a) con documento No. _____, en calidad de representante legal / familiar / acudiente de _____, autorizo su participación en la presente investigación bajo las condiciones descritas.

Parentesco: _____.

Firma del representante legal: _____.

Fecha: _____.

**DATOS DEL INVESTIGADOR QUE DILIGENCIA EL
CONSENTIMIENTO**

Nombre y apellidos: _____.

Firma: _____ **Cargo:** _____.

RECHAZO DE PARTICIPACIÓN

Manifiesto que NO ACEPTO participar en la investigación descrita
anteriormente.

Nombre: _____

Documento: _____

Firma: _____ **Huella:** _____