

Trabajos de investigación:

Ser TAB o Tener TAB: Construcción del Self en mujeres chilenas diagnosticadas con Trastorno Afectivo Bipolar I o II

Colomba Cruz¹, Natalia Gavilán¹, Antonia Fontecilla¹, Florencia Márquez¹,
Isidora Schlesinger¹, Francisca Peñaloza¹

Resumen

Diversos estudios establecen una relación entre el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) y dificultades en el proceso de construcción del *self*, pues las personas experimentan el tiempo como fluctuaciones entre fases anímicas creando sensaciones de interrupción e impidiendo la integración de sus vivencias. Así surge la pregunta "¿Cómo influye el Trastorno Afectivo Bipolar en la construcción del *self* de mujeres chilenas diagnosticadas con TAB I o II?". El objetivo es describir de qué manera influye el TAB en el proceso de construcción del *self* en mujeres chilenas diagnosticadas con TAB I o II. Específicamente, en las dimensiones de construcción del *self* de: percepción, memoria autobiográfica, proyección y coherencia.

La metodología es de carácter cualitativa, transversal y descriptiva. Se realizó de forma remota, a través de entrevistas semi-estructuradas a seis mujeres chilenas mayores de 20 años, que se encontraban en tratamiento y cuyo diagnóstico fue realizado hace al menos dos años. Estas fueron reclutadas mediante la difusión de un afiche por redes sociales. Los datos recolectados se analizaron en base a la Teoría Fundamentada.

Dentro de los resultados se observa el fenómeno axial "Ser TAB o Tener TAB" donde se identificaron dos vivencias predominantes que dividieron a las participantes en el grupo "Tener TAB", quienes integran el TAB como parte de su *self* y el grupo "Ser TAB", quienes presentan dificultades en la integración del TAB en su *self* y se identifican con la fragmentación y fluctuación de las fases anímicas.

Palabras clave: Trastorno Afectivo Bipolar, *self*, construcción del *self*, Teoría Fundamentada

Summary

Several studies establish a relationship between Bipolar Affective Disorder (BAD) and difficulties in the process of self construction, since people experience time as fluctuations between mood phases creating feelings of disruption and preventing the integration of their experiences. Thus the question arises "How does Bipolar Affective Disorder influence the construction of the self in Chilean women diagnosed with BAD I or II? The objective is to describe how BAD influences the process of self construction in Chilean women diagnosed with BAD I or II. Specifically, in the self construction dimensions of: perception, autobiographical memory, projection and coherence.

The methodology is qualitative, cross-sectional and descriptive. It was conducted remotely, through semi-structured interviews with six Chilean women over 20 years of age, who were undergoing treatment and whose diagnosis was made at least two years ago. They were recruited through the dissemination of a poster through social networks. The data collected were analyzed based on Grounded Theory.

Within the results, the axial phenomenon "Being BAD or Having BAD" was observed, where two predominant experiences were identified that divided the participants into the group "Having BAD", who integrate BAD as part of their self, and the group "Being BAD", who present difficulties in the integration of BAD in their self and identify with the fragmentation and fluctuation of the affective phases.

Keywords: Bipolar Affective Disorder, self, self construction, Grounded Theory.

1. Escuela de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. Este es un proyecto colaborativo, el equipo investigativo trabajó en conjunto y equitativamente a lo largo de todas las secciones del estudio. El orden de los nombres de las autoras es alfabético y no tiene relación con la carga de trabajo que cada uno de los investigadores realizó.

Introducción

El TAB es un trastorno del ánimo caracterizado por episodios de aumento del estado anímico y de depresión. Es una enfermedad crónica, grave, con una alta comorbilidad e incapacitante, asociada a una morbilidad y mortalidad de un 15%, por lo que se requiere un diagnóstico oportuno. En Chile, tiene una prevalencia de 2,2%, afectando a más de 200 mil personas (Retamal, 2018), y en mujeres de un 2,5% (MINSAL, 2013). La evidencia expone que con un diagnóstico y tratamiento adecuado se puede llevar una vida estable, sin embargo, en promedio, el diagnóstico tarda entre 10 a 12 años (MINSAL, 2013; Retamal, 2018).

Definición de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

El TAB se define por la presencia de un estado de ánimo fluctuante entre la depresión, manía/hipomanía, y el estado basal, haciendo de esta una enfermedad fásica (Minsal, 2013). Vázquez (2014) menciona como sintomatología determinante de la manía al estado de ánimo elevado, expansivo o irritable junto al aumento persistente de la actividad o energía. Otro de los síntomas comunes es la aparición de un cuadro depresivo mayor, el cual permite observar el carácter bipolar de la enfermedad (Vázquez, 2014). Dentro de la clasificación de los trastornos afectivos bipolares se encuentra el TAB I, TAB II y otros trastornos bipolares específicos. El primero da cuenta de fases depresivas y maníacas, mientras que el segundo, a diferencia del TAB I, presenta hipomanías. Los otros trastornos bipolares específicos son las entidades atípicas del TAB que no cumplen con los criterios de los anteriores (Vázquez, 2014).

Definición del *self* y sus dimensiones

El *self*, según Robins (2008), es una estructura de alta complejidad que representa años de transformación y negociación entre el individuo y la sociedad. Es decir, es la consecuencia de una síntesis de imágenes, convocatorias, soluciones de compromiso, negociaciones psíquicas que por medio de la búsqueda de coherencia le brinda al yo un sentido propio (Ramírez, 2017). Así, se propone pensar en las condiciones que hicieron posible su constitución mediante cuatro dimensiones (Ramírez, 2017).

En primer lugar, la dimensión de la *percepción* y *self* conlleva a considerar al *self* como un proceso dinámico y dialógico que se desenvuelve en relación con un otro, pues se configura a propósito de la negociación y procesos de interacción que se van desarrollando en las relaciones cotidianas (Marcús, 2011). En estos procesos se ponen en juego tres niveles de análisis: el reconocimiento de sí mismo, hacia otros y de otros hacia la persona.

En segundo lugar, la *memoria autobiográfica* (AM) interfiere y define el entendimiento individual y la coherencia del *self*

(Holm et al., 2017). Una discapacidad en la AM puede actuar como una posible alteración en el *self* en su representación del presente y su proyección al futuro (Ricarte et al., 2017). La exploración de la memoria en la definición del *self* en el presente consiste en las recolecciones de eventos significativos que son vívidos, emocionales, intensos, frecuentemente recordados y enfocados en metas, preocupaciones constantes y conflictos no resueltos (Singer et al., 1993).

En tercer lugar, la *proyección del self* se caracteriza como la contraparte futura de la AM y se define como las representaciones mentales de eventos futuros que proveen información significativa para la autocomprensión de los sujetos (Raucher-Chené et al., 2021). Dentro de los eventos significativos futuros se contienen los posibles *selves* (PS) que representan las ideas propias de las personas sobre quiénes podrían, les gustaría y temerían llegar a ser (Tse et al., 2014).

Por último, se entiende a la *coherencia del self* como la capacidad de tomar distancia reflexiva de un evento para determinar un significado mayor o una lección de vida a partir de este. La correcta integración de eventos significativos es fundamental para la coherencia global, ya que la tensión entre estos aumenta el riesgo de una fragmentación del *self* (Raucher-Chené et al., 2021). El *self* se presenta como un proyecto reflexivo que requiere un trabajo constante que se desarrolla a lo largo del tiempo (Cardenal Hernández, 2005).

Tomando en consideración las precisiones presentadas es importante mencionar que existen diversos estudios (Inder et al., 2008; Ober, 2018; Retamal, 2018, y Smyth, 2017) que muestran que el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) tiene un impacto significativo en la construcción de la identidad. Se expresa en que las personas con TAB vivencian el tiempo como una fluctuación entre sus fases –generando experiencias de contradicción–, por lo que existe una mayor dificultad para crear una sensación de continuidad identitaria. Siguiendo la misma línea, el estudio realizado por Smyth (2017) argumenta que hay un grupo importante de personas diagnosticadas con TAB que se considera diferente o incluso defectuoso a partir de su enfermedad y que todos y todas los/as participantes mencionaron haber experimentado un cambio de sí pues ésta dificulta la capacidad de la toma de roles y auto-representaciones, creando experiencias de confusión y baja seguridad en sí mismas(os). En adición, también corroboran que es posible lograr una integración del *self* mediante la participación de intervenciones terapéuticas que facilitan la autoaceptación y el desarrollo de un sentido identitario. Por otro lado, estudios tales como el de Inder et al. (2008), mencionan la existencia de una mayor dificultad para la integración de eventos significativos, lo cual implica memorias autobiográficas y proyecciones; en consecuencia también

se influye la sensación de continuidad y coherencia del *self* de las personas diagnosticadas con TAB. Finalmente, a partir del estudio de Raucher-Chené et. al. (2021) se determinó que las personas diagnosticadas presentaban memorias más rígidas, negativas e intensas emocionalmente que el grupo control; sin embargo la diferencia de las proyecciones futuras no fue relevante. Además, la integración de eventos significativos deficiente conlleva cuestionamientos sobre la coherencia global del *self*.

En relación con las ideas expuestas se argumenta que la construcción del *self* en personas con TAB incide en la formación de sentido del mismo: desde lo pasado, presente y futuro; y en el reconocimiento de sí mismos, hacia otros y de otros hacia ellos/as mismos/as, lo cual en conjunto afecta a la narración propia de quienes padecen la enfermedad e influye en la manera de relacionarse, ser comprendidos y percibidos. En este sentido, esta investigación busca responder a la siguiente interrogante: ¿Cómo influye el Trastorno Afectivo Bipolar en la construcción del *self* de mujeres chilenas diagnosticadas con TAB I o II? Para lo cual busca describir cómo influye el TAB en las distintas dimensiones del proceso de construcción del *self* en mujeres diagnosticadas con TAB I o II. Específicamente, se intentó describir cómo este afecta en las dimensiones de percepción, proyección y coherencia del *self*, y cómo se integra la memoria autobiográfica del *self* en mujeres diagnosticadas.

La relevancia social del presente estudio consiste en la necesidad de poseer una mayor comprensión sobre los procesos de construcción del *self* en quienes están diagnosticadas con TAB I y II para el futuro desarrollo de intervenciones terapéuticas que faciliten el sentido identitario y la integración de este. Por otro lado, la revisión bibliográfica realizada revela escasez de estudios respecto al tema investigado y la ausencia de ellos en territorio latinoamericano, por lo que para la disciplina es fundamental la generación de nuevos conocimientos sobre la problemática, situándonos específicamente en la población chilena.

Marco Metodológico

Diseño

Para esta investigación se utilizó un diseño cualitativo con el objetivo de comprender, analizar e interpretar las experiencias adyacentes al proceso de construcción del *self* a partir del análisis de las respuestas recogidas en entrevistas individuales a mujeres chilenas. A su vez, su alcance de información fue descriptiva y su temporalidad transversal, debido a que en el momento de la entrevista se abordó el pasado, presente y futuro de las entrevistadas. El enfoque teórico-metodológico utilizado se basó en la teoría fundamentada, y dentro de este, para el análisis de los datos se utilizó la codificación abierta y axial.

Participantes

Las participantes debían ser mayores de 20 años, haber sido diagnosticadas con TAB I o II hace al menos dos años y estar actualmente en tratamiento o bien, siendo evaluadas regularmente por su especialista. Para reclutarlas se utilizó un muestreo de intensidad de seis mujeres con el fin de facilitar la saturación de los datos. El reclutamiento se realizó por medio de la difusión de *flyers* en diversas redes sociales (Whatsapp, Instagram, Twitter, Facebook) y a través de correo electrónico a una selección de contactos personales del grupo de investigación.

Para asegurar la participación informada y voluntaria en el estudio, a cada posible participante se le entregó un Consentimiento Informado (C.I.), el cual describía de manera simple los aspectos que implicaba su participación en la investigación. A su vez, este fue revisado en conjunto con quienes accedieron a realizar la entrevista para aclarar dudas y asegurar la comprensión. Por último, se recalcó a las participantes en el estudio que eran libres de abandonarlo en caso de que lo consideraran necesario, sin ninguna repercusión.

Por otro lado, para asegurar el anonimato de las participantes y la confidencialidad de las entrevistas y transcripciones, sus nombres fueron registrados bajo pseudónimos a su elección y el material recolectado se almacenó en una carpeta de Google Drive accesible sólo por el equipo investigador y con uso único para los fines acordados en el C.I. Es importante explicitar que el proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Diego Portales.

Procedimientos

La inscripción al estudio, en conjunto con la recolección de información personal de las participantes como la edad, diagnóstico, comuna de residencia, horarios de disponibilidad para la entrevista, etc. se realizó a través de un formulario de Google. Como instrumento de recolección de datos principal, se utilizó la entrevista en profundidad de tipo semiestructurada orientada en base a un guión temático previamente elaborado conformado por preguntas referentes a las dimensiones del *self* estudiadas. Debido a la contingencia de pandemia por COVID-19, se hace necesario declarar que las entrevistas fueron llevadas a cabo por videollamada por medio de la plataforma digital Zoom acordada con la persona participante. Estas entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente 60 minutos y se llevaron a cabo únicamente a través de los usuarios pertenecientes al dominio de la Universidad Diego Portales. A su vez, cada entrevista fue efectuada por dos miembros del equipo investigador, una de ellas moderó y la otra tomó apuntes de lo presenciado. Estas fueron grabadas para su posterior transcripción.

Para mantener la rigurosidad y calidad del estudio, se mantuvo un lenguaje formal acorde a la situación y se aseguró un espacio protegido con las entrevistadas, teniendo un contacto confiable y sincero. Para esto, fue relevante no cuestionar los relatos de las participantes a lo largo de las entrevistas, y siempre tener en cuenta la delicadeza del tema expuesto, pues se abordaron experiencias que pueden ser difíciles de llevar y por tanto, de compartir con las entrevistadas. Es por esto que fue fundamental una escucha activa, para así dar lugar al vínculo entre la persona investigadora y las participantes, para construir un espacio seguro y acogedor, en donde no se le dé espacio a los prejuicios ni confrontaciones. Asimismo, considerando el carácter semi-estructurado de las entrevistas, las participantes contaban con mayor flexibilidad a la hora de responder, pues no se les impuso un rango fijo de respuestas a cada pregunta planteada, por lo que no se les interrumpió, sino más bien, se les permitió desarrollar cada respuesta de manera libre.

Los métodos utilizados para el análisis de la información se basaron en la teoría fundamentada utilizando la codificación abierta y axial. De esta forma se buscó identificar y relacionar diversas dimensiones de la problemática estudiada y lograr una integración de los conocimientos para abordarla. Cabe destacar que este enfoque permite aplicar una serie de pautas analíticas flexibles para recolectar datos y elaborar hipótesis inductivas a través de niveles sucesivos de análisis de datos y de desarrollo conceptual. Junto con esto, alienta a quienes investigan a

mantenerse cerca de las realidades que estudia, ya que destaca que la información obtenida debe estar en concordancia con su contexto social y por ende, se le dió énfasis a la producción de lenguaje (Guba y Lincoln, 2002). Para la codificación abierta se identificaron conceptos y se descubrieron en los datos sus propiedades y dimensiones. Luego en la codificación axial se relacionaron las categorías y subcategorías encontradas según sus propiedades y dimensiones, y se evaluó cómo se entrecruzan y vinculan (Strauss y Corbin, 2002).

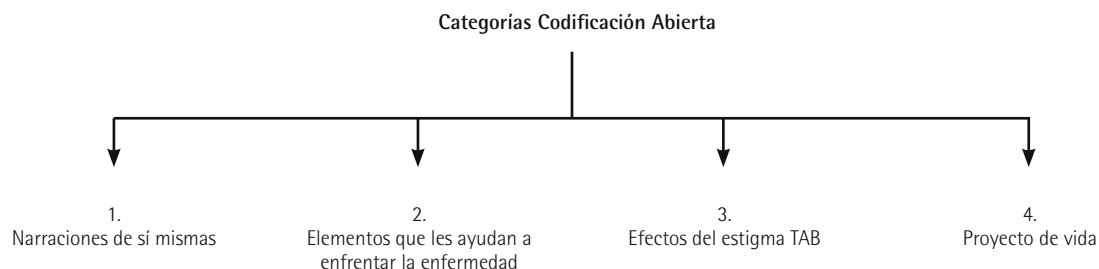
Resultados

Los datos recabados según las entrevistas fueron primeramente analizados por medio de la codificación abierta. En este sentido, se identificaron cuatro categorías transversales de pesquisar, las cuales además atañen a elementos que figuran como subcategorías y códigos relevantes. Luego, se utilizó la codificación axial para establecer relaciones entre lo distinguido en la primera parte del análisis –categorías, subcategorías y códigos– para así dar cuenta de la co-existencia entre dos grupos de experiencias predominantes.

Resultados descriptivos

A partir del análisis de las entrevistas, se evidenciaron cuatro ejes principales: narraciones de sí mismas, elementos que facilitan el afrontar la enfermedad, efectos del estigma del TAB y proyecto de vida (Ver Figura 1).

Figura 1
Categorías Codificación Abierta



Categorías codificación abierta

La primera categoría corresponde a las *narraciones de sí mismas* (Ver Figura 2), y dentro de ella se observa como subcategoría las Narraciones de sí mismas no asociadas al TAB que incluye elementos de la percepción de las participantes sobre sí mismas que no se encuentran atravesadas por el diagnóstico.

Es relevante mencionar que sólo tres de las entrevistadas dan cuenta de estas características. Dentro de ellas se encuentra el ser: generosa, "matea" (estudiosa), trabajadora, mamá, empática, sensible, víctima, capaz de escuchar, etc. Por otro lado, también se evidencian Narraciones de sí mismas asociadas al TAB. Esta subcategoría incluye elementos que dan cuenta de la per-

cepción que las entrevistadas tienen de sí mismas y cómo estas formas de narrarse y de narrar sus vidas se ven influenciadas por el diagnóstico o las distintas fases del TAB. En primer lugar, se observa el impacto del conocimiento del diagnóstico en las narraciones de sí mismas, que lleva a las mujeres a cuestionar su identidad, el cómo las ven los otros y sus propias capacidades. En segundo lugar, manifiestan dificultades asociadas al diagnóstico que influyen en su autoconcepto y su forma de narrar su vida. Entre ellas se encuentran: riesgos de hospitalización y pérdida de independencia, inestabilidad en el ámbito académ-

mico-laboral, relaciones sexoafectivas temerarias y conflictivas, limitaciones y sentimientos de discontinuidad. Por último, dan cuenta de diferencias en su forma de narrarse a sí misma en las fases depresivas y maníacas o hipomaniacas. En las fases depresivas se identifican como alguien: triste, depresiva, desesperada, una carga, aislada y una persona que no merece cosas positivas. Mientras que en las fases maníacas o hipomaniacas se encuentran características como: hermosa, extrovertida, curiosa, creativa, simpática, superior y fuerte. También se describen como personas que se involucran en problemas y tienen malos hábitos.

Figura 2
Narraciones de sí mismas

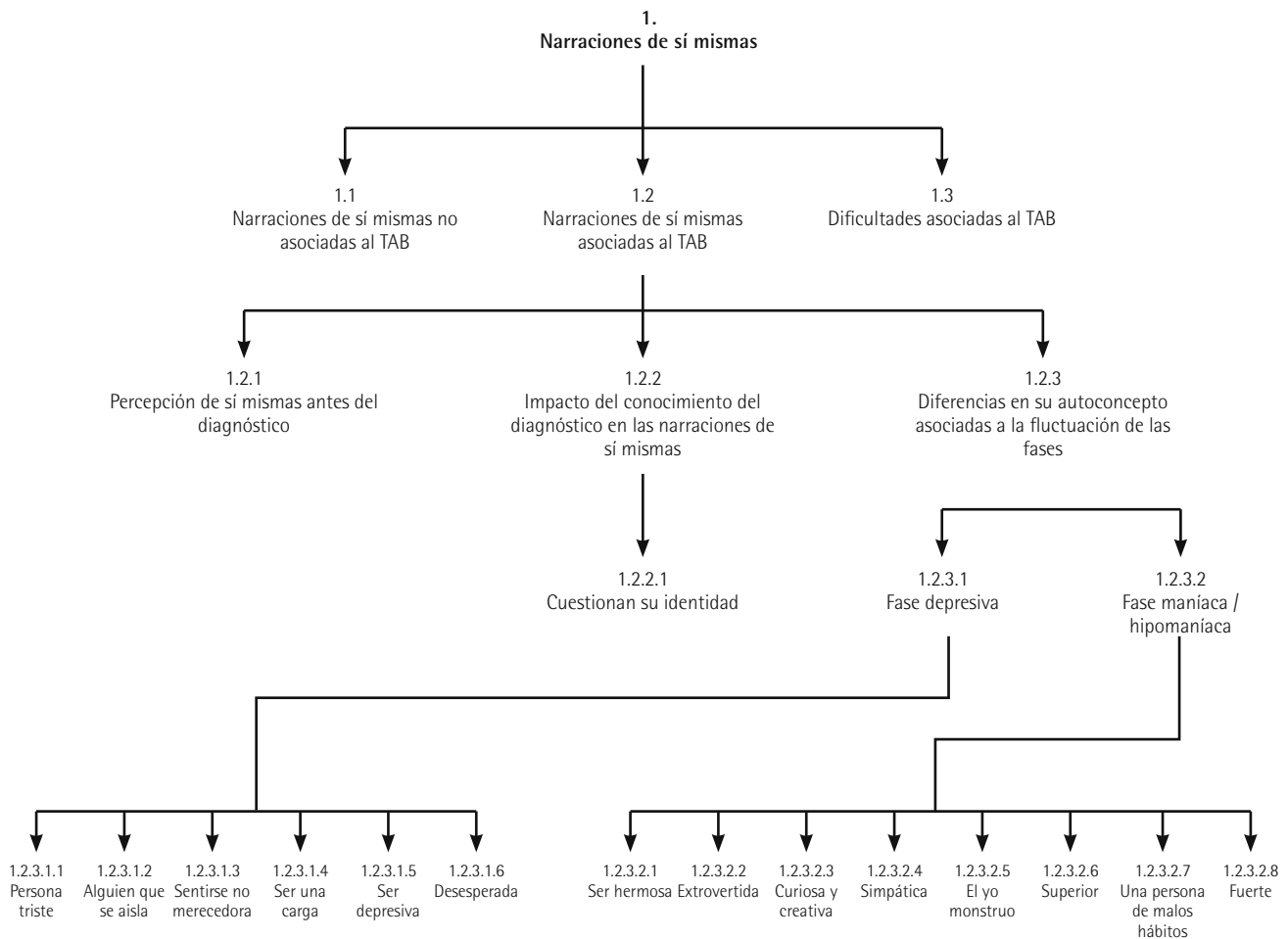
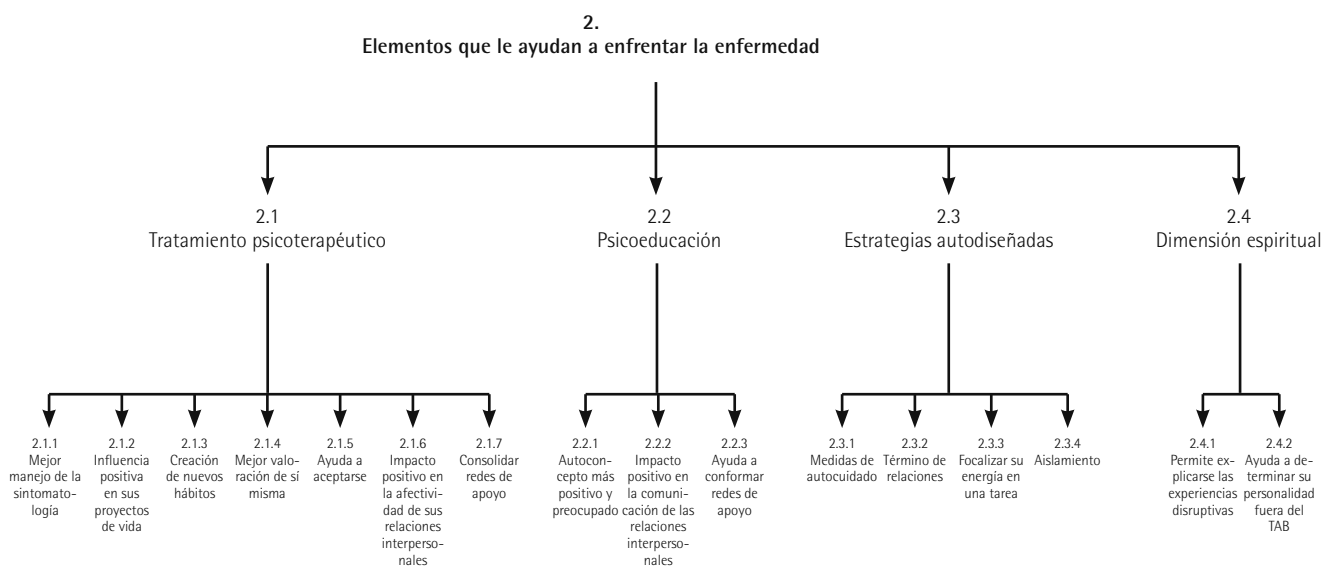


Figura 3
Elementos que le ayudan a enfrentar la enfermedad



La segunda categoría emergente de la codificación abierta son los *elementos que les ayudan a enfrentar la enfermedad* (Ver Figura 3), la cual ilustra algunas de las estrategias utilizadas para el manejo y afrontamiento de la enfermedad. Esta categoría incluye aspectos ligados al tratamiento psicoterapéutico, la psicoeducación y concepciones espirituales vinculadas al entendimiento de las experiencias. En la subcategoría de tratamiento psicoterapéutico se plantea que este ha influido en un mejor manejo de la sintomatología, una mejor valoración de sí misma, una influencia positiva en sus proyectos de vida, la creación de nuevos hábitos y la consolidación de redes de apoyo. Además, les ha ayudado a aceptarse y ha generado un impacto positivo en la afectividad de sus relaciones interpersonales. En la subcategoría de psicoeducación se plantea que esta ha generado un autoconcepto más positivo y preocupado, ha ayudado a conformar redes de apoyo y ha tenido un impacto positivo en la comunicación de las relaciones interpersonales. En la subcategoría de estrategias autodiseñadas se exponen medidas de autocuidado, la focalización de energía en una tarea, el aislamiento y el término de relaciones. Por último, en la subcategoría de dimensión espiritual se explicita que esta permite explicarse las experiencias disruptivas y ayuda a determinar su personalidad fuera del TAB.

La tercera categoría corresponde a los *efectos del estigma adyacente al TAB* (Ver Figura 4) respecto a distintos aspectos de la vida de las participantes, que influyen en tres dimensiones. En primer lugar, en las relaciones interpersonales de las entrevistas,

en donde se ven involucrados factores como la etiqueta social y/o asociaciones del diagnóstico TAB con la locura. Por otro lado, se encuentran efectos asociados al ámbito académico y/o laboral en donde el estigma dificulta la inserción y genera, en algunos casos, sentimientos de inseguridad respecto a sus capacidades. Por último, se encuentra el manejo de la divulgación del diagnóstico que lleva a algunas entrevistadas a sentir que deben ocultar su diagnóstico o tener temor a que éste se difunda.

La cuarta categoría corresponde al *proyecto de vida* (Ver Figura 5), y abarca la manera en la cual las entrevistadas se ven o desean verse a sí mismas en el futuro. Algunas de ellas expresan dificultades en la proyección de ciertos ámbitos, otras afirman tajantemente que no son capaces de visualizarse en un futuro, así como también se comenta que preferirían haber tenido otra enfermedad. Además parte de las entrevistadas expresan deseos en torno a distintos ámbitos como su familia, relaciones sexo-afectivas, elementos académico-laborales y su diagnóstico. Asimismo, se alude a la dimensión espiritual, la cual influye marcadamente en algunos de los anhelos, como por ejemplo la motivación de viajar con el objetivo de meditar. Por último, en lo que refiere al ámbito familiar, específicamente a la maternidad, manifiestan temor por el factor genético del TAB ya que existe la posibilidad de lo que algunas identifican como "contaminar" a sus hijos o hijas. Es decir, que hereden el mismo diagnóstico; lo cual también figura como un factor determinante en la decisión de ser o no ser madres para ciertas participantes.

Figura 4
Elementos del estigma TAB

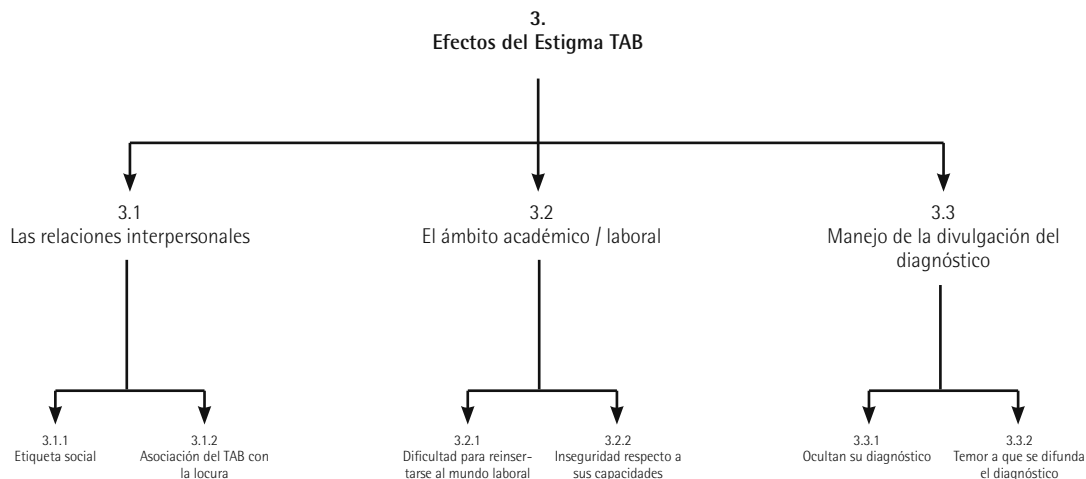
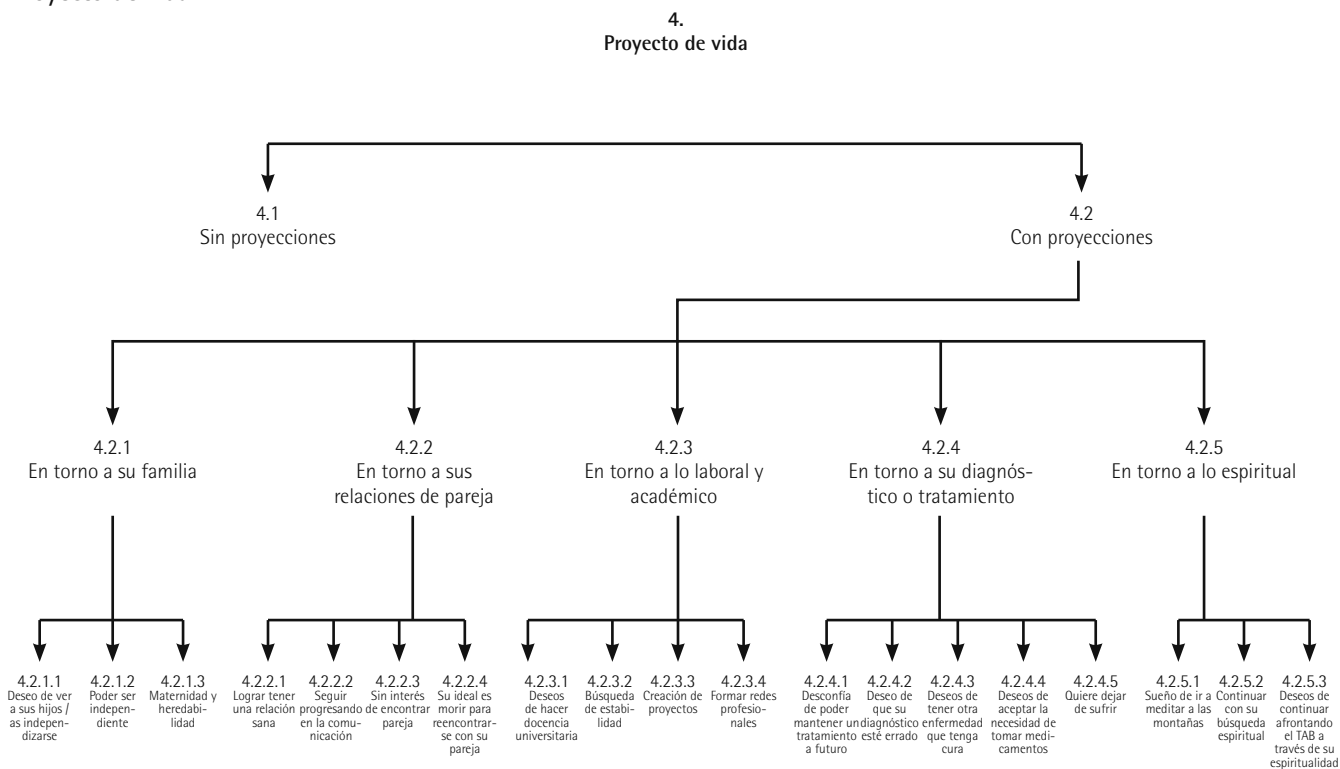


Figura 5
Proyecto de vida



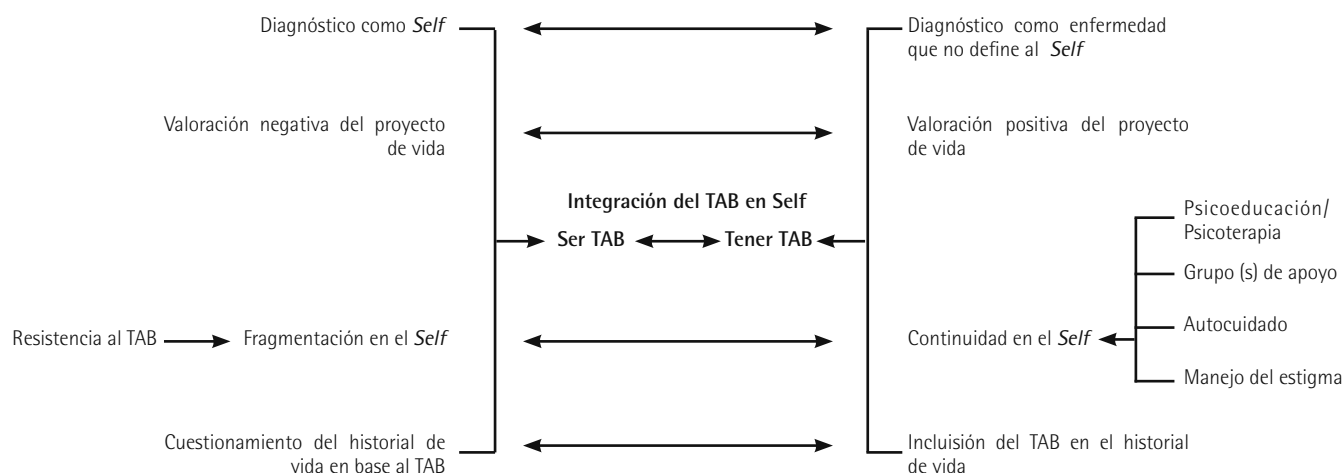
Resultados relacionales

A partir de las entrevistas realizadas y las categorías propuestas en la codificación abierta se pesquisa un elemento transversal en lo narrado por las participantes que se ha denominado: "Ser TAB o Tener TAB", cuyo eje radica en las experiencias de integración del diagnóstico como parte de su *self*. De esta manera, se logran identificar ciertas relaciones de acuerdo a dos vivencias predominantes que se han agrupado en dos grupos (Ver Figura 6).

El primer grupo "Ser TAB" se caracteriza por la dificultad de conciliar e integrar el diagnóstico en su *self* teniendo de manera generalizada los aspectos que las conforman. Se cree que las participantes en cuestión intentan separar al TAB de sí mismas con el fin de evitar la posible fragmentación de su *self*. Para esto, utilizan elementos que en su base se configuran por medio de indicios de resistencia a la idea de tener la enfermedad, lo cual no evita que influya transversalmente en los elementos inherentes al *self*. Como consecuencia de lo expuesto, el TAB es un factor determinante en sus vivencias y son incapaces de describirse fuera de su condición. Por ejemplo, una de las entrevistadas manifiesta que todavía le cuesta asumir su diagnóstico y comenta: «no sé hasta qué punto mi personalidad se ve teñida desde que estoy con esta enfermedad (...) Antes de eso yo me definía como una persona tranquila (...) pero una

vez que me diagnostican es como: "¿Realmente soy eso?" (...) Como que no sé hasta qué punto soy lo que soy» (E. I, p.14). Asimismo, otra de las mujeres pertenecientes a esta subdivisión, cuestiona su historia vital en base a su diagnóstico y describe: «Todo lo asocio al TAB, porque (...) todas las decisiones importantes las tomé en una condición (...) mental como alterada» (E. V, p. 51). Además, se asocia que las participantes del Grupo "Ser TAB" utilizan elementos adyacentes a la enfermedad como eje definitorio en la comprensión de sí mismas. Según lo dicho, aparecen frases como: "¿Realmente soy así de cambiante o así de lunática?" (E. I, p. 14) o características como "impredecible", "triste" e "inestable" para describirse; mientras que a su vez se aprecia la narración de una participante que ha comenzado un proceso terapéutico que menciona: "quedé un poco huérfana de tratamiento y de buena terapia y todavía tengo en mi cabeza todas esas dudas de si mis comportamientos son parte de mi personalidad o no" (E. V, p. 55). Además, se encuentra que la proyección a futuro de las mujeres del grupo "Ser TAB", se basa en una percepción negativa de las posibilidades y la dificultad de verse a sí mismas en situaciones venideras; sin embargo se reconoce un matiz en la participante que inició un tratamiento psicoterapéutico que le hace sentido, puesto que a pesar de que menciona que se le dificulta proyectarse, presenta deseos concretos para su futuro. Por ejemplo, desea tener una relación sexo-afectiva sana no teñida por la enfermedad y lograr ser funcional para mantener un trabajo estable.

Figura 6
Fenómeno "Ser o Tener TAB"



Como última distinción importante, surge el rol de la psicoeducación y psicoterapia como herramientas fundamentales para conformar su identidad con el diagnóstico como parte de ésta. Las participantes afirman que el aumentar sus conocimientos sobre el TAB y encontrar una terapia que les hiciera sentido en sus vidas las ayudó a aceptar el diagnóstico, disminuir las sensaciones de incapacidad y desesperanza, además de impulsarlas a luchar colectivamente en contra del estigma por una vida digna con la enfermedad. Una de las participantes afirma: "Me considero parte de como, por así decirlo, de una disidencia. Pero una disidencia que está luchando cada vez más por sus derechos, por ser reconocida" (E. III, p. 159). Agrega: «Para mí lo personal es político, aunque suene cliché (...) mi ideal de luchar por esto era aplanar el estigma (...) Me di cuenta que hay que luchar por las dos caras. No solo hay que decir: La gente está eutímica y podemos ser una persona "normal". Si no que también hay que luchar y comprender a las personas que por ejemplo tienen carnet de discapacidad por el TAB» (E. III, p. 24).

Por otro lado, el segundo grupo, denominado "Tener TAB" se distingue por concertar el diagnóstico como una enfermedad que es una parte de su *self*. Las participantes que responden a esta agrupación son capaces de determinar dimensiones de sí mismas independientes al trastorno y si bien las descripciones que tienen de sí mismas varían de acuerdo a la fase anímica en que se encuentran, no se reconocen ni definen a partir de estos cambios. Por ejemplo, una de las entrevistadas afirma: "ya llevo varios años dejando de identificarme con que soy bipolar sino que tengo TAB y yo siento que eso me cambió mucho todo, todo, porque (...) realmente ocupaba mucho tiempo de mi vida como sentir los síntomas de la bipolaridad, entonces, llegar a esa estabilidad te lleva a desligarte un poquito del diagnóstico" (E. IV, p. 14).

Junto con lo anterior, se encuentra que participan o tienen contacto con grupos comunitarios relacionados al TAB, los que al mismo tiempo forman parte de sus redes de apoyo. Mencionan: "Nadie te entiende mejor que otra persona que ha vivido exactamente lo mismo" (E. III, p. 45). De este modo, tanto compartir espacios con grupos TAB, como tener una red de apoyo consolidada; funcionan como medidas de autocuidado, no solo por un sentido sostenedor, sino también por la posibilidad de reconocerse con otros/as. De esta manera, en base a su red de apoyo en grupos TAB hay personas que afirman "tú puedes acceder a ellos. De repente si alguien se siente mal, hacemos redes" (E. II, p. 47). La psicoterapia y psicoeducación también se posicionan como factores importantes para enfrentar la enfermedad. Estos son dos de los mecanismos mayormente utilizados por las participantes del grupo "Tener TAB", quienes además recalcan su efectividad y relevancia para conciliar su vida con una enfermedad crónica. En relación a lo mencionado, se asocia que los

efectos de la psicoterapia van de la mano con la connotación positiva o la dotación de sentido por parte de quienes asisten. Otro efecto a partir de lo antedicho es la manera por la cual manejan el estigma alrededor del TAB, ya que si bien en un inicio concuerdan en que este les afectó, actualmente se pueden diferenciar de las nociones estigmatizadas y emplean técnicas para enfrentarlo. Como último elemento, se encuentra que las participantes del grupo en cuestión coinciden en la valoración positiva de su futuro.

Conclusión y Discusión

Como respuesta a la pregunta "¿Cómo influye el Trastorno Afectivo Bipolar en la construcción del *self* de mujeres chilenas diagnosticadas con TAB I o II?" encontramos que existen diversos efectos del TAB I o II en la construcción del *self*, los cuales se pueden clasificar en base a si la participante se encuentra dentro del grupo "Ser TAB" o "Tener TAB". Las entrevistadas que conforman el grupo "Ser TAB" ven influenciadas por su diagnóstico todas las dimensiones de su *self*. En primer lugar, se observa que la dimensión de percepción se ve atravesada por cuestionamientos sobre sus características identitarias, además de poseer versiones distintas y contrarias de sí mismas de acuerdo con la fase anímica en la que se encuentran. En segundo lugar, la dimensión de memoria autobiográfica también se encuentra atravesada por incertidumbre y preguntas sobre quiénes eran realmente, dificultando la integración de experiencias pasadas. A partir de estos efectos del diagnóstico en las dimensiones mencionadas se producen sensaciones de discontinuidad y fragmentación, lo que afecta a la coherencia del *self*. Por último, en la dimensión de proyección, se evidencia que el no poder conciliar su pasado y definirse a sí mismas fuera de la enfermedad, conlleva dificultades para poder construir un futuro, el cual se observa como incierto y fuera de su control.

Por otro lado, en el grupo "Tener TAB", el diagnóstico influye en su dimensión de percepción al integrarse como una arista de su identidad. El que esta dimensión no se conforme a partir de las diferencias entre las fases anímicas lleva a que la coherencia no se vea tan afectada como en el grupo anterior. Además, debido a que la sensación de incertidumbre generada por las contradicciones entre fases es menor, la dimensión de proyección se ve menos afectada que en las participantes "Ser TAB", lo que se visualiza en la capacidad de tener proyectos de vida.

Durante el desarrollo del estudio se presentó una dificultad al analizar los relatos de las participantes que se encontraban atravesando por estados de manía o depresión. Esto es ya que sus experiencias parecían teñirse por emociones polarizadas predominantes de desesperanza o euforia, se presentaban cambios abruptos de tema y/o no se respondían las preguntas. A

partir de lo manifestado, el proceso de análisis requirió de discusiones minuciosas y mayor supervisión.

Respecto al alcance de la investigación, se estima que el fenómeno estudiado es sumamente complejo. Se debe recalcar que la investigación en cuestión exploró las situaciones particulares de las participantes, lo cual brindó información específica sobre su realidad social y por lo mismo, no se busca que los resultados sean universales. De este modo, a partir de lo recabado en el estudio, el equipo investigador reflexiona que se debe entender al *self* como un elemento constitutivo de las personas, el cual abarca elementos idiosincráticos ligados al contexto en el que se desenvuelve, por lo que se toma como eje que las experiencias del estudio radican en Chile. Un elemento contextual relevante que se vislumbra transversalmente en los discursos de

las participantes es el marco económico y social del país, donde el modelo neoliberal ha tenido diversas consecuencias como la falta de acceso a salud mental de calidad, la necesidad de mantenerse productivos laboralmente a costa de su estabilidad y el individualismo.

Por último, como un elemento importante a investigar en futuros estudios surge una interrogante en torno a las experiencias singulares de maternidad en mujeres diagnosticadas, ya que ambos grupos estudiados mencionan preocupaciones sobre el futuro de sus hijos/as debido al diagnóstico, lo que lleva a un énfasis sobre la heredabilidad de la enfermedad. Incluso algunas participantes afirman que tienen miedo de "contaminar" a sus hijos/as con la enfermedad, siendo esto visto como algo negativo en sus vidas familiares.

Referencias

- Cardenal Hernández, V (2005). Personalidad, self y salud. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, (7), 35-43, 1138-2635. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271020873004>
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. A. Denman & J. A Haro. (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). México: El Colegio de Sonora.
- Holm, T., Pillemer, D. B., Bliksted, V., & Thomsen, D. K. (2017). A decline in self-defining memories following a diagnosis of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.03.014>
- Inder, M., Crowe, M., Moor, S., Luty, S., Carter, J., & Joyce, P. (2008). "I Actually Don't Know Who I Am": The Impact of Bipolar Disorder on the Development of Self. *Psychiatry: Guilford Press*.
- Ricarte, J. J., Ros, L., Latorre, J. M., & Watkins, E. (2017). Mapping autobiographical memory in schizophrenia: Clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 51, 96-108. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.004>
- Singer, J. A. & Salovey, P. (1993). *The remembered self: Emotion and memory in personality*. New-York: Free Press.
- Smyth, K. (2017). *Understanding the Experience of Early-Onset Bipolar Disorder: A Phenomenological Study of Emerging Adults* [Tesis de Doctorado, University of South Florida]. Scholar Commons <https://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=8150&context=etd>
- Strauss & Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tse, S., Yuen, Y.M., & Suto, M. (2014). Expected Possible Selves and Coping Skills among Young and Middle-aged Adults with Bipolar Disorder. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 117-124. <http://search.ebs-cohost.com.sibudp.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=98690801&lang=es&site=ehost-live>
- Vázquez, G. H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate*, 14(2), 9-24. <https://doi.org/10.18682/pd.v14i2.3531> *Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 123-133. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.123>
- Marcús, J. (2011). Apuntes sobre el concepto de identidad. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(1), 107-114. <https://www.intersticios.es/article/view/6330/5750>
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/db-835d0231c5115fe0400101640126b7.pdf>
- Ober, B. (2018). Identity, Bipolar Disorder, and the Problem of Self-Narration in Kay Redfield Jamison's *An Unquiet Mind* and Ellen Forney's *Marbles*. *Journal of Medical Humanities*, 40(2), 141-154. <https://doi.org/10.1007/s10912-018-9508-2>
- Ramírez, B. (2017). La identidad como construcción de sentido. *Andamios*, 14(33), 195-216. <https://doi.org/10.29092/uacm.v14i33.551>
- Raucher-Chéné, D., Berna, F., Vucurovic, K., Barrière, S., Van Der Linden, M., Kaladjian, A., & Cuervo-Lombard, C. (2021). How to project oneself without positive and integrated memories? Exploration of self-defining memories and future projections in bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103817. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103817>
- Retamal, P. (2018). La enfermedad bipolar: una guía para conocerla y enfrentarla. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/159335>
- Robins, R., Norem, J., & Cheek, J. (1999). Naturalizing the self. En O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (p. 443-458). The