

**Narrativas biográficas de personas adultas con trastorno bipolar de la región de La
Araucanía**

Jorge Velásquez Ayala¹

¹Magíster en Terapia Familiar Sistémica, Universidad de La Frontera

Nota del autor

Correspondencia sobre este artículo debe ser enviada a Jorge Velásquez Ayala,
Departamento de Psicología, Universidad de la Frontera, Montevideo 0830, Temuco, Chile.
Correo electrónico: jorge.velasquez.psi@gmail.com

Resumen

La literatura describe la dificultad para diferenciar el yo (self), del diagnóstico de trastorno bipolar. No obstante, hay menos investigaciones que aporten en la comprensión de cómo se consolida esta difusa diferenciación entre el self y el diagnóstico en la narrativa de estas personas. Esta investigación tiene por objetivo interpretar las narrativas que dan cuenta del proceso de diferenciación entre el self y el diagnóstico en la biografía de personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía. La metodología cualitativo-interpretativa se centra en el enfoque narrativo biográfico de Rosenthal (2018), con un diseño descriptivo. La muestra teórica consta de 8 participantes, seleccionada mediante un muestreo teórico. Se utiliza como técnica de recolección de datos la entrevista narrativa biográfica. Los resultados evidencian en las biografías revisadas que las narrativas del self son dinámicas en el transcurso del desarrollo vital, pudiendo el diagnóstico acoplarse o no como un elemento central en la identidad, en un proceso continuo, en el que puede haber distintas variables, relacionadas tanto a factores individuales, familiares y sociales. Se interpreta una tendencia a resistir al estigma ligado a la narrativa bipolar desde la resignificación y validación de narrativas del self que pueden constituirse como elementos identitarios, lo que puede facilitar una integración del diagnóstico diferenciada del self. Finalmente, la identificación surge cuando la organización que proporciona el diagnóstico pareciera cobrar un peso explicativo de las experiencias previas más totalizante, en biografías de quienes presentan una visión menos enriquecida del self.

Palabras clave: Trastorno bipolar, Narrativas biográficas, Diagnóstico, Terapia Familiar Sistémica, Investigación cualitativa

Abstract

The literature describes the difficulty in differentiating the self from the diagnosis of bipolar disorder. However, there is less research that contributes to the understanding of how this diffuse differentiation between the self and the diagnosis is consolidated in the narrative of these people. This research aims to interpret the narratives that account for the process of differentiation between the self and the diagnosis in the biography of adults with bipolar disorder in the region of La Araucanía. The qualitative-interpretive methodology focuses on Rosenthal's (2018) biographical narrative approach, with a descriptive design. The theoretical sample consists of 8 participants, selected through theoretical sampling. The biographical narrative interview is used as a data collection technique. The results show in the biographies reviewed that the narratives of the self are dynamic in the course of vital development, and the diagnosis may or may not be coupled as a central element in the identity, in a continuous process, in which there may be different variables, related both to individual, family and social factors. A tendency to resist the stigma linked to the bipolar narrative is interpreted from the resignification and validation of self-narratives that can be constituted as identity elements, which can facilitate a differentiated diagnostic integration of the self. Finally, identification arises when the organization that provides the diagnosis seems to gain more explanatory weight from the previous experiences in the biographies of those who present a less enriched vision of the self.

Keywords: Bipolar disorder, Biographical narratives, Diagnosis, Systemic Family Therapy, Qualitative research

Narrativas biográficas de personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía

El diagnóstico de trastorno bipolar

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición, en adelante DSM-V, se describe el trastorno bipolar como una patología caracterizada por periodos marcados de fluctuación entre altas y bajas en el estado anímico, la actividad y de la energía, los cuales en algún punto causan un deterioro importante en el funcionamiento de la persona (APA, 2013).

El trastorno bipolar previamente categorizado dentro de los trastornos del estado del ánimo (APA, 1997), actualmente se encuentra dentro del apartado: Trastorno bipolar y trastornos relacionados, en el DSM-V (APA, 2013). Este cambio generó controversia, junto con la modificación de algunos criterios, como por ejemplo, la eliminación de la presencia de episodios mixtos, en su lugar se introduce un nuevo especificador, denominado con características mixtas. Por un lado, se argumenta lo confuso que resulta este cambio en relación a los diagnósticos establecidos previamente, los cuales varían significativamente en su prevalencia. Mientras que por otro lado, se defiende esto, bajo la argumentación de que el cambio facilita la detección y diagnóstico de consultantes con depresión, en riesgo de desarrollar episodios del trastorno bipolar. En este sentido, se aproxima a la comprensión de un continuo entre el polo depresivo y maníaco. (Salinas *et al.*, 2014).

En los últimos años se ha discutido en torno a la pertinencia de hablar de un espectro bipolar que incorpore los demás trastornos cíclicos, como la ciclotimia, depresiones atípicas, estacionales, entre otros (Ivanovic-Zuvic *et al.*, 2007). Sumado a esto, sin reunir evidencia suficiente, además se evalúa una reconceptualización del trastorno limítrofe de personalidad

(TLP) o borderline, a partir de la frecuente comorbilidad con el trastorno bipolar, basándose principalmente en la suposición de que la labilidad emocional y los comportamientos impulsivos, derivan de genes compartidos en ambos trastornos, propuesta que no genera consenso en la comunidad médica y científica (Luna, 2007).

Las modificaciones en la tipología y falta de acuerdo en la comunidad científica podrían dar cuenta de la complejidad en el abordaje del trastorno y el dinamismo en la comprensión que se tiene respecto a la enfermedad mental de acuerdo al contexto sociohistórico. Desde la comprensión sistémica, se asume el principio epistemológico de la cibernética de segundo orden (Von Foerster, 1973), en el que el observador es parte de lo observado, por lo que el diálogo que se da al momento de realizar un diagnóstico se encuentra de una u otra manera permeado por la perspectiva y en consiguiente, del contexto y tiempo en el que este se realiza. Contexto que sitúa la comprensión de funcionalidad de la persona en la vida cotidiana, lo que se considera normal o no para una época determinada (Schutz, 2001), lo que puede influir además en la comprensión de la enfermedad mental. Esto es relevante al considerar la función interpretativa del observador, ya sea profesional de salud o la misma familia, al momento de posicionar a una persona dentro de una categoría diagnóstica que dé explicación al malestar expresado. Lo que se entendía por trastorno bipolar hace décadas, es distinto a lo que se comprende hoy, y lo será a lo que se comprenderá en el futuro.

El DSM-V (APA, 2013) establece los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar, distinguiendo el trastorno bipolar tipo I y tipo II. En el trastorno bipolar tipo I, es necesario un episodio maníaco para su diagnóstico, con la posibilidad de episodios previos o futuros tanto hipomaníacos o depresivo mayor. Mientras que para el trastorno bipolar tipo II, se establece como criterio, además de la presencia de un episodio hipomaníaco, la necesaria presencia actual

o pasada en la biografía del consultante de algún episodio depresivo mayor. El CIE-11 (OMS, 2019) comparte la definición en esencia, manteniendo además la posible presencia de episodios mixtos.

Los episodios maníacos están caracterizados como un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal y persistente de la actividad o energía dirigida a un objetivo, con una duración de al menos una semana y de cuatro días en el caso de la hipomanía, en conjunto a síntomas que representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo que impliquen un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas, estos cambios deben ser observables para otras personas. Solo en el estado maníaco, la alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, y para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o por la presencia de características psicóticas. En el caso del episodio de depresión mayor, este es definido fundamentalmente por la presencia de un estado de ánimo deprimido. El periodo de duración de este estado de ánimo debe ser por la mayor parte del día, casi todos los días, en conjunto, o de forma independiente a una disminución importante del interés o placer, por al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas que impliquen un malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (APA, 2013).

Al retomar las ideas desarrolladas previamente en relación al observador y su contexto, éste será en última instancia quien determine lo adaptativo o no que resulta el episodio dentro del polo de la manía, lo que repercute en la clasificación del tipo I, II, o bien, ante la presencia de sintomatología psicótica, determinar si cumple con características suficientes para situarlo en

otra categoría diagnóstica como lo pudiese ser inclusive la esquizofrenia. Por lo que desde esta perspectiva es relevante destacar el rol del observador respecto al establecimiento del diagnóstico.

Según los resultados presentados por Kohn *et al.* (2005) la prevalencia de trastorno bipolar en Chile es de un 1,4%, de esta población, se estima que un 50,2% no recibe tratamiento. Adicionalmente, los datos indican que es más frecuente en mujeres que en hombres con un 2,1% en relación a un 0,7%, respectivamente. La prevalencia está por sobre la media de América Latina y el Caribe con un 0,7%. Según los datos recabados por el Ministerio de Salud, en adelante MINSAL (2013), la edad promedio del diagnóstico es a los 21 años, con un intervalo de 5 a 10 años para el inicio del tratamiento, siendo el inicio temprano asociado al género femenino.

En relación a los datos presentados, es relevante considerar la alta cantidad de población diagnosticada que no recibe tratamiento. Respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico en consultantes con trastorno bipolar, en revisiones sistemáticas se ha descrito como factor relevante las creencias respecto a la salud, entre las que destacan, la percepción de severidad respecto a la enfermedad, interpretaciones personales de ésta y la negación de la misma, además de creencias negativas respecto a los medicamentos (Kronewitter & Expósito, 2020). Como también se asocia a la adherencia, una alta autoeficacia y locus de control interno (Marrero *et al.*, 2020). Lo que se muestra también en la investigación realizada por Averous *et al.* (2018), los resultados de este estudio indican que las percepciones positivas respecto al control del tratamiento se asocian a una mayor adherencia.

Lo anterior es relevante, además, al considerar que, a causa de la crisis sanitaria, en Chile se vieron restringidas las prestaciones en salud mental (Madariaga & Oyarce, 2020), lo que pudo

incidir en la brecha de personas que reciben tratamiento y las que no, brecha que previa a la pandemia ya era preocupantemente elevada.

Etiología biologicista y comprensión relacional

Respecto a la etiología, la literatura refiere que el trastorno bipolar es asociado tanto a una predisposición genética, como también a causas ambientales las cuales pueden desencadenar la manifestación del trastorno, estas últimas no atribuidas como causa (Gonçalves & Soratto, 2016), como si ha sido descrita la influencia ejercida por factores genéticos (Tsuang & Faraone, 1990; Tsuang *et al.*, 2004). García (2013) resume que la familia puede contribuir como factor protector del trastorno bipolar mediante un soporte adecuado, así como también en la mantención, respecto al funcionamiento familiar, precipitar episodios depresivos o maníacos, además, se ha estudiado como factor predisponente a partir de prácticas parentales, que pudiesen aumentar el riesgo de problemas psicosociales, en personas con un riesgo genético más elevado que la población general. Marcando una transmisión intergeneracional, no necesariamente genética.

Desde la psicopatología relacional, Linares (2007) sitúa el trastorno bipolar dentro de los trastornos depresivos (ver Anexo A), caracterizados por una pauta relacional presidida fundamentalmente por la exigencia y la falta de valoración o descalificación. A partir de esto, Linares organiza estos trastornos en el territorio de las familias deprivadoras (ver Anexo B), las cuales suelen replicar pautas hipercríticas y de rechazo. El trastorno bipolar mantiene además una conyugalidad disarmónica, a diferencia de las familias depresivas, las cuales presentan una conyugalidad armónica y una parentalidad deteriorada. Adentrándose a su vez, en el territorio de las familias caotizantes, las cuales presentan una conyugalidad disarmónica en conjunto a una parentalidad deteriorada, caracterizadas principalmente por carenciales condiciones de base, en

las que es posible que se presenten diversas eventualidades, teniendo una forma imprevisible de estimular los recursos del ecosistema, en las que lxs¹ hijxs, pueden verse sometidos a desapego, irritación y rechazo, existiendo el riesgo de que sean víctimas de diversas modalidades de maltrato físico (Linares & Soriano, 2013).

Narrar la bipolaridad

Ngazimbi *et al.* (2008) describen la efectividad de la terapia narrativa para consultantes con trastorno bipolar, permitiéndoles vidas más satisfactorias, más allá de la saturada por el problema y la influencia de la etiqueta diagnóstica. Al referirse a narrativas, es ineludible referenciar el aporte realizado en el trabajo de White y Epston, quienes desarrollan un modelo terapéutico basado en la construcción de relatos alternativos (White & Epston, 1993), modelo en el que se utiliza la analogía del texto como metáfora explicativa del proceso terapéutico, en el que el consultante reescribe su historia en el transcurso de la terapia, proceso en el cual se reorienta la narrativa actual en la que el problema suele mantener un sentido predominante (Montesano, 2012). White, desarrolla la idea de que gran parte de la experiencia vivida queda inevitablemente fuera del relato dominante, aspectos que constituyen una fuente, llena de riqueza y fertilidad para la generación, o regeneración de relatos alternativos. (White & Epston, 1993). Chimpén-López, al referirse a la aventura narrativa pone énfasis en la creatividad de co-construir una nueva historia con la persona que tiene delante en la co-creación de la terapia. Menciona además la relevancia de adaptar la intervención al contexto cultural (Chimpén-López & Pacheco,

¹En la presente tesis se emplea el lenguaje inclusivo mediante el uso de la letra X para conferir neutralidad a sustantivos que, gramaticalmente en la lengua española, están definidos en masculino. Esta elección se hace en consideración de economizar el lenguaje y facilitar la lectura, en lugar de optar por incluir términos alternativos en el texto. Asimismo, se busca visibilizar la existencia de personas que no se identifican genéricamente dentro del binomio masculino/femenino y que, de otro modo, no estarían representadas.

2019). Sumado a esto, Moreno (2014) resume que la terapia narrativa es una labor colaborativa en la que lxs consultantes co-construyen nuevas historias acerca de sí mismxs. Se ayuda a las personas a poner fuera los problemas que les afectan para investigar conjuntamente cómo actúan, cómo han surgido y se mantienen. Y también, cuáles son las cualidades, destrezas o recursos personales, relacionales o sociales que contribuyen a mantener esos problemas fuera de sus vidas. Este enfoque se basa en el supuesto de que lxs consultantes tienen capacidades, destrezas y conocimientos que a veces quedan relegados.

Al seguir esta línea de pensamiento y recoger otros aportes de Linares (2012), somos parte de una historia, la cual se reescribe constantemente. Para el autor, se entiende por narrativa la atribución de significados a la experiencia relacional. Afirmo que, en tanto el individuo disponga de más narraciones con múltiples opciones descriptivas a su realidad relacional, más sana será su personalidad. En relación a la identidad, describe que el sujeto elige algunas narraciones para definirse a sí mismx, la cual debiese idealmente limitarse a unas cuantas claramente definidas y delimitadas. Es a partir de esta definición que se utilizará posteriormente en el texto el concepto de narrativas del self, para referirse a la atribución de significados del yo, en distinción de la narrativa desde la que emergen los datos en el ámbito metodológico.

El destino de la personalidad individual se juega acorde a los sistemas de pertenencia, con la familia de origen como primera posición, pero además de esto, la cultura representa la confluencia de narrativas consensuadas en el sistema relacional más amplio, la sociedad (Linares, 2012). Para Foucault (2007) desde la época clásica asistimos en occidente a una profunda transformación de los mecanismos de poder. Introduce el concepto de biopoder, el cual se ocupa tanto de la gestión, directamente sobre los cuerpos, mediante la anatomía política, como también de la especie en su conjunto, mediante la biopolítica. Concepciones del poder que se

ligan fuertemente a la narrativa social respecto a las enfermedades psiquiátricas y el estigma presente sobre ellas. Enfermedades las cuales en su historia están relacionadas al encierro y la vigilancia, como se desarrolla extensamente en la historia de la locura (Foucault, 1998a, 1998b, 1998c).

Antecedentes empíricos de la narrativa bipolar

En cuanto a la revisión de antecedentes empíricos, se consideran relevantes los resultados expuestos por Goldberg (2019), respecto a narrativas de consultantes con trastorno bipolar previas al diagnóstico. Los resultados arrojan que algunas personas se categorizan como depresivas de acuerdo a lo que se entiende popularmente, sin ser una etiqueta satisfactoriamente resolutive, donde el diagnóstico pudo contribuir a organizar esta experiencia. Sin embargo, a la vez surge la categoría de la locura y el miedo a la percepción que se proyecta socialmente del trastorno, imagen que puede ser considerada peligrosa, fenómeno donde se refleja que la depresión es más aceptada que la manía. Además de presentar posteriormente dificultades para diferenciar si sus experiencias internas son normales o bipolares, el temor a mostrar emoción, al poder ser categorizados esos comportamientos como parte de los síntomas, siendo para lxs participantes difícil aferrarse a un sentido de experiencia auténtico. Dificultad para diferenciar el yo de la enfermedad, lo que describen también los resultados de Inder *et al.* (2008). Respecto a la identidad narrativa de consultantes con trastorno bipolar Mai *et al.* (2017) obtuvieron por resultado que las consultantes participantes de la investigación muestran una tendencia a tener una interpretación sesgadamente negativa respecto a sus vivencias pasadas. Sin embargo, no describieron su futuro de manera marcadamente negativa en comparación al grupo control. Pese a lo anterior, mostraron dificultades para concebirse realizándolo, en una proyección temporal más corta.

Respecto a la atención recibida por consultantes con trastornos psiquiátricos graves se encontró en los resultados, la categoría de discriminación y estigma, tanto en el aspecto relacional como estructural de los centros de salud, repercutiendo esta vinculación en la estima y autoconcepto, lo que en su conjunto conduce a que se perciban como incapaces (Cárcamo *et al.*, 2019). Lo que podría ser relevante considerando que la autoeficacia en trastorno bipolar se asocia a una mejor calidad de vida (Smith *et al.*, 2019).

Consultantes con trastorno bipolar tienden a presentar baja calidad de vida, resultados que además sugieren que una identidad narrativa negativa es un marcador general de mala salud psicológica (Mai *et al.*, 2017). Abraham *et al.* (2014) aportan que la mejora en la autoeficacia de pacientes con trastorno bipolar se asocia a la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, independiente a los síntomas y comorbilidades. En la misma línea de mejorar la calidad de vida, Carreño (2021) sintetiza que el apoyo social es un factor que pudiese influir en la reducción del estigma asociado.

La biografía como método de aproximación a la bipolaridad

Respecto al concepto de identidad, a pesar de los intentos de autores por ofrecer una visión más amplia, Rosenthal (1997) refiere a lo rígido que resulta para quienes han tenido procesos socializadores multiculturales, quienes no logran sentirse pertenecientes a una idea lineal de identidad. Toma de ejemplo a Weinreich, quien pone énfasis en el proceso de interpretación y considera que en la identidad reside una tarea de crear continuidad a la historia de vida, a través de informar a los demás lo que soy hoy. Rosenthal contrapesa esta perspectiva, la autora releva que la biografía está genuinamente orientada al proceso, al considerar la temporalidad. La identidad responde a *qué* la está conformando ahora, mientras la biografía se centra en el proceso de *cómo* se constituye. Está presente en el análisis empírico cómo aparece

hoy el pasado, más allá de su interés consciente de presentación y cómo se entienden el presente y futuro.

El análisis de biografías permite aportar en la generación de conocimiento científico alineado a problemáticas sociales que se pueden extraer desde las propias biografías, considerando el vínculo existente entre individuo y sociedad, que se constituye en una red de interdependencias en la que no es posible comprender una sociedad exclusivamente a partir de sus individuos y en la que el individuo solo puede ser comprendido en su convivencia con otros. Como señala Elias (1990) existen funciones dependientes de lo específico de la estructura social en un determinado contexto histórico. Cobra relevancia además el análisis de biografías al permitir metodológicamente identificar mediante el contraste teórico excepciones en la vida vivida a lo considerado normal en cierto periodo sociohistórico, recogiendo a su vez los aportes teóricos de Schutz (2001) quien problematiza la vida cotidiana, la cual está situada en un mundo social y cultural, lo que es seguido por Berger y Luckmann (1999), quienes aportan en la comprensión de la construcción social de la realidad, así describen la interacción entre individuos y la zona próxima a su realidad, la cual es compartida por otros sujetos mediante el lenguaje como medio constituido por la sociedad, en un tiempo determinado.

A partir de lo expuesto hasta el momento es que cobra relevancia la actual investigación, la cual, puede aportar en el campo de la psicología clínica en específico de la terapia familiar sistémica, al entregar nociones de cómo las narrativas del self, entre más amplias o reducidas pueden repercutir en la integración del diagnóstico en la identidad, esto asociado a elementos narrativos presentes en la cultura respecto al trastorno bipolar y a las características sociohistóricas en la que se enmarca la persona, su entorno y los dispositivos de salud. Al tomar, además, la perspectiva biográfica en consideración de las particularidades descritas en las

trayectorias de vida de personas que presentan trastorno bipolar y la comprensión dinámica que se tiene respecto a la psicopatología, cobra sentido considerar el proceso en que se constituyen estas identidades con una posible multiplicidad de complejidades como las trayectorias estudiadas por Rosenthal (1997).

Los resultados obtenidos pueden socializarse para promover una intervención que apunte a fortalecer elementos narrativos alternativos, que permitan al consultante desarrollar un mayor sentido de autoeficacia y, en consecuencia, una mejor calidad de vida, al ampliar el foco que puede estar sobre el diagnóstico y su estigma. Además de implicar una posible asociación a una mayor adherencia al tratamiento. Lo anterior puede ser novedoso, al no contar actualmente con un estudio con estas características en la región o el país, lo que pudiese abrir nuevas líneas de investigación, fortaleciendo de esta manera, el conocimiento científico existente en torno a esta patología, lo que iría en directo beneficio de quienes la padecen. A partir de lo anterior surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son las características que dan cuenta del proceso de diferenciación entre el self y el diagnóstico presente en las biografías de personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía? Y se deriva el objetivo general de la investigación: Interpretar las narrativas que dan cuenta del proceso de diferenciación entre el self y el diagnóstico en la biografía de personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía. Del cual se desprenden los siguientes objetivos específicos:

1. Contrastar las principales narrativas del self, previas y posteriores al diagnóstico de personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía.
2. Identificar las diferencias en el significado entregado al diagnóstico en las personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía.

3. Caracterizar los elementos constitutivos de la identidad, presentes en las personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía.

Método

Diseño

La metodología empleada es cualitativa de tipo interpretativo desde el enfoque narrativo biográfico de Rosenthal (2018), con un diseño descriptivo. Desde este enfoque, el investigador está interesado no sólo en las perspectivas y almacenamiento de conocimiento, sino también en la información latente, el análisis de su conocimiento implícito y la creación interactiva de significados interpretados.

Mediante el uso de estos métodos de recopilación y análisis de datos, es posible averiguar cómo las personas interpretan su mundo y cómo crean este mundo de forma interactiva. En un método reconstructivo y secuencial, la interpretación del texto se basa esencialmente en su propia estructura temporal o forma secuencial. El texto no se aborda en término de categorías predefinidas, siguiendo una lógica abductiva en la reconstrucción de los datos proporcionados y los que emergen. El análisis examina la forma en que está estructurado el texto, y cada secuencia es considerada en su inserción en la forma general del texto, siguiendo principios gestálticos. Esto hace posible descubrir no solo el contenido manifiesto del texto, como en la mayoría de los enfoques de análisis de contenido, sino también su contenido latente, el significado que se oculta entre líneas (Rosenthal, 2018).

El alcance de esta investigación es descriptivo, en tanto ofrece desde diversas perspectivas narraciones que emergen en biografías que permiten dar una interpretación del proceso de diferenciación entre el self y el diagnóstico, investigación situada en la región de La Araucanía.

Participantes

La investigación tuvo una muestra teórica, siguiendo los principios de las narrativas biográficas (Rosenthal, 2018). Esto significa que, al recogerse elementos de la teoría fundamentada, se realizó un análisis en paralelo al proceso de reclutamiento de participantes, lo que permitió caracterizar y contrastar a la muestra a partir de categorías emergentes. En medida que emergieron categorías que se consideraron relevantes, se dictaminó los criterios de inclusión para nueva muestra, teniendo en consideración el delimitarse a los objetivos de investigación para determinar la saturación de datos. Respecto a las características de la muestra, los criterios de inclusión considerados tienen relación con que lxs participantes cumplan con ser personas adultas, que cuenten con diagnóstico de trastorno bipolar y residan en la región de La Araucanía. Se considera como criterio de exclusión inicialmente, que lxs participantes cuenten con la comorbilidad de otro trastorno psiquiátrico grave, lo que eventualmente se flexibiliza a que este no exista hace más de un año. En consideración, por ejemplo, de la alta prevalencia de TLP en consultantes con trastorno bipolar, cercana al 20%, según lo recopilado por Valdivieso-Jiménez (2020), presencia que pudiese alterar la narrativa misma relacionada al trastorno. Respecto al tamaño de la muestra, está compuesta por 8 participantes, siendo estas personas 7 de género femenino y 1 del masculino, quienes tienen una edad media de 30 años.

Técnicas

Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista narrativa biográfica, la cual tiene por propósito producir largas narraciones, incrustadas en una presentación autónoma relacionada con un tema determinado. En la etapa inicial de la entrevista, el trabajo del entrevistador es mantener el flujo de la presentación sin hacer ninguna intervención sustancial. Sólo en la segunda etapa, el período de preguntas, el entrevistador puede realizar preguntas sobre

temas que se han mencionado. En la etapa final, el entrevistador puede hacer preguntas sobre temas que no se han mencionado pero que se consideran relevantes para la investigación. La entrevista narrativa da a lxs entrevistadxs la máxima libertad para presentar sus experiencias a su manera y desarrollar su propia perspectiva con respecto a su vida (Rosenthal, 2018). Se registró la audio-grabación de las mismas con su posterior transcripción y anonimización. Se utilizó también la elaboración de notas de campo y memos de síntesis que permitieron dejar constancia del progreso de la investigación y la elaboración de categorías emergentes para el análisis.

Procedimiento

El muestreo se realizó mediante el contacto con centros asistenciales de salud mental tanto privados como los que se encuentran dentro de la red del servicio público de la región, para, mediante una carta de solicitud, tomar contacto con consultantes que estuviesen siendo atendidxs dentro de la red o en los centros correspondientes, a través de sus respectivxs profesionales tratantes. No se logra acceder a muestra mediante este procedimiento, sin embargo, se realiza un llamado abierto a participar en la investigación a través de los medios digitales institucionales a los que se tuvo acceso. Este proceso permite que, de forma voluntaria, personas interesadas en participar se contacten inicialmente por medio de correo electrónico. A partir de este contacto inicial se les envía una invitación formal a participar de la investigación y un formulario que permite chequear el cumplimiento de los criterios de inclusión, para posteriormente acordar una reunión individual presencial en todos los casos, a excepción de la primera entrevista de pilotaje, la que se realiza de forma remota. En estas reuniones individuales el investigador responsable explica el alcance de la investigación y todo lo referente a la participación en la entrevista, posterior a ello el investigador responsable explica el acta de

consentimiento informado (ver Anexo C). Al tener el acuerdo de participación, se precedió a la realización de la entrevista con cada participante (ver Anexo D).

Resguardos éticos

Además de la existencia y presentación del consentimiento informado (ver Anexo C), previo a la realización de la entrevista se explica, que la misma puede ser detenida en caso que el participante lo estime conveniente e incluso una vez finalizada, el participante tenía la opción de decidir que no se incluya en la investigación. Se consideró también que, en caso de que la participación en la investigación hubiera causado malestar significativo a lxs participantes, el investigador responsable debía ofrecer apoyo adicional después de la entrevista y, si fuera necesario, facilitar la inscripción para recibir atención en la Clínica Psicológica de la Universidad de La Frontera. Las entrevistas fueron anonimizadas tras la transcripción, sin registrar los datos de identificación, y siendo guardados los archivos en una carpeta encriptada en un computador con contraseña, de uso exclusivo del investigador responsable.

Plan de Análisis

En concordancia con el enfoque narrativo biográfico de Rosenthal (2018), se analizan los datos en 3 niveles, respecto a la vida narrada, recordada y vivida, esto a partir de los pasos planteados en su propuesta metodológica. En primera instancia se analizan los datos biográficos, incluyendo eventos personales y datos históricos relevantes del contexto, se analiza la estructura de la auto-presentación y la reconstrucción de la historia de vida narrada, reconstrucción de la vida vivida, microanálisis de segmentos individuales de texto, comparación contrastiva de la historia vivida y la historia narrada, y finalmente se desarrollan tipologías las cuales son contrastadas entre casos.

Resultados

El sistema familiar

Desde el análisis de la vida vivida (Rosenthal, 2018), se identifican experiencias biográficas comunes que se repiten en las narrativas de lxs biógrafxs, a nivel individual y familiar. Experiencias relacionadas con eventos traumáticos o de riesgo durante la infancia o adolescencia, como lo pueden ser vivencias de abuso sexual, violencia intrafamiliar, consumo problemático de alcohol y/o drogas en el sistema parental u otras conductas de riesgo en lxs cuidadores, además de la aparición de psicopatología, principalmente sintomatología depresiva en la adolescencia y de un diagnóstico previo al de trastorno bipolar en la mayoría de los casos.

El malestar individual expresado desde temprana edad puede tener relación con las variables sistémicas presentes en las pautas familiares, las cuales, a su vez, parecieran tener un patrón transgeneracional de sufrimiento, el cual aparece en el relato de manera espontánea u organizado en un significado argumentado respecto a la comprensión del comportamiento familiar.

Y agradezco que haya un tratamiento porque me imagino cómo sería en épocas pasadas po cachai, habitualmente no sé po, a lo mejor hubiera terminado muerto. Y bueno, yo tengo antecedentes de una familia, de una tía que se suicidó, a los 21 años, que era una tía paterna. Y también me doy cuenta, o sea, yo con otra prima que tengo, porque mi papá tiene un hermano de al medio, y esa, ellos dos borrachines siempre. Y yo siento que en realidad lo que les faltaba era acceso a salud mental po cachai, porque no, toda esa manera de ser curado y todo, es cierto, claro, todo el dolor que quizás cargaron con respecto a la muerte de su hermana, o quizás cómo les afectó. Claro era la hermana menor de ellos, cómo les afectó, quizá como un dolor, así que quizá ellos han llevado

toda su vida po. Y yo tengo una prima que es como de mi misma edad y somos súper parecidos po, entonces como que siempre que conversamos asumimos que, como que heredamos nosotros esa parte po así, esa parte así como esa parte más oscura de la familia así como que, y sin criarnos juntos cachai como que somos súper parecidos y sin habernos criado juntos y cuando alguna vez conversamos era como como que asum... esa parte de la familia nos tocó igual. (Diego, 36 años).

Me quedo con mi esposo, porque él es la persona que me, me ha hecho más feliz po, de la, mis papás nunca me, yo no creo me hayan dado la felicidad que yo tengo ahora... Yo creo que mi papá es bipolar y también tiene trastorno del espectro autista, pero nunca va a hacer nada y es alcohólico. Entonces a las 3 de la mañana llamando, a las 4, ese ese empezar a molestar, a molestar, ellos son muy egocéntricos... Y yo me di cuenta no podía confiar tampoco, porque uno, nadie me escucha en esa casa, en estas dos partes, y me alejé también de mi papá. (Lorena, 47 años).

Individuo y sociedad

Desde una perspectiva más amplia que permita la comprensión del fenómeno y analizar los datos bajo la perspectiva biográfica, es importante tener en consideración que las biografías de lxs participantes se enmarcan en un contexto sociohistórico, en el que la juventud de estas personas se desarrolla posterior a la década de 1990, periodo de profundos cambios a nivel estructural en la sociedad chilena, con la consolidación del modelo neoliberal y la instauración de la transición pactada post-dictadura a una democracia tutelada bajo los gobiernos de la concertación, lo que se traduce en políticas públicas que facilitan el acceso a derechos sociales ahora entendidos como servicios, a los cuales se puede acceder mediante el endeudamiento (Gaudichaud, 2015).

En este marco de consolidación del carácter del Estado, se da un aumento exponencial en la matrícula de estudiantes en la educación superior. Los datos proporcionados por el Ministerio de Educación, en adelante MINEDUC, dan cuenta de que en la década de 1990 inicia con 245.561 estudiantes matriculados en pregrado, el año 2000 se alcanzan los 435.88, siendo al 2009, 835.247 estudiantes (MINEDUC, 2010), llegando a 1.249.401 en 2023 (MINEDUC, 2023). El escenario nacional está en correlato además al discurso dominante de la época posmoderna que comienza a moldear a las sociedades industrializadas de occidente (y a sus individuos) posterior a la caída del muro de Berlín.

Bauman (2004) caracteriza los supuestos de la modernidad líquida, los cuales se sostienen en la idea de que en este periodo desaparecen los proyectos de sociedad, se da un vuelco hacia el individuo y su necesidad de maximizar sus capacidades en búsqueda de placer. Para saciar dicha necesidad, existen infinitas opciones, más de las que se podrían tomar, lo que repercute en una crisis de identidad en el individuo. Frente a la incertidumbre de estar incompleto, se expresa el cuestionamiento respecto a si se han utilizado los propios medios de la manera más eficiente, sin que exista la certeza de tomar las decisiones correctas.

Lo anterior cobra relevancia, en tanto, en las últimas décadas se ha comenzado a teorizar respecto a la adultez emergente (Arnett, 2000) periodo evolutivo comprendido entre los 18 y 29 años, que no se caracteriza solo por hitos del desarrollo individual, sino, más bien a partir de las características culturales de la sociedad de origen, en la que se dan fenómenos como el aumento en el acceso a la educación superior, la postergación de hitos como el matrimonio y el ejercicio de la parentalidad. Marco de referencia que sirve de comprensión de acuerdo a las características de la sociedad chilena y de la muestra en particular, quienes al momento de encontrar el diagnóstico tienen una edad media de 26 años. Todas las biografías revisadas tienen trayectorias

de acceso a la educación superior, solo un matrimonio entre los casos revisados y en su mayoría no ejercen la parentalidad previo al diagnóstico.

Trastorno bipolar en la biografía

Para colaborar con la presentación de los resultados y en función de dar respuesta a los objetivos planteados respecto al proceso de diferenciación de el self y el diagnóstico, se presenta a continuación 2 biografías, las cuales contrastan en aspectos, que servirán de guía para la comprensión de las categorías que se hipotetizan desde el análisis de la argumentación y los significados latentes que emergen en la narrativa de las entrevistas realizadas.

Valentina

Valentina (23) nace el año 2000 en la región de La Araucanía, en una familia compuesta por un matrimonio con una edad cercana a los 40 años al momento de su nacimiento y 2 hermanos mayores, con los cuales se lleva por 19 y 12 años respectivamente. Sus padres se desempeñan como asistentes de la educación en un liceo rural de la región, espacio en el que Valentina durante su infancia comparte todas las semanas al acompañar a sus padres al trabajo después de clases hasta los 11 años, espacio en el que era reconocida por su participación en la comunidad educativa según recuerda.

A los 11 años deja de acompañarlos y comienza a pasar más tiempo sola en casa, deja de asistir a actividades extracurriculares que realizaba previamente y comienza a restringir la ingesta de alimentos de manera voluntaria, sintomatología que la lleva a ser internada y comenzar su primer tratamiento psicológico. Junto al malestar comienza a presentar una baja en su rendimiento académico, lo que repercute en su ingreso a la enseñanza media. Por ello debe ingresar al liceo en el que trabajan sus padres. Ella relata que se dio cuenta que había un bajo porcentaje de estudiantes del liceo rural al que asistía que se matriculan en la enseñanza superior

universitaria, según ella, a partir de este dato, decide en segundo medio cambiarse a otro liceo.

Valentina en el verano previo al ingreso al nuevo liceo comienza a presentar episodios de ansiedad, iniciando un segundo tratamiento psicológico, al ingresar permanece durante un par de semanas y abandona. Posteriormente ese mismo año ingresa a un liceo para adultos, viviendo una situación de acoso sexual, por lo que decide eventualmente dejar el liceo al sentir incomodidad. Ese año comienza a practicar taekwondo en el periodo en que no asiste a clases, durante aproximadamente 3 meses.

Valentina termina la enseñanza media en otro liceo con modalidad 2x1, al ir finalizando el año comienza un tratamiento psiquiátrico por la ansiedad que recuerda haber sentido previo a rendir los exámenes de ingreso a la educación superior. Al año siguiente toma un año sabático, presentando bastante ansiedad puesto que no sabe qué estudiar. Comienza a asistir a un preuniversitario lo que ella relata como un período de alta ansiedad, lo que dificulta su asistencia de manera presencial al preuniversitario. Ella relata que finalmente asiste a uno de forma online. Al año siguiente ingresa a estudiar a la universidad, sintiendo bastante angustia, lo que la lleva a buscar ayuda psicológica, por tercera vez, para pausar sus estudios en el mes de mayo.

Al año siguiente renuncia a la carrera y es diagnosticada con distimia, tras el diagnóstico asiste a un par de sesiones en un cuarto proceso terapéutico. Al año siguiente tiene un episodio depresivo, a partir del cual existe un ajuste en las dosis de su medicación, episodio depresivo el cual empeora entre los meses de agosto y septiembre, llegando a presentar ideación suicida, en octubre de ese año presenta un episodio de bastante euforia, al tener ella misma sospechas de tener un trastorno bipolar, pide hora al psiquiatra el mes de diciembre y es diagnosticada en enero del año siguiente con trastorno bipolar tipo II a sus 22 años. Posteriormente vuelve a

retomar sus estudios e inicia un quinto proceso de terapia al año siguiente. Comenta actualmente estar enfocada en terminar sus estudios.

Lorena

Lorena (47) nace el año 1976 en la zona cordillerana de La Araucanía en una familia compuesta por sus padres, ambxs funcionarios de gendarmería, ambxs veinteañeros, él mayor con 8 años de diferencia, quienes al momento del nacimiento de Lorena tienen además un hijo de 2 años.

Su padre padece de alcoholismo, lo que durante la infancia de Lorena mantiene un ambiente de discusiones y violencia verbal que va progresando paulatinamente con los años. Durante esta etapa juega junto a amigxs y su hermano, en este periodo vive una situación de abuso sexual que mantuvo bloqueada de sus recuerdos durante varios años. Respecto al ámbito escolar su hermano logra mayor reconocimiento que ella, es tildada de hueca por sus intereses, calificados como superficiales por su entorno, además de recordar que sufrió acoso escolar por ser gorda.

Pasa el verano previo a comenzar quinto básico donde sus abuelos, en la región del Biobío. Ese mismo año, a los 12, es hospitalizada durante todo el año, presenta distintas patologías en el transcurso de la hospitalización, nefrosis lipoidea, peritonitis primaria y celulitis infecciosa. Comienza a presentar ideación suicida, sintomatología que es detectada a los 6 meses de su estancia en el hospital, posterior a esto recibe atención psicológica por primera vez. Al terminar la hospitalización sigue en contacto con una amiga, quien fallece al poco tiempo.

Al regresar a la escuela, ingresa a un nuevo curso, obtiene el primer lugar y un reconocimiento al esfuerzo, lo que recuerda fue difícil de asimilar por su experiencia previa como estudiante.

Posteriormente en su adolescencia, comienza a “carretear” todos los fines de semana y presenta un alto consumo de alcohol. En esta época nace su hermano menor, cuando ella tenía 15 años. Cuida a su hermano hasta que él tiene 5 años, posterior a esto ella ingresa a estudiar en la ciudad de Concepción y comienza a vivir junto con sus abuelos, lo que recuerda fue difícil al tener que dejar a su hermano junto a sus padres, quienes ya presentaban más problemas a causa del alcoholismo de su padre en aquel entonces. Sin tener claro inicialmente que carrera estudiar, opta por ingresar a educación parvularia.

En su época universitaria reprueba asignaturas, estudia a última hora y sale bastante de fiesta, hace amigas y tiene parejas casuales, todo mientras mantenía de manera recurrente pensamientos de muerte. En segundo año conoce a través de una amiga a quien es actualmente su esposo, e inician su relación al mes de conocerse. Posteriormente a los 24 años queda embarazada, tras esto deja las fiestas y decide terminar su carrera, teniendo pendiente su tesis. Tras terminar sus estudios regresó a su pueblo, por lo que ve a su, en aquel entonces pareja, cada 15 días.

Al año de estar junto a su hija de vuelta en La Araucanía, luego de estar un mes trabajando, encuentra trabajo como directora en un jardín, recuerda que en aquel momento no se sintió merecedora de aquel cargo. En este periodo su hermano menor se va a estudiar a Concepción y sus padres comienzan a separarse, Quedándose junto a su hija, ambas viviendo con su padre. Posterior a un intento suicida de él, decide irse a arrendar a otro lugar. En el ámbito laboral comienza a tener reconocimiento por su trabajo.

A los 33 años, tras 12 años de relación se casan junto a su pareja, tras una crisis en la que ella plantea la necesidad de que estén juntos en la misma ciudad. En paralelo, su padre mantiene su consumo de alcohol y crisis suicidas recurrentes, mientras su madre está en Concepción.

Posteriormente inicia un periodo depresivo, volviendo a tener ideación suicida, tiene atención con una psicóloga que deriva a psiquiatra, quien decide que Lorena debe ser internada, en aquella instancia es diagnosticada con TLP. Dada de alta, experimenta un periodo maníaco y requiere internación nuevamente. Finalmente, el diagnóstico es modificado y es diagnosticada con trastorno bipolar a los 33 años, siguiendo un tratamiento que mantiene hasta la actualidad. Posterior a la internación mantiene una licencia de 1 año en su trabajo y tiene episodios depresivos intermitentes. A los 35 años tiene un nuevo hijo, su esposo pierde el trabajo, tras un conflicto familiar se distancia de su madre y posteriormente de su padre.

En los años posteriores su hijo es diagnosticado con TEA, obtiene nuevos reconocimientos en su trabajo y es llamada a desempeñar distintas funciones, percibe un mal ambiente laboral, existen algunos conflictos con su familia de origen, su hija se va a estudiar a Concepción y su esposo comienza a trabajar de manera independiente, en este periodo presenta ideación suicida nuevamente.

El año 2019 comienza a estudiar un magíster, en el periodo de pandemia lee a Nietzsche, lo que recuerda la lleva a que se cuestione distintos aspectos de su vida, la relación con su familia de origen y creencias, comienza a vender ropa por Instagram, lo que vincula a sus gustos por la moda, además de comenzar a escribir sobre sus emociones, cambia su tratamiento farmacológico por litio y pasa un año en casa nuevamente. Tras esto dice haber conseguido un periodo de estabilidad que mantiene hasta la actualidad.

Narrativas del self en proceso

Como se mencionaba previamente, para Rosenthal (1997), el concepto de biografía comprende el proceso constitutivo de la identidad a través del tiempo. A partir del desarrollo de la psicopatología en las biógrafas revisadas en la presente investigación, el diagnóstico pareciera

ser sólo un hito dentro de un proceso más largo, en el cual la identidad, puede modificarse en diálogo con las experiencias y el significado relacional atribuido a las mismas, experiencia relacional que puede entenderse como narrativas del self. Por lo que la propuesta de Rosenthal (2018) resulta adecuada para la comprensión del fenómeno que representan biografías complejas como las revisadas.

Respecto a las narrativas del self, en la biografía de Valentina se identifica previo al diagnóstico un relato marcado por el reconocimiento en relación a sus logros académicos, en un contexto familiar en el cual la educación cobra un significado especial, al estar la educación relacionada a la ocupación de ambxs padres, desenvolviéndose ella desde temprana edad en este contexto laboral, espacio en el que encuentra validación y visibilidad de parte del mundo adulto, lo que pareciera cambiar en el periodo que comienza a presentarse la sintomatología, periodo que resulta ser un punto de quiebre, desde el cual comienza su presentación social del yo, momento en el que se ve cuestionada su propia representación del ser una buena estudiante.

Yo creo que antes (del diagnóstico), porque como desde los 11 años ya está todo cubierto. Antes ah, siempre fui muy buena estudiante, muy buena estudiante, muy buena alumna. Porque, claro, tenía como el apoyo de mi papá, pero, ese apoyo era como exigencia, sí, era exigencia. Entonces, pero a mí no me costaba porque como tenía que estudiar y él estaba como trabajando y al lado yo tenía que estar estudiando, no era tan complicado, eh, pero sí, siempre fui como bastante competitiva, soy bastante competitiva. (Valentina, 23 años).

Posterior a la aparición de la sintomatología Valentina se distancia de su padre, sintiendo vergüenza en el contacto hacia él, se puede hipotetizar al sentir que no cumple con sus expectativas, haciéndosele difícil el compartir espacios. Vergüenza que se hace presente hacia sí

misma, al no lograr ingresar a un liceo de mayor reputación, ingresar a otro y tener que retirarse, eventualmente tener que asistir a uno para adultos, retirarse nuevamente e ingresar a otro en la misma modalidad.

Sentía mucha vergüenza, mucha vergüenza de estar en ese liceo, eh, de haberme salido de ese liceo, como que no quería encontrarme con ninguna persona que conociera, no sé, mis antiguos compañeros del colegio, del otro liceo, de ese liceo, sí, eso sí me daba mucha vergüenza... Ahí seguí yendo a taekwondo, eso también como que fue bastante relevante en esos años. Porque me gustaba, tenía bastantes aptitudes, como que me alejaba como de, eh, no sé, de toda la vergüenza que yo sentía, porque me sentía como parte de algo, como ya no era parte de como un liceo. (Valentina, 23 años).

En este periodo Valentina busca sentirse parte de algo, al ver cuestionado su rol de buena estudiante, argumentación que se da luego de su presentación la cual es un resumen de su historial clínico hasta llegar al diagnóstico, al indagar en periodos específicos de su vida. En este periodo pareciera que explora alternativas en las cuales lograr validarse, buscando como por ejemplo en sus aptitudes para el taekwondo. Alternativa que aparentemente no logra arraigarse lo suficiente en la visión de sí misma, a diferencia del diagnóstico, que llega posteriormente y ofrece la oportunidad de organizar sus experiencias previas. Significados atribuidos al diagnóstico que se explorarán posteriormente, que se ven entrecruzados en el proceso constitutivo de la identidad.

Si nos detenemos en la historia de Lorena, pareciera ser que previo al diagnóstico tiene una visión negativa de sí misma, la cual era retroalimentada por su entorno, a partir de la crítica y falta de validación hacia sus gustos, los cuales eran calificados como superficiales, lo que se

expresa a medida que va consiguiendo logros, los cuales le cuesta asimilar a partir de esta visión en la que no es capaz de hacer cosas importantes.

Me saqué el primer lugar, primera vez en la vida porque no fui buena alumna. No me gustaba estudiar, a mí me gustaba la moda, andar haciéndole trapos a las Barbies y mi hermano era muy inteligente, para lo que se llama inteligencia, porque ahora uno sabe que hay más tipos de inteligencia. (Lorena, 47 años).

Este proceso de resignificación respecto a sus narrativas del self y potencialmente de su identidad, para Lorena se elabora a lo largo de los años, recogiendo experiencias tanto de su etapa escolar, como hitos que narra de manera epifánica como el nacimiento de su primera hija para afrontar la visión negativa de sí misma, la cual pareciera estar fuertemente vinculada a la sintomatología depresiva.

Y después yo quedé embarazada en la U y tuve a mi hija, la Martina. Y ella para mí, ese fue el tremendo cambio en la vida, para bien, porque sentí que tenía a alguien o algo porque vivir. Porque yo encontraba que todo (llora), como que como que la muerte siempre estaba ahí, si me salía el mismo pensamiento de chica, si a mí las cosas me salen muy mal y yo no soporto, yo me voy a matar, ese, de cómo, era muy muy recurrente. Pero nació ella y es como que, a mí, yo dije, no, no yo, no, ahora no, tengo a alguien, por quién terminar la carrera, tengo a alguien por quien. La terminé, salí y me fue súper bien en el examen después de haber sido la peor alumna, salí ahí, muy bien en la tesis, todo. (Lorena, 47 años).

Posteriormente a través del ámbito laboral, obtiene mayor refuerzo, comienza a obtener distintos reconocimientos y toma conciencia de esta visión negativa de sí misma, utilizando la metáfora de cargar con una mochila.

Y de ahí salió un trabajo de directora en un jardín, yo no creí que iba a entrar porque yo me acordaba de que tenía la mochila del, de cómo se llama. Bueno, ese, un mes trabajé como educadora, pero después encontré trabajo de directora, no lo podía creer, pero no me sentía merecedora de ese de ese puesto, había ido a dar las pruebas y todo, pero yo decía, cómo me van a dar pega de, cómo lo van a hacer, una cosa así. (Lorena, 47 años).

Lo anteriormente expuesto pareciera ser relevante, en consideración de que al momento que llega el diagnóstico existe un proceso de resignificación más amplio, y si bien, el diagnóstico puede aportar novedad en este proceso, se constituye como un elemento más, explicativo, pero no totalizante o central. Lo que podemos contrastar con Valentina, quien, a partir de su experiencia, elabora esto de una manera distinta.

No me hace tanto sentido como, que el diagnóstico no te define o que no eres un diagnóstico, es que para algunas personas es muy importante, como claro, para encontrar la respuesta de porque he sido como he sido. Eso...Porque en realidad es como mi personalidad de ahora, como soy, mi carácter. (Valentina, 23 años).

Mientras que Lorena, mediante el haber resignificado la visión que tiene de sí misma, al narrar incorpora distintos elementos, a partir de significados que emergen de crisis familiares, y distintos roles que desempeña en su vida. Dando así cabida a la etiqueta diagnóstica en la visión de sí misma, de la siguiente manera.

El tema ya, del tema de la bipolaridad era ya, yo empecé a leer, ósea ver, era un chiste. Bueno, mi marido me decía, estará la Angy o la Lore, la Angy es la, como se llama, la chistosa, la Lore es la deprimida (ríe), y todos molestan, pero a mí no me molesta, es como, cuando las cosas dejan de, ya uno no se siente odioso, como que de risa, en la casa no es un tema ehm, grave, por decir de alguna manera y es hablado con los hijos, me

sirvió para hablarle a mi hijo cuando le detectaron después el tema del espectro autista, me sirvió para explicarle que las personas podían hacer cosas, que eran más que un diagnóstico, o una condición. Le decía yo, si usted ve en los libros dice que en las personas que son bipolares hacen esto, hacen lo otro, pero no necesariamente le decía porque depende de dónde uno viva, con quien viva, le decía que había otras cosas que eran, que él no era el autista. Él era Eliseo y esa era una parte de él, al igual que la mamá. (Lorena, 47 años).

Mediante la argumentación que transmite a su hijo en relación a los diagnósticos se puede interpretar la visión que tiene de sí misma, en la que el diagnóstico no la define, lo cual a través de su biografía puede comprenderse de manera más acabada, al ser capaz de narrarse de distintas maneras.

Al retomar la historia de Valentina, como se mencionaba previamente, en su caso, el diagnóstico a partir de la organización que ofrece respecto a su experiencia previa, le resulta bastante significativo, y le permite definirse hoy de la siguiente manera.

Ahora, ay cómo en qué aspecto, ay no sé, soy muy determinada, muy determinada. Ehm no sé, cómo antes de, es que no sé, para mí la medicación tuvo un antes y un después, o sea, desde que, desde que estoy en el tratamiento con mi psiquiatra actual, con la que empecé en agosto del 2020. Eh, no sé eso, muy determinada como que dije que ya esa era la tercera vez que ya lo intentaba que me matriculaba y que iba a permanecer hasta terminar ya, y así ha sido y que me tenía que ir bien, así ha sido, eh, pero eso, determinada. Eh me mmm, no sé cómo que me presioné de una forma ehm no, no, me auto-convencí de que aunque tuviese miedo, de hacer las cosas... Aparte de determinada y resolutiva y extrovertida... Fue muy significativo para mí porque, con esa psiquiatra,

estando yo en el peor momento de mi vida, porque la psiquiatra anterior yo sentí me había cómo juzgado mucho, esa psiquiatra me entendió, me dijo, tú has sido poco constante, estás así porque, estás enferma, estaba enferma, ya claro, yo tengo una enfermedad mental y no tengo problemas con decirle que es una enfermedad mental y no tengo problema en decirle es una enfermedad mental, me da lo mismo, porque así es, aunque yo no esté como enferma en este momento. Eso, no sé. No tengo vergüenza para muchas cosas. (Valentina, 23 años).

Pueden emerger nuevas miradas a partir de dicha organización, lo que puede movilizar el resignificar e incorporar nuevas narrativas del self, al retomarse elementos que habían sido desechados previamente, en periodos de mayor sintomatología, lo que se ve también expresado en otras biografías como la que se presenta a continuación.

Me sentía muy inestable, como, pero siempre lo asocié a que era algo como inherente a mí, como yo soy así, siempre ha sido así ehm, estaba acostumbrada como eso de oscilar y sí me caracterizaba como ser una persona depresiva, lo tenía asumido como parte de mi ser, como la tendencia a. Pero a pesar de todo eso como que siento que mi esencia siempre estuvo ahí, como, de hecho, yo por mucho tiempo creí que era una persona como más tímida, más introvertida, pero en realidad era la ansiedad como que ahora siento que me desenvuelve mucho más hacia afuera y eso siempre estuvo, pero tapado como por esto otro. Qué más, eso, siento que igual tengo como la chispa, la energía me gusta hacer muchas cosas, me gusta convivir con muchas personas, de hecho ahora que estoy como estable pude retomar cosas como no sé, la danza, hace poco tuve una gala y como que eso igual removía muchas cosas en mí porque siento que desde la infancia, como la infancia-adolescencia solté muchas de las cosas que me gustaban porque sentía que no las podía

como manejar, como no sé, cómo que siento que recién ahora estoy como volviendo a mí.
(Valeria, 28 años).

La resignificación puede relacionarse también a otra característica identificada, que tiene relación con la posibilidad de cambio. Categoría la cual también emerge a partir de los significados atribuidos al diagnóstico, lo que se explorará en el siguiente apartado.

Argumentación y significados latentes del diagnóstico

Respecto a identificar diferencias en el significado entregado al diagnóstico, a partir del análisis de los datos que emergen de las entrevistas, en las argumentaciones y significados latentes, se da cuenta de al menos 3 categorías, que tienen relación con una frecuente *asociación negativa previa al diagnóstico*, éste *organiza experiencias previas en la biografía* y en algunos casos puede constituirse como una *oportunidad para el cambio*, en circunstancias específicas, a partir de la estabilización y un tratamiento adecuado.

Previa asociación negativa hacia la etiqueta diagnóstica

En relación al discurso que se presenta al momento de afrontar el diagnóstico, este pareciera estar cargado de una atribución negativa, siendo variados los motivos, tanto por la cronicidad u otros significados asociados, vinculados al estigma social existente en torno a la etiqueta diagnóstica del trastorno bipolar.

Al retomar el ejemplo de Lorena, el diagnóstico a pesar de no tener mayor significado para ella, más que ponerle un nombre a lo que le ocurría, lo representa de la siguiente manera.

Yo ahí había conocido en mi hospitalización a una chica que era bipolar, pero a mí ella me, me, sacaba de qu..., ella me molestaba un poco, porque venía acá, salía entraba a la pieza, yo estaba conversando super bien como con el Gonzalo, que era el chico que tenía, y venía a ella y alborotaba todo el, oh. Entonces cuando a mí me dijeron, ella era bipolar,

cuando me dijeron que era bipolar, yo me acordé de ella po, yo dije chuta, así, así soy, así, así me verán los demás po, como que me, eso era lo que a mí me molestaba po, y chuta eso que eso, esa persona que yo vi que a mí me sacó de quicio, y yo tenía el mismo diagnóstico, entonces primero le dije, no, no puede ser, está equivocado, yo no ando así. (Lorena, 47 años).

Mientras que, en otras entrevistas, en las que existen mayores concepciones previas a la bipolaridad aparece de la siguiente manera.

Me sentía mal porque yo juraba que la depresión, eh, como que se me iba a pasar, en cambio el trastorno bipolar no se me va a pasar nunca. Y no podía creer que iba a tener como que tomar medicamentos toda la vida, como que mantener siempre una red de apoyo sólida, y estar atenta a mis emociones, porque no solo era si me sentía mal, ahora era si me sentía muy bien. (Ximena, 24 años).

En quienes esta categoría está presente pareciera estar presente a su vez, una tendencia a diferenciarse de dicha etiqueta, independiente del nivel de conocimiento previo que se tenga respecto al trastorno, lo que podría interpretarse como una tendencia de resistencia al estigma de parte del self.

Y yo tampoco quería ser como (refiriéndose a un caso conocido por ella), por eso digo, como que siempre he tenido o bien, sin darme cuenta lo que no, lo que no quiero para mi vida y esas son cosas que no. Entonces y su marido siempre anda a la cola uh que no haga nada porque como es bipolar, como que toda su vida es, ella se convirtió en su trastorno. Pero ahí me di cuenta que la introspección, el contexto o como uno se va construyendo su vida y no, eh, influye mucho en la calidad de vida que uno va a tener y asumiendo que la medicación es una parte. (Lorena, 47 años).

Primero me horroricé porque escuchar como la palabra trastorno tiene como un estigma súper grande es como si uno fuera, pucha no sé, cómo una lunática que está como desatada. Y yo no me sentía así, yo me sentía sumamente funcional a pesar de las cosas que me estaban ocurriendo, me sentía funcional y capaz de hacer mi vida con relativa normalidad. (Emilia, 28 años).

Organización de experiencias previas en la biografía

Independientemente de la asociación negativa que pueda significar el diagnóstico inicialmente, este permite, como se mencionaba anteriormente organizar las experiencias previas. Favorece un proceso de resignificación de éstas de vivencias pasadas vinculándolas de manera retroactiva a la sintomatología del trastorno. En este sentido, un elemento que, sí marca diferencia en las biografías, aparentemente es el grado de información que se maneja, tanto previo, como posterior al diagnóstico. Información que puede provenir tanto de procesos de psicoterapia, psicoeducación a través de grupos de apoyo mutuo, como también mediante la autoformación.

Muchas veces claro, el diagnóstico suena como algo muy pesado, como difícil, a mí obviamente en su momento como que me generó este como qué cuático que sea algo para siempre, que voy a tener que estar medicada, que tengo que tener ciertos cuidados, pero igual me liberó mucho en el sentido de que le dio un nombre algo que yo sentía y que me pasaba a mí y que quizás, claro, tiene esta como etiqueta, pero me permite, no sé, lo mismo, o sea, a mí me encanta estudiar y como que cuando empecé a leer y todo, entender como que eso me trajo calma igual. (Valeria, 28 años).

Este proceso de proporcionar significado y organización a la experiencia de vida puede resultar un alivio, frente al sufrimiento experimentado por años, que pudo verse propiciado además del malestar propio de la sintomatología, a partir de frustraciones en distintos ámbitos.

Entonces, claro, después llegar al diagnóstico fue un alivio en realidad porque fue una respuesta a porque yo había sido tan poco constante con todo, mucha inconsistencia que no me salieran bien como las cosas que yo quisiera, porque no haber terminado como el liceo de una manera formal para mí era muy importante y era como algo que, que de alguna forma me definía y yo me sentía menos, como menos persona con menos valor y menos importancia que el resto por eso. (Valentina, 23 años).

Esta organización que aparece en los relatos, puede ayudar a comprender, como el diagnóstico termina siendo central en la vida de Valentina, llegando a identificarse a partir de este. Aparentemente al organizar una parte relativamente significativa de su vida. Experiencia, que bajo distintas circunstancias se replica en otras biografías.

Eh, inestable, inestable porque tenía estos periodos, no sé po, a veces eran años que tenía como buenos, no sé po, dos o tres años buenos, y después caía en esto, entonces yo siempre decía, oh chuta que esto está latente en mí, o estos periodos también tenía estos periodos de inestabilidad que eran como de mucha energía y en el que me ponía a hacer cosas, no sé ponte tú, ya, veía que esta habitación ponte tú estaba manchada y todo, y no sé, decía, tengo que arreglarla y la pintaba en un día po cachai, entonces como, como, como inestabilidad en realidad, yo siento que, eso siento en mi vida, supongo, como como, fuera de foco igual, como esa inestabilidad anímica no te permite enfocarte en nada, como el 100% digamos, como que vai ahí dando, dando tu energía de manera como mediocre a ciertas cosas po cachai, como que ni tan buen papá, ni tan buen trabajador, ni

tan buen, no sé, pareja, ni tan buen hijo, no sé po, como inconsistente. Eso diría yo que era mi, mi vida antes po, como la definiría yo como la inconsistencia. (Diego, 36 años).

Oportunidad para el cambio

Dicha organización que ofrece el diagnóstico para algunas personas implica una posibilidad de cambio, la cual en el relato suele estar acompañada y en algunos casos atribuida a la psicoterapia y un tratamiento farmacológico adecuado, al ofrecer la estabilidad necesaria para dar este giro narrativo en sus vidas. Nuevamente el proceso, es relevante, ya que mediante este cambio de perspectiva pueden retomarse y consolidarse cambios que podían haberse impulsado incluso antes del diagnóstico.

Diego en su época universitaria a partir del nacimiento de hija deja los estudios y comienza a trabajar, respecto a esto comenta lo siguiente.

Entonces yo siento que igual fue como, como un cambio de digamos, como, como un cambio a la adultez algo así siento yo po, porque no sé po, yo después, yo tenía, usaba el pelo largo como era universitario, no sé po tenía pelo hasta aquí (hace gesto señalando el hombro) cachai y antes de trabajar, me lo corté, en realidad ya como que cambié mi manera hasta de vestirme y todo y después veía algunos compañeros y mis compañeros que tenía, que no sé po, de esos tengo un amigo no más, no, dos amigos que me quedaron de esa época y veía mis amigos y claro, estaban en la misma no más, estudiando, la fiesta y todo eso, entonces también para mí fue como un poco abandonar todo eso igual po, claro, igual no, eso no significaba que yo no anduviera webiando en fiestas ni nada, pero ya tenía como otra obligación que era trabajar. (Diego, 36 años).

Existe un proceso de ir adquiriendo nuevas responsabilidades, una transición a una adultez plena como el mismo Diego identifica, sin embargo, se mantienen ciertos patrones como

su consumo de alcohol y la inconsistencia en los roles que desempeña, a través de otro hito epifánico en su vida, como lo fue un accidente en estado de ebriedad, vuelve a impulsarse el cambio en su vida.

Y claro, me ocurrieron cosas súper locas, así como, como exponiéndome. Incluso ya en un momento que, que yo creo que toqué fondo fue que me esguincé la rodilla en una borrachera y claro, terminé en el kinesiólogo, terminé con una lesión en la rodilla, que hasta a veces, hasta el día de hoy, a veces me duele. Y yo siento que ahí como que también fue como un cambio po, si igual toqué fondo y tuve actitudes también como súper desvergonzadas en algunos carretes y cosas así entonces, como que me dejaron desmoralizado, un tiempo, así que viví desmoralizado, no quería salir a la calle, no quería ver a mis amigos y entonces me aislé, me empecé a aislar, aislar, hasta que dije ya tengo que cambiar y ya como que viene un periodo, digamos como de limpieza. Bueno y como me diagnosticaron con un trastorno depresivo a mí, en ese entonces la psiquiatra, pero resulta que como que para mí siempre no era como ya, yo decía ah ya eso, soy depresivo, pero en realidad no, no era así po, o sea, yo a veces tenía periodos buenos y después caía de nuevo en esta en este estado depresivo. (Diego, 36 años).

Al llegar el diagnóstico, y ofrecer organización en relación a las dificultades que tuvo que afrontar previamente, éste ofrece una categoría explicativa que hace mayor sentido que la depresión, Diego termina por consolidar a través de este significado dicho cambio que se había propuesto hace años.

No volví a caer, digamos en esa, en esa crisis, así como de pegarme una borrachera o tomarse una cervecita y todo, no, porque sé que me va a afectar y ya sé cómo, o sea, claro la suma y la resta entre cómo estaba el año pasado o cómo me he sentido el resto de mi

vida a cómo estoy hoy no hay por dónde. Y digamos que yo, y ahora estoy bien en realidad po, siento que estoy bien, lo recuperé mi funcionalidad y puedo trabajar y estoy con energía...Siento que he madurado un montón po cachai, y tal vez por el mismo hecho de no sé po, de dejar ese tipo de conducta autodestructiva, como de riesgo. Como dejar el alcohol cachai, que ahora veo que es súper dañino en realidad no tiene nada consumirlo con moderación y todo, pero no sé po, asumiendo responsabilidades, una responsabilidad mayor po cachai, como con objetivos proponiéndome metas que en realidad antes por eso como que me proponía un objetivo antes y era como súper inconsistente en tratar de lograrlo así cachai, un objetivo ya no, una meta, no, no la dividía en objetivos, ponte tú po, y ahora hoy en día me doy cuenta que tengo que hacer eso para lograr ciertas cosas, o sea, todo en realidad. (Diego, 36 años).

Esto se ve graficado también en la historia de Lorena, quien a partir del nacimiento de su hija significó esta experiencia como un punto de inflexión en su vida, previo al diagnóstico. Lo que ha podido irse consolidando en un proceso más amplio en su historia, en relación a la búsqueda de validarse a sí misma. El diagnóstico es hoy un punto de referencia desde donde se posiciona para diferenciarse y plantearse como una persona capaz. Lorena toma de cierta manera un tipo de activismo, el cual se relaciona estrechamente con su propia historia, más allá del diagnóstico.

Ahora me falta salir del closet, eh, como en la jefatura, pero a mí, como que tengo ganas, pero solamente por el hecho para mostrar, para demostrar de nuevo, vuelvo, pero para, pero no ahora por mí, es por los demás, es por el estigma de la persona bipolar. Ahora ya no va por eh, por mí, el, cómo por la pelea por decirle alguna una cosa, si no que, mostrarle que sin saber, ellos me pusieron aquí, acá, en cargos, me llevaron al seminario,

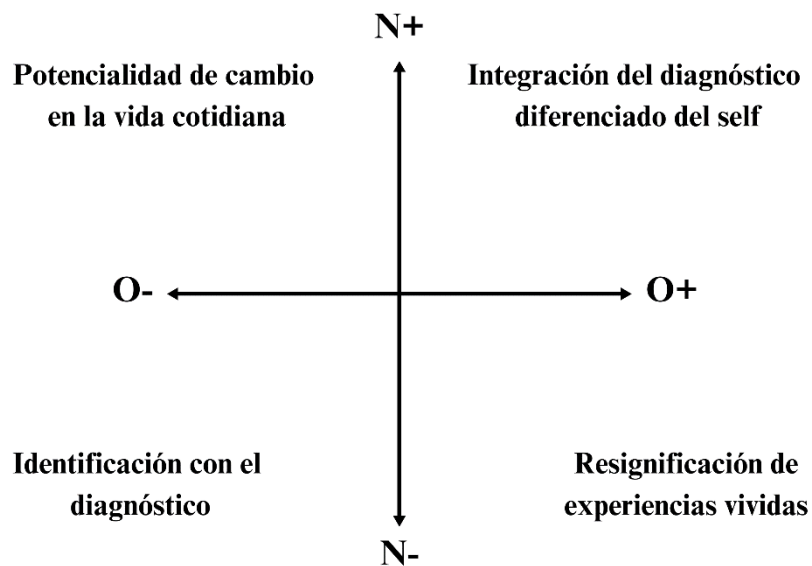
me llevaron como estrellita, pero porque no sabían, ¿hubiese sido así, si ellos supieran?, yo creo que no, entonces por eso me gustaría como mostrar mi carnet, así, como liberar esto, pero no por mí, sino para que, para que de alguna manera se hablen de estas cosas y no se, y se rompan las etiquetas y las clasificaciones, porque yo creo que esas son las que hacen daño. (Lorena, 47 años).

Propuesta integrativa de los resultados

Se puede sintetizar la interpretación de los resultados presentados hasta el momento, a través de la siguiente propuesta, graficada en la Figura 1.

Figura 1

Modelo comprensivo de la integración del diagnóstico en la narrativa



Nota. Esta figura representa las categorías que emergen desde la interpretación de los resultados.

Dónde el eje X representa la organización (O) que ofrece el diagnóstico en la biografía, y en el eje Y la diversidad de narrativas del self (N) alternativas al diagnóstico con las que cuenta el individuo.

En el cuadrante de menor organización y narrativas se sitúa la *identificación con el diagnóstico*, al tener una visión más reducida del self, estas narrativas pueden tender a fundirse a narrativas relacionadas a expresiones de la sintomatología, al diagnóstico y su estigma. El diagnóstico organiza menos experiencias, pero es más explicativo de la totalidad de la vida recordada.

Mientras que, en el cuadrante de mayor organización, aun manteniendo una visión reducida del self, pueden emerger nuevas experiencias recordadas a partir del diagnóstico que se constituyen como alternativa en la vida narrada al existir una *resignificación de estas experiencias* desde nuevas perspectivas y explicaciones alternas.

En el cuadrante de mayor diversidad de narrativas y baja organización, se puede identificar la *potencialidad de cambio en la vida cotidiana*, lo que podría explicarse al sentir la autoeficacia de realizar o consolidar cambios, en perspectiva de la novedad explicativa de experiencias previas ofrecida por el diagnóstico y la estabilidad que emerge del tratamiento.

Finalmente, en el cuadrante de mayor narrativa y organización se puede identificar una *integración de la etiqueta diagnóstica diferenciada del self*, narrativa del diagnóstico que puede integrarse de forma organizada a la narrativa propia y explicar la experiencia vivida sin constituirse dentro de la identidad.

Estas categorías explicativas, no necesariamente se constituyen como estadios estáticos o lineales, pudiendo presentarse en paralelo en los procesos vividos por las personas que son diagnosticadas, al ser procesos complejos y dinámicos.

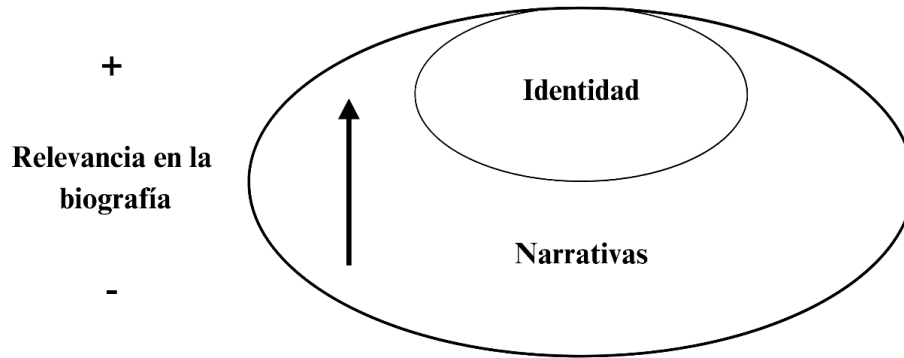
Elementos constitutivos de la identidad

Antes de proceder a caracterizar los principales elementos constitutivos de la identidad que pudieron ser identificados en las narraciones, es importante situarse en el contexto

sociohistórico en el que se desarrollan las biografías revisadas, contexto que encuadra, lo esperado de parte de la sociedad hacia el individuo Schutz (2001), y en repercusión lo que espera el individuo de sí mismx.

Desde las narraciones se enriquece el self, en consideración de que el individuo recoge algunas narrativas las cuales pasan a constituir la identidad (Linares, 2012). Como se ha podido ir desarrollando en los apartados anteriores cuando ciertas narrativas se constituyen como elementos identitarios en ocasiones pueden movilizarse cambios, favorecer la resignificación y ofrecer miradas alternativas del self, como por ejemplo el asumir un rol, reconocer aptitudes en alguna disciplina o identificarse como parte de un colectivo. Sin embargo, estas cualidades, no necesariamente se arraigan en la identidad, por ejemplo, para Valentina, el desempeñarse en el taekwondo no es tan significativo, como lo es para Lorena ejercer la maternidad, y no necesariamente toda madre lo vivirá de la misma manera que Lorena, ya que esta visión, tiene sentido en su propia historia particular. Siendo la relevancia en la biografía un elemento a considerar en la consolidación de las narrativas en la identidad, lo que se gráfica en la Figura 2.

Figura 2

Propuesta comprensiva de la integración de narrativas del self en la identidad

Nota. Esta figura representa cómo algunas narrativas pueden constituirse como parte de la identidad, proceso mediado por su relevancia en la biografía.

Y dije igual, oh voy a tener una familia, también era una familia donde no hay alcohol, una familia donde no hay peleas, porque nosotros podíamos tener una diferencia, pero nunca hubo oye, un garabato, una grosería nunca hubo un trato de ese tipo... Y después como que dije, hoy tengo una familia que, la que yo pensé que quería tener y aquí no se repite nada. (Lorena, 47 años).

Lorena previo al diagnóstico, no sólo ha vivido un proceso que incorpora narrativas alternativas de sí misma, en el proceso ya revisado en los apartados anteriores, sino que también es relevante para el análisis, parcelar que, en dicho proceso de asumir su maternidad y distintos roles en la familia que constituye, y posteriormente en su vida laboral, Lorena ha transitado hacia desempeñar una adultez plena. Circunstancias similares que llevan a Diego a transitar hacia dicha etapa, llegando en ambos casos el diagnóstico en esta etapa de su adultez. Lo que puede

contrastarse con la experiencia de quienes han llegado al diagnóstico en un periodo que puede ser categorizado como adultez emergente.

El desafío de la adultez emergente y la tradición familiar en la posmodernidad

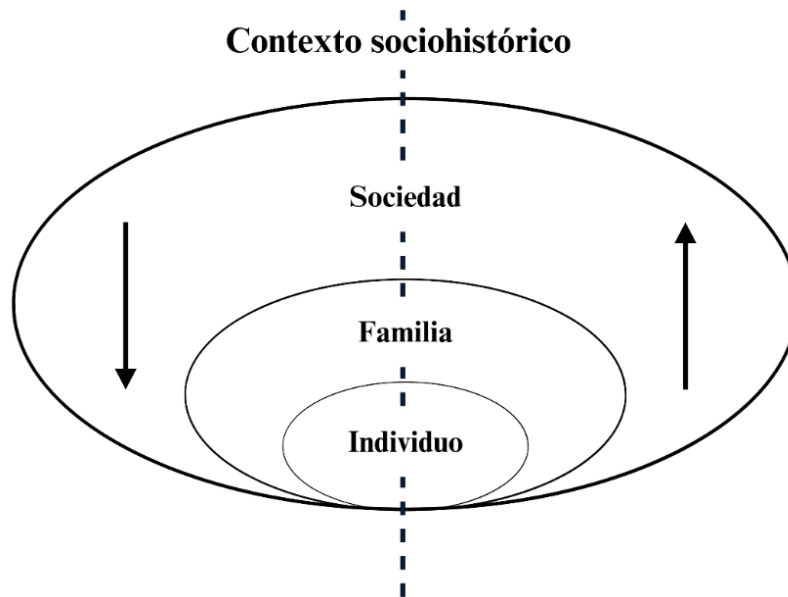
La adultez emergente vuelve a ser un factor a considerar, al estar todas las demás biógrafas atravesando este periodo al momento de ser diagnosticadas. Barrera-Herrera y Vinet (2017), caracterizan la adultez emergente en Chile como un periodo de exploración, un periodo para construir la identidad, y un periodo para sentirse en el medio entre la adolescencia y la adultez. Guevara Alarcón *et al.* (2021) identifican también en Chile que la adultez emergente se encuentra íntimamente relacionada a las interacciones del sistema familiar. Estas dinámicas se presentan como objetos de lealtad, que manifiestan expectativas que se interiorizan como mandatos, activando recursos para procurar cumplirlos y evitar sentimientos de culpa frente a la anticipación del fracaso. Respecto al contenido se promueve la auto-centración, la exploración y la experimentación. Se desincentiva la adopción de roles como el matrimonio y la parentalidad, en pos del logro profesional, se fomenta el apoyo económico respecto a los estudios de parte de la familia y la flexibilidad en virtud de obtener mejores oportunidades laborales. Se estimula, además, la búsqueda del bienestar subjetivo vinculado a la experimentación de nuevas experiencias como viajes y la percepción, de que se tienen muchas y variadas posibilidades.

En consideración de lo anterior y en vista de los resultados obtenidos, parecería estar dentro de la norma en el contexto chileno de las últimas décadas encontrarse en este periodo, comprendido como adultez emergente, al momento de llegar al diagnóstico, siendo la edad promedio de 21 años (MINSAL, 2013). Periodo que se ve influenciado por las demandas sociales de exitismo y perfeccionamiento continuo del individuo posmoderno (Bauman, 2004)

las cuales se alinean a los valores promovidos por la familia, los cuales son leídos a su vez como un mandato a cumplir (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1994), lo anterior se gráfica en la Figura 3.

Figura 3

Propuesta comprensiva de los niveles de interdependencia sistémicos



Nota. Esta figura representa cómo el individuo y su familia están insertos en la sociedad, en constante intercambio, en un contexto sociohistórico determinado.

En trayectorias de vida complejas, como las revisadas, se presenta psicopatología desde temprana edad (MINSAL, 2013). La presencia de psicopatología puede influir en el éxito académico (Vera Cala *et al.*, 2020), lo que puede configurar un escenario de mayor incertidumbre en el que la identificación con el diagnóstico, puede ser comprendida de mejor manera.

La adultez emergente es un periodo de la vida en el que culturalmente no se han preparado las condiciones para afrontar la adultez de manera óptima, en el que pueda haber un yo más enriquecido según las condiciones descritas por Linares (2012) para un desarrollo saludable de la personalidad, a través de variadas narrativas del self. A pesar de la existencia de

múltiples alternativas en lo referido a actividades, posibilidades y la apertura a la exploración, pareciera ser que, si éstas no implican éxito o sensación de logro, no generan mayor adherencia identitaria. Lo que posiblemente está relacionado al fuerte vínculo a nivel cultural que se genera con la familia de origen y sus expectativas. Expectativas puestas, por ejemplo, en la sobrevaloración de la educación formal, comprendida posiblemente como una oportunidad de movilidad social, en perspectiva de superación, en contraste a la experiencia de generaciones anteriores. Lo que cobra mayor relevancia al considerar en particular, que La Araucanía se ha encontrado históricamente dentro de las regiones más pobres del país (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022). Dando paso a la transmisión de estos mandatos familiares, que son recibidos en forma de necesidad de validación por la juventud contemporánea, tal como mencionan Guevara Alarcón *et al.* (2021). En consecuencia, esta integración identitaria se da en diálogo con el contexto.

En esto de que estaba con depresión en mi casa y me sentía como muy inútil porque igual trabajo desde que tengo como 17, cuando entré a la U. Estaba como acostumbrada a tener mi dinero para mis cosas, eh, a mí siempre me gustó la ropa americana, entonces como empecé a comprar como lotes de ropa americana y la revendía por Instagram, pero después me di cuenta que venían como muchas falladas y era como merma, así que aprendí a coser para arreglarla e intervenirla y comencé a vender eso. Así que ahora ya no vendo nada de ropa americana, sino que simplemente me dedico como a reutilizar prendas y usarlas como materia prima para mis propias creaciones... Tenía como esta idea y todavía la tengo de repente, me da como ansiedad esa idea de que, eh, muy de que hay que ser parte de la academia por decirlo así y hay que tener un título profesional como como no tan no ligado a las artes, como algo que te vaya a dar trabajo, sí o sí, entonces,

eh, primero partió siendo como algo temporal como en esto de que estaba mal, pero igual ese año, como que ese año sabático entre comillas que tuve que empezar esto, eh, se supone que yo al terminar el año iba a dar la PSU para entrar a otra carrera, pero nunca encontré qué carrera quería estudiar. Entonces yo decía, así como tengo que estar segura porque si no voy a botar plata de nuevo y ahí me dediqué a esto como principalmente como hobby, pero después me di cuenta que sí, como que, que, si daba dinero sí, sí podía vivir de esto y si me gustaba, a pesar de que en momentos es súper estresante... Fue muy difícil de hecho todavía es difícil a ratos porque, todos mis amigos, todavía tengo, todavía tengo amigos que están terminando odontología, entonces como que yo los veo y digo, oh están haciendo algo, pero después tengo como que repensar y decir yo también he hecho algo... Yo creo que lo que más me sirvió es conocer a otros como emprendedores y darme cuenta de que hay otras formas como de vivir más allá de tener un título universitario, porque igual yo cuando entré a la U y dejé la U y todo esto me torturaba, como que solo pensaba como, en, solo como que me rodeaba de gente que estaba estudiando o que tenía títulos o gente que no tenía títulos, como no sé, eh, mi papá o mi mamá, que tiene un título, pero nunca lo logró ejercerlo y que no, no subsiste bien económicamente entonces yo pensaba que era la única manera... Yo vivo con mi pareja cuando pensé como en independizarme de la casa de mi papá, me daba mucha ansiedad el tema de que me fuera mal y no poder pagar porque ya era como sí o sí que hay que tener dinero y ahí me volvió un poco más esta ansiedad como de pensar que, que no estaba haciendo lo correcto que debería buscar otra cosa. (Ximena, 24 años).

A partir de lo anterior y en consideración de lo visto previamente en la biografía de Valentina, al estar la educación arraigada en distintos significados a la historia familiar pudiese

desprenderse que, para Valentina, era más relevante cumplir con este mandato familiar respecto a la relevancia de ser una buena estudiante, que desarrollarse en el taekwondo, a pesar de presentar aptitudes para esta disciplina. En aquel momento de su vida, el taekwondo, pareciera cumplir la función de satisfacer el sentido de pertenencia, aparentemente de forma transitoria en la espera a regresar a su trayectoria educativa. A pesar de estar presente en el contexto la oportunidad del individuo por desarrollarse en distintos ámbitos, si no existe un sentido que dé significado dentro de la biografía a estas narraciones del self, pareciera no ser suficiente para que se constituyan como parte de la identidad.

Me fui, me fui de ese liceo. Eh, y no me acuerdo en qué fecha fue yo creo que, en septiembre, alcancé sí a estar hartoo tiempo en ese liceo... Ese año sí, lo que hice fue practicar taekwondo, entonces eso sí me ayudó hartoo. Me ayudó hartoo como, para el, no sé, cómo los dos meses que estuve sin, sin ir a ninguna parte, que estuve como encerrada en la casa. Y después, como en octubre, descubrimos otro liceo. (Valentina, 23 años).

Tradición familiar y resignificación

Cuestionar características que definen la identidad puede manifestarse en crisis, como se puede observar en la experiencia de Valentina. Sin embargo, el resistir rígidamente pareciera propiciar la mantención de dicho malestar. Por lo tanto, podría ser relevante dirigir la perspectiva hacia los recursos, como señala Valentina en su definición actual, al resignificar parte de su experiencia y caracterizarse en un relato actual como una persona determinada.

Como se pudo ver anteriormente, Lorena logra integrar un nuevo significado a la experiencia vinculada a su familia de origen, a partir de la constitución de su propia familia, mediante un proceso de larga data de resignificación. Proceso en el cual se incorpora parte de la visión que tiene de sí misma. Siguiendo con esta línea, Diego previamente comenta acerca de la

parte oscura que hereda de su familia, sin embargo, de forma menos elaborada, en su relato emergen significados latentes respecto a una tradición familiar distinta, la cual está presente en elementos que han constituido su identidad.

Siento que eso, así como, como que se me inculcaba eso, porque había que ser más, así en la vida. Porque también el origen, mi origen familiar también es, es sencillo, o sea, no sé, por mi familia, paterna viene de Lonquimay y yo sé que atravesaron muchas necesidades, mi familia materna, es familia campesina, mi mamá vino del campo se vino a Temuco... Como todas esas expectativas sociales, también como del éxito cachai, pero salí, como, salí artista po cachai, entonces fue como también, no sé, para mí igual fue como súper, como seguirme a mí mismo en realidad esa parte. (Diego, 36 años).

Aparece nuevamente la tradición familiar y sus valores en forma de presión. Diego, al igual que Valentina, ve frustrada parte de su trayectoria educacional en su adolescencia, sin embargo, opta por una definición de sí mismo cercana al arte.

Y yo me hice artesano, me puse a hacer joyería. Y como que en realidad siempre tuve una, una desde chico en realidad, como que mi padre sobre todo me inculcó como un acercamiento hacia el arte, así yo creo que siempre tenía como esa, siempre tuve esa inquietud... Yo había empezado con esto de la joyería porque había tomado, tomé un curso entremedio y resulta que fue mi abuela, porque mi abuela era ceramista, hacía cerámica y hacía clases en la facultad de arte en la universidad, entonces, como que también siento que por ahí viene también con esa verdad, esa beta quizás. (Diego, 36 años).

Vínculo con el arte proveniente de su familia, que define como parte de su identidad, el cual posteriormente sería un recurso cargado de significado que le permitió afrontar momentos de crisis.

Si yo en realidad vivía como en un sin sentido siempre po. Y en realidad siento que lo que me fue salvando siempre fue como esa, el arte. Como que ese era mi, mi cable, así, como hacia como, como un mundo espiritual en realidad quizás, pero no, no hippie ni pachamámico, sino que como con otro sentido respecto al arte, en relación al arte.
(Diego, 36 años).

Diego hace consciente en la actualidad dicho vínculo identitario que comparte con su familia, permitiéndose explorar inclusive nuevas narrativas, las cuales también tienen este nexo con su familia de origen, como lo puede ser esta construcción de significados en torno al campo, que surge inicialmente a partir de una necesidad económica. Teniendo así, estas narrativas la potencialidad de ofrecer alternativas frente a la etiqueta diagnóstica.

Estoy vendiendo leña y de ahí estoy obteniendo mis ingresos, como leñador y estoy como volviendo ahí al origen familiar porque voy al campo casi todos los días a buscar leña o hacer o guardar la leña y es como trabajo físico que también es como súper liberador digamos. Y como digo, tengo como hobby ahora con unos amigos tenemos, hacemos música. Entonces eso igual, así como, bacán igual po, porque siento que, eso, que, como, que el, el arte no solamente, el arte no es para uno, es para entregarle como algo a los demás también, tiene que ver como con eso con, cómo decirlo, es como un servicio a los demás.

Narrativas más allá de la familia

Como se ha mencionado, el individuo está en constante diálogo con la sociedad (Elias, 1990), y ambos conceptos no pueden entenderse de manera independiente uno del otro, lo que puede acomodarse a los planteamientos generales de la teoría sistémica (Bateson, 1991) y a los aportes del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987). En este diálogo con grupos de pares, instituciones, organizaciones o inclusive con la cultura misma, el individuo se retroalimenta, y en consecuencia amplía sus narrativas del self, las cuales pueden reforzar la visión establecida de sí mismx, o ampliarla, ofreciendo novedad. Como le sucedió a Lorena, al irse encontrando con espacios de validación, teniendo inicialmente una narrativa marcada por la incapacidad en el ámbito académico, narrativa que se había vuelto parte de su comprensión identitaria, y que, en proceso, a partir del diálogo con el entorno, resignifica.

Entonces después me, me quité ya, terminé los reemplazos me volví a mi jardín, eh, sentí que mis colegas me miraban de otra manera igual. Ahora ya no me miraban como la, ah que se arregla, y ni me echaban tallas por eso...Después yo me di cuenta claro, que yo aprendía de forma más práctica, haciendo. No, si yo me sentaba, me tenían sentada en la U, no iba a aprender, en la escuela el sistema igual era rígido. (Lorena, 47 años).

Finalmente, este diálogo con la sociedad puede ofrecer la identificación con categorías sociales, las cuales pueden dar sentido de pertenencia a una colectividad, como lo pueden ser temas de clase, género, raza, culturales, nacionales, gremiales, etc. Como también la toma de conciencia de determinantes estructurales, imaginación sociológica para Mills (2020), que pueden favorecer la resignificación de experiencias vividas y narrativas asociadas a las mismas.

Mi salud mental estaba así por el suelo, eso hizo que no pude como rendir, pero sí, igual fue como positivo en algunas cosas, como conocí, harta gente, conocí al feminismo, igual encontrando cosas que me daban ganas como de vivir, pero sí, mi salud mental estaba

súper móvil...El primer año conocí, bueno, es que hubieron tomas en la U, entonces como que había estado en esa búsqueda adolescente como de acercarme a esos temas, entonces fui no más y empecé a conocer gente y, y como que se me abrió bastante la cabeza en cosas como más teóricas o que desconocía antes, pero siempre había una inquietud como por conocer, entonces fue súper bonito y conocí como muchos grupos de mujeres, que hasta el día de hoy como que es algo súper importante de mi vida. (Claudia, 26 años).

Discusión

Resultados en perspectiva

Los resultados presentados dan cuenta de una concordancia con lo descrito en la literatura, tanto en la composición de la muestra, en lo referido a la distribución de género de las y él participante, de acuerdo a la prevalencia en Chile (Kohn *et al.*, 2005). En perspectiva global, estudios sistemáticos internacionales no son concluyentes respecto a la distribución equitativa entre hombres y mujeres en trastorno bipolar (Rowland & Marwaha, 2018). En el contexto nacional esto puede tener relación con que son más mujeres que hombres las que consultan en salud mental al menos alguna vez en la vida con un 43,3% frente a un 26,6% respectivamente, siendo más dispar en lo referente a los últimos 12 meses, con un 19,8% y 5,4% respectivamente y aún mayor la brecha en relación al estar recibiendo tratamiento en la actualidad con un 15,5% y 2,2% respectivamente. En la misma encuesta se indaga respecto a sospechas de problemas de salud mental, manteniéndose la mayoría en mujeres con un 25,1% por sobre un 9,6% en hombres (Bravo *et al.*, 2023), tendencia que se mantiene alineada a las cifras de la región. Esto tiene una posible explicación desde la desigualdad en los roles de género, tanto desde la violencia ejercida

hacia mujeres, como en la construcción de la masculinidad sin espacio a la expresión de malestar (OPS, 2023).

Los resultados manifiestan similitudes con lo descrito tanto en el inicio temprano de psicopatología, como también en el tránsito por diagnósticos en los años previos al de trastorno bipolar (MINSAL, 2013), tránsito hacia el diagnóstico caracterizado por el MINSAL, como un periodo de 5 a 10 años, lo cual puede responder tanto a características individuales propias de las trayectorias de vida de personas con trastorno bipolar, como también a condiciones estructurales respecto al acceso a los dispositivos de salud adecuados en el Chile neoliberal (Gaudichaud, 2015). Coincidiendo también en la descripción de las familias que proponen Linares y Soriano (2013), desde la psicopatología relacional (ver Anexo B), en las que se pueden englobar vivencias comunes como experiencias de abuso sexual infantil, maltrato y otras formas de negligencia parental presentes en los resultados.

En la muestra la edad promedio del diagnóstico, es aproximadamente a los 26 años, marcando una distancia de la media estadística nacional, la cual es a los 21 años (MINSAL, 2013) y de resultados internacionales que sitúan un primer episodio dentro del polo de la manía entre los 21 y 25 años (Rowland & Marwaha, 2018). Si bien el estudio no tiene fines estadísticos, puede resultar interesante referirse a esta desviación en la media de la muestra, ya que se puede identificar que procede de personas que reciben el diagnóstico posterior a los 30 años. Quienes además se encuentran en aquel momento desempeñando roles propios de la adultez plena, a diferencia del resto de la muestra que se encuentra en una etapa que podría clasificarse dentro de la adultez emergente. Contraste que aporta al análisis a partir de elementos que contribuyen a la comprensión del proceso de diferenciación de el self y el diagnóstico, en consideración de las características distintivas de estos grupos de acuerdo a las particularidades de sus biografías.

En futuros trabajos se podría estudiar en mayor profundidad trayectorias de vida de personas diagnosticadas con trastorno bipolar que se desarrollen mayoritariamente previas a los cambios estructurales que dan sustento a la constitución de la adultez emergente en Chile, puesto que la dificultad para diferenciar el self y el diagnóstico no es un fenómeno necesariamente propio de esta época, por lo que se vuelve necesario continuar con su estudio para una mayor comprensión.

Self y diagnóstico, posibilidad de abordaje desde lo sistémico

Los resultados evidencian en las biografías revisadas que las narrativas del self son dinámicas en el transcurso del desarrollo vital, pudiendo el diagnóstico acoplarse o no como un elemento central en la identidad, en un proceso continuo, en el que puede haber distintas variables, relacionadas tanto a factores individuales, familiares y sociales. Desde los resultados puede desprenderse la interpretación, de la existencia de una tendencia a resistir al estigma ligado a la narrativa bipolar desde la resignificación y validación de narrativas del self que pueden constituirse como elementos identitarios, lo que puede facilitar una integración del diagnóstico diferenciada del self. El diagnóstico en algunos casos puede ser utilizado como potencialidad para realizar adecuaciones en el cotidiano, en conjunto a la resignificación que emerge de la organización que ofrece el diagnóstico, acompañado de tratamiento.

La identificación surge cuando la organización que proporciona el diagnóstico pareciera cobrar un peso explicativo de las experiencias previas más totalizante, en biografías de quienes presentan una visión menos enriquecida del self. Dicha identificación, también puede responder a un fenómeno propio de la posmodernidad, en relación a la búsqueda de un colectivo, a partir de la atomización de la colectividad (Bauman, 2004), en el auge de las demandas identitarias posterior a la década de 1990, en correlato al sobre foco en la construcción del yo. El sentido de

pertenencia, el ser parte de algo, ante la falta de otras definiciones o logros a los cuales aferrar el self en las condiciones previamente descritas en la adultez emergente chilena (Guevara Alarcón *et al.*, 2021) puede significar una oportunidad de nicho. Lo anterior implica un riesgo, en consideración de la evidencia que describe la dificultad de diferenciación que se puede dar con el diagnóstico (Inder *et al.*, 2008; Goldberg, 2019), lo que puede predisponer y limitar la identidad, en relación a la percepción de incapacidad asociada al estigma (Cárcamo *et al.*, 2019).

En este escenario los elementos personales que logran constituirse como parte de la identidad parecieran cobrar relevancia, como recurso, bajo la perspectiva de los aportes ofrecidos por la terapia narrativa (White & Epston, 1993). Al integrar los resultados, respecto a la resistencia al estigma presente en algunas personas y los procesos de resignificación y potencialidad de cambio que pueden surgir a partir de la organización que ofrece el diagnóstico, en los procesos psicoterapéuticos se podría poner foco en fortalecer visiones más amplias del self y proyectar una mayor posibilidad de agencia por sobre la incapacidad ligada al diagnóstico, a partir del resignificar experiencias y relatos alternativos tanto a nivel personal como familiar.

Al tener en cuenta además, la caracterización en la sociedad chilena de la adultez emergente, en la cual los mandatos familiares son relevantes (Guevara Alarcón *et al.*, 2021), cobra mayor sentido poner el foco en la familia, al ser el periodo en el que se suele manifestar el trastorno bipolar en Chile. Como también se vuelve relevante el foco en la familia, por las pautas relacionales en las cuales se puede predisponer la aparición de la sintomatología (García, 2013), las que pueden llegar a ser abordadas en procesos de intervención desde la perspectiva sistémica.

Es necesario visibilizar también otros espacios en los que la persona encuentra confirmación, más allá de las fronteras de la familia nuclear, en vista de las complejidades que puedan verse reflejadas en las familias según lo revisado anteriormente. La familia de elección

que describe Medina (2022) es una alternativa válida, en consideración además de la relevancia del apoyo social percibido (Carreño, 2021) en el curso de la enfermedad y de la relevancia de ampliar el foco del yo, en vista del perjuicio que podría tener en el bienestar psicológico la hiper individualización en la que el individuo se ve sometido en la sociedad posmoderna. Por lo cual, los aportes de Medina (2022), quien retoma la concepción del tercer orden en terapia familiar, en la cual se toma conciencia de los sistemas de sistemas, referente a las condiciones estructurales de la sociedad, pueden ofrecer novedad. Estructuras de poder en las cuales los individuos y sus familias están inmersos y replican, haciendo eco de las desigualdades sociales, las cuales tienen relación con la patología expresada.

Trastorno bipolar y neurodivergencia

En las entrevistas se menciona de manera recurrente que en las familias existen personas con trastorno del espectro autista (TEA), sospechas de TEA y/o trastorno bipolar no diagnosticado. Lo que podría tener relación, con lo descrito en la literatura, desde una perspectiva predominantemente biologicista, con que personas con TEA tienen un mayor riesgo de desarrollar trastorno bipolar y trastornos psicóticos, en contraste a las personas sin TEA de la misma edad y sexo de la población general (Selten *et al.*, 2015). Según el meta análisis y revisión narrativa realizada por Varcin *et al.* (2022) se estima una prevalencia de un 7,5% de trastorno bipolar en personas adultas con TEA. Lo que podría relacionarse a la revisión sistemática realizada por Ghaziuddin y Ghaziuddin (2021) en la que se reporta que estudios genéticos han identificado genes comunes para autismo, esquizofrenia y trastorno bipolar, entre otros, como el realizado por Carroll y Owen (2009) y Sullivan *et al.* (2012) quienes concluyen que se comparten factores etiológicos comunes para los trastornos mencionados anteriormente y el TEA.

El concepto de neurodiversidad o neurodivergencia, cobra fuerza en la década de 1990, como una manera de asumir la otredad del TEA desde una perspectiva que reconoce la diversidad sin ser vista como una discapacidad (Singer, 1998). Con los años el paraguas se ha ampliado, incorporando recientemente distintos diagnósticos neurológicos y psiquiátricos, entre los que inclusive se incorpora el trastorno bipolar (Chamorro Serrano, 2023). Modificaciones en la concepción de trastorno, hacia funcionamientos cognitivos diversos que se ha impulsado desde movimientos identitarios en perspectiva política, discurso al que la ciencia se ha acoplado (Chamorro Serrano, 2023). Lo anterior cobra relevancia, en vista de los resultados, ya que, los significados latentes que aparecen en las entrevistas, pueden tener relación con un sentido común que agrupa las otredades desde el discurso de la neurodivergencia, como también dar cuenta de que dichos funcionamientos cognitivos diversos pudiesen tener relación, la cual se manifiesta en la estructura familiar. Lo que podría dar paso a hipotetizar una posible transmisión de pautas familiares, que agrupan el trastorno bipolar y TEA, lo que pudiese ser estudiado no solo desde la validación de la diversidad o los factores genéticos comunes, explicaciones las cuales parecieran ofrecer una visión un tanto limitada de un fenómeno del cual no se ha reunido suficiente evidencia desde una perspectiva crítica hacia ambos marcos de entendimiento.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Finalmente, sobre las limitaciones de la investigación, podría ser relevante tener en consideración la caracterización de la muestra, la cual en su totalidad se suma de manera espontánea, emergiendo en el relato significados latentes de ser un aporte, contribuir al conocimiento relacionado al trastorno y la posibilidad de hablar de sí mismxs. Lo anterior podría tener relación con lo mencionado previamente respecto a la relevancia que podría tener la búsqueda de un colectivo y de la individualización en el actual periodo, sin embargo, esto podría

contrastarse eventualmente con muestra extraída mediante distintas estrategias para la realización del muestreo, en base a otros criterios de inclusión.

Si bien inicialmente se considera dejar fuera otros diagnósticos psiquiátricos graves, entre el proceso de contacto y la realización de una entrevista, una persona obtiene un diagnóstico de TLP. Se decide dejar dicha entrevista para el análisis de datos, al estar la investigación en una etapa avanzada al momento de ser realizada y al verse la relevancia de la identificación con el diagnóstico en la biografía. Esta contribuye a reafirmar categorías establecidas previamente y, además aporta en distinguir elementos de un diagnóstico y otro en el relato. Motivos por el que se modifica el criterio de exclusión al considerarse la temporalidad como factor relevante. Temporalidad en el diagnóstico y comorbilidades que podrían abordarse como categorías de análisis en futuras líneas de investigación.

Referencias

- Abraham, K. M., Miller, C. J., Birgenheir, D. G., Lai, Z. & Kilbourne, A. K. (2014). Self-efficacy and Quality of Life among People with Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(8), 583-588. [10.1097/NMD.0000000000000165](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000165)
- American Psychiatric Association. (1997). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prosperi, A. & Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: an exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 109-115. [10.1016/j.comppsy.2017.10.003](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.003)
- Barrera-Herrera, A, & Vinet, E. V. (2017). Adultez Emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 35(1), 47-56. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
- Bateson, G. (1997). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la comprensión del hombre*. Ediciones Lohlé - Lumen. (original publicado en 1972).
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica. (original publicado en 2000).
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores. (original publicado en 1966).
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (1994). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Amorrortu editores. (original publicado en 1973).

- Bravo, D., Errázuriz, A., Calfucoy, P. & Campos, D. (2023). *Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Séptima ronda*. Pontificia Universidad Católica de Chile y Asociación Chilena de Seguridad.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. (original publicado en 1979).
- Cárcamo, K., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D., Oñate, N. & Grandón, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas*, 18(2).
<http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>
- Carreño, M. F. (2021). *Estigmatización del trastorno afectivo bipolar e impacto en la calidad de vida. Una perspectiva bioética hacia su desestigmatización*.
- Carroll, L.S., Owen, M.J. (2009). Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder. *Genome Medicine*, 1(102). <https://doi.org/10.1186/gm102>
- Chamorro Serrano, A. (2023). *Neurodivergencia: Sobre las formas de nombrar al “otro mental”*.
- Chimpén-López, C. A. & Pacheco, M. (2019). Conversaciones sobre la terapia narrativa en perspectiva narrativa: pasado y futuro. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 5-16.
<http://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.317>
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Ediciones Península. (original publicado en 1939).
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica. (original publicado en 1964).
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica. (original publicado en 1964).
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica III*. Fondo de Cultura Económica. (original publicado en 1964).

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo Veintiuno Editores.

(original publicado en 1976).

García, A. C. (2013). *Diferenciación del yo y trastorno bipolar*.

Gaudichaud, F. (2015). *Las fisuras del neoliberalismo chileno*. Quimantú y Tiempo Robado.

Guevara Alarcón, L. M., Villar Perez, J. P., Boero, P., Sandoval Dominguez, A., Vinet, E. (2021).

Individuación en la Adultez Emergente (AE): Una forma diferente de convertirse en adulto.

Revista Redes, 43, 65-76.

Ghaziuddin, M., & Ghaziuddin, N. (2021). Bipolar Disorder and Psychosis in Autism. *Psychiatric*

Clinics of North America, 44(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.11.001>

Goldberg, S. G. (2019). Narratives of bipolar disorder: tensions in definitional thresholds. *The*

humanistic psychologist, 47(4), 359–380. <https://doi.org/10.1037/hum0000131>

Gonçalves, F. & Soratto, M. T. (2016). Transtorno bipolar: fatores genéticos e ambientais. *Enfermagem*

Brasil, 15(1), 39-43. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i1>

Inder, M. L., Crowe, M. T., Moor, S., Luty, S. E., Carter, J. D. & Joyce, P. R. (2008). “I actually don’t

know who I am”: The impact of bipolar disorder on the development of self. *Psychiatry*

interpersonal & biological processes, 71(2), 123-133. [10.1521/psyc.2008.71.2.123](https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.123)

Ivanovic-Zuvic, F., Fuentes, M., Olguín, P., Correa, E., Risco, L., Lolas, F., Herane, A. & Villalba, T.

(2007). Psicoeducación en el trastorno bipolar. Rol del tutor. *Revista de Trastornos del Ánimo*,

3(2), 100-108.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena,

S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto

prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-240.

- Kronewitter, A. & Expósito, C. A. (2020). *Variables psicológicas que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos con trastorno bipolar*.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud*, 18(3), 381-399.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder Editorial.
- Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana De Investigación En Psicología*, 5(2), 118-145.
- Luna, I. (2007). El Trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad con el trastorno bipolar. *Revista de Trastornos del Ánimo*, 3(2), 85-99.
- Madariaga Araya, C., & Oyarce Pisani, A. M. (2020). Pandemia por COVID-19: un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos. *Revista Chilena De Salud Pública*, 13–29.
<https://doi.org/10.5354/0719-5281.2020.60371>
- Mai, A., Nielsen, K. & Kirkegaard, D. (2017). Narrative identity in female patients with remitted bipolar disorder: a negative past and a foreshortened future. *Memory* 26(2), 219-228.
<https://doi.org/10.1080/09658211.2017.1344250>
- Marrero, R. J., Fumero, A., de Miguel, A. & Peñate, W. (2020). Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2116-2131.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.030>
- Medina, R. (2022). *La terapia familiar de tercer orden. Del amor indignado al diálogo solidario*. Ediciones Morata.
- Mills, C. W. (2020). *La imaginación sociológica*. Fondo de cultura económica. (original publicado en 1959).

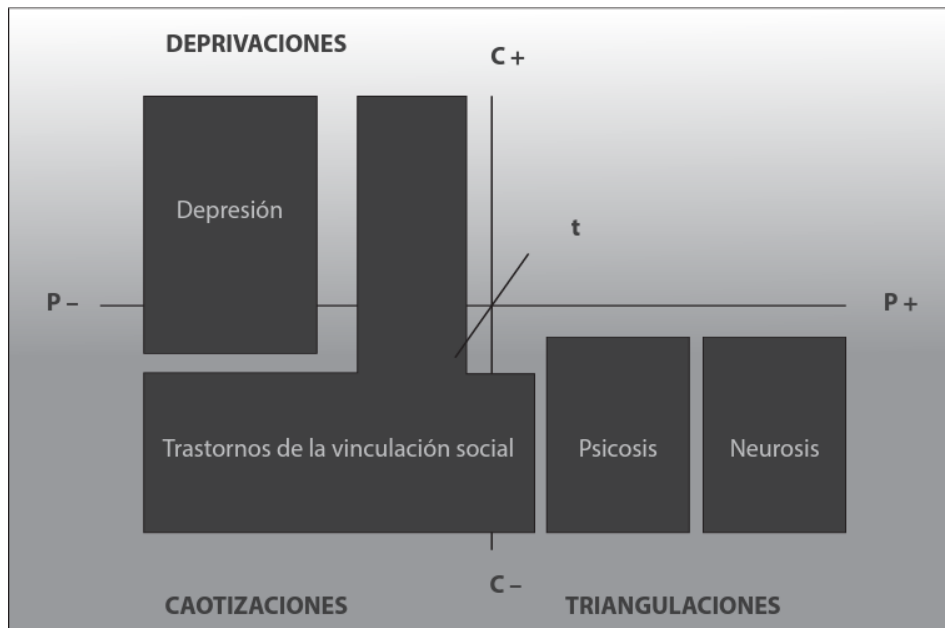
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. (2023). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2022*.
- Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. (2010). *Evolución Matrícula Educación Superior de Chile Periodo 1990 – 2009*.
- Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. (2023). *Informe 2023 Matrícula en Educación Superior*.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2013). *Guía clínica AUGE. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más*.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 5-50. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.638>
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Ngazimbi, E. E., Lambie, G. W. & Shillingford, M. A. (2008). The use of narrative therapy with clients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(2), 157-174. <https://doi.org/10.1080/15401380802226661>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11)*. <https://icd.who.int/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*.
- Rosenthal, G. (1997). National identity or multicultural autobiography? Theoretical concepts of biographical constitution grounded in case reconstructions. *The narrative study of lives*, 5, 21-39. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56843>
- Rosenthal, G. (2018). *Interpretive Social Research*. Göttingen University Press.
- Rowland, T., A. & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, (8)9, 251-269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>

- Salinas, P., Fullerton, C. & Retamal, P. (2014). Trastornos del ánimo y DSM-5. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1), 16-21.
- Schutz, A. & Luckmann, T. (2001). *Las estructuras del mundo de la vida*. Amorrortu editores. (original publicado en 1973).
- Selten, J.-P., Lundberg, M., Rai, D., & Magnusson, C. (2015). Risks for Nonaffective Psychotic Disorder and Bipolar Disorder in Young People With Autism Spectrum Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 483-489. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3059](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3059)
- Singer, J. (1998). *Odd People In: The Birth of Community Amongst People on the Autism Spectrum: A personal exploration of a New Social Movement based on Neurological Diversity*.
- Smith, L. M., Erceg-Hurn, D. M. & McEvoy, P. M. (2019). Self-efficacy in bipolar disorder: development and validation of a self-report scale. *Journal of affective disorders*, 262, 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.026>
- Sullivan, P. F., Magnusson, C., Reichenberg, A., Boman, M., Dalman, C., Davidson, M., Fruchter, E., Hultman, C. M., Lundberg, M., Langström, N., Weiser, M., Svensson, A. C. & Lichtenstein, P. (2012). Family History of Schizophrenia and Bipolar Disorder as Risk Factors for Autism. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1099-1103. [doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.730](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.730)
- Tsuang, M. T. & Faraone S. V. (1990). *The genetics of mood disorders*. Johns Hopkins.
- Tsuang, M. T., Taylor, L. & Faraone, S. V. (2004). An overview of the genetics of psychotic mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 3–15. [10.1016/s0022-3956\(03\)00096-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(03)00096-7)
- Valdivieso-Jiménez, G. (2020). Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(1), 2-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002>

- Varcin, K. J., Herniman, S. E., Lin, A., Chen, Y., Perry, Y., Pugh, C., Chisholm, K., Whitehouse, A. J.O., Wood, S. J. (2022). Occurrence of psychosis and bipolar disorder in adults with autism: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104543>
- Vera Cala, L. M., Niño García, J. A., Porras Saldarriaga, A. M., Durán Sandoval, J. N., Delgado Chávez, P. A., Caballero Badillo, M. C. y Navarro Rueda, J. P. (2020). Salud mental y deserción en una población universitaria con bajo rendimiento académico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 60, 137-158. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n60a8>
- Von Foerster, H. (1973). Cybernetic of Cybernetics. Physiology of revolution. *The Cybernetician*, 3.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Editorial Paidós. (original publicado en 1990).

Anexos

Anexo A. Esquema de la atmósfera relacional en la familia de origen y representación de los principales trastornos psicopatológicos²



Conyugalidad

La conyugalidad es una ecuación que refleja la manera en que lxs miembros de la pareja parental, o las figuras en que se delega parcial o totalmente el ejercicio de las funciones parentales, se relacionan entre sí. Puesto que los conflictos son inevitables, la conyugalidad

²Para Linares y Soriano, la nutrición relacional es el quinto elemento en la construcción de la personalidad, resultado de la compleja atmósfera relacional en la familia de origen, definida fundamentalmente por la parentalidad (en el eje X) y la conyugalidad (en el eje Y). Propuesta que delimita cuatro grandes áreas psicopatológicas; neurosis, psicosis, depresiones y trastornos de la vinculación social. Cada una de ellas se continúa sin interrupción con sus correspondientes trastornos de personalidad extendido además a los principales trastornos psicopatológicos.

La tercera dimensión, 't', corresponde al tiempo, cuya representación indica que este esquema dista de ser estático, pudiendo evolucionar a lo largo de las etapas del ciclo vital. Cambiando con el tiempo, la conyugalidad y la parentalidad pueden generar atmósferas relacionales que se superponen, que diversifican y hacen mucho más complejo el panorama.

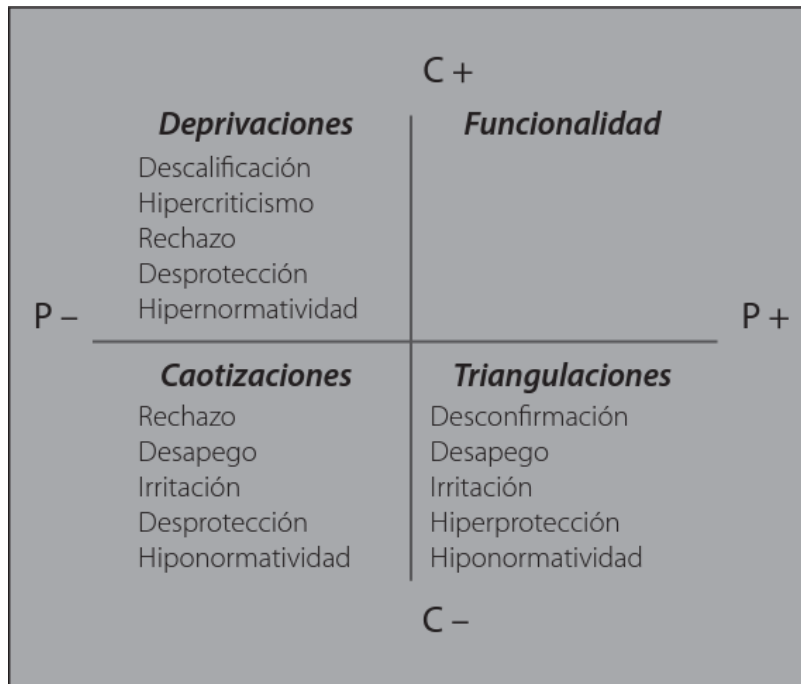
Para una descripción a detalle de estas áreas, se sugiere la revisión del material original (Linares & Soriano, 2013).

puede definirse, a efectos prácticos, como la manera en que se afrontan los conflictos inherentes al ejercicio compartido de la gestión de lxs hijxs, pudiendo representarse como un continuum inscrito entre dos polos ideales de “armonía” y “disarmonía”. Se trata de una dimensión independiente del estado civil de la pareja, puesto que, aun en el caso de que estén separadxs, sus miembros tendrán que seguir en contacto y colaborando con el bienestar de lxs hijxs. La conyugalidad, en tal caso, se prolonga sin solución de continuidad convertida en post-conyugalidad.

Parentalidad

La parentalidad es, a su vez, una ecuación que recoge el ejercicio de las funciones parentales (amor complejo, nutrición relacional) por parte de lxs padres o de las figuras delegadas responsables de estas. Se inscribe en un continuum entre dos polos ideales de “conservación primaria” y de “deterioro primario”, en donde la condición “primaria” refleja su independencia de un hipotético impacto de la conyugalidad. Es decir, que la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que en ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por una influencia negativa de parte de esta cuando es disarmónica.

Anexo B. Mecanismos de maltrato psicológico que se suelen encontrar preferentemente en sus tres grandes modalidades³



Funcionalidad

Bajo las circunstancias relacionales favorables que son la conyugalidad (o post-conyugalidad) armoniosa y la parentalidad primariamente preservada, lxs niñxs tienen las mejores opciones para construir una personalidad madura y equilibrada. Lxs hijxs se sienten queridos y bien tratados por lxs padres, y perciben que estos resuelven bien sus diferencias, principalmente las que les atañen a ellxs. La nutrición relacional cuenta con condiciones básicas positivas, pero eso no quiere decir que otros factores, en el insoslayable contexto de la complejidad ecosistémica, no puedan interferirla de múltiples maneras.

Triangulaciones

³ Para una descripción acabada de los mecanismos de maltrato presentes en cada cuadrante se sugiere la revisión del material original (Linares & Soriano, 2013).

Es previsible que, ante una dificultad considerable para resolver sus conflictos, la pareja parental tienda a buscar aliadxs que, de una u otra forma, inclinen la balanza de un lado. Se puede recurrir a familiares, amigxs o incluso terapeutas.

Deprivaciones

Lxs hijxs pueden ser deprivadxs de nutrición relacional por unxs padres razonablemente bien avenidxs, que, en cambio, fracasan en el ejercicio de las funciones parentales. En tales casos (como, por lo demás, en la mayoría de los restantes), no hay que imaginar a unxs padres desnaturalizadxs que, de forma deliberada, buscan la desgracia de sus hijxs. Se trata más bien de personas atrapadas en los avatares del ciclo vital por dificultades que desbordan sus capacidades parentales. Tales dificultades pueden expresarse en altos niveles de exigencia, desmesurada respecto de las posibilidades de lxs hijxs (o, mejor, del hijx, porque suele tratarse de pautas personalizadas), y no compensada por una valorización proporcional de los esfuerzos que provoca.

Caotizaciones

Establecen una situación gravemente carencial en lo que a nutrición relacional se refiere. Es tan así que, si esas condiciones se mantienen, la personalidad desarrollada bajo su influencia será de las más inquietantes, puesto que adolecerá de una significativa carencia de experiencias de amor. Por fortuna, la lógica ecosistémica impone la aparición de mecanismos compensatorios, tanto internos como externos a la familia, que, despertados por lo dramático de la desnutrición relacional, inyectan recursos nutricios alternativos: padres que en momentos cruciales sacan fuerzas de flaqueza, abuelxs o tíxs oportunos, vecinxs caritativxs o instituciones sociales capaces de intervenir de forma adecuada a las necesidades.

Anexo C. Acta de consentimiento informado

Magister y Especialización en **Terapia Familiar Sistémica**
 UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

**Acta de consentimiento informado**

Se me ha solicitado participar en un Proyecto de Investigación que está estudiando las narrativas de personas adultas con trastorno bipolar.

Al ser parte de este estudio, yo

.....

acepto participar voluntaria y anónimamente en el Proyecto de Investigación Narrativas biográficas de personas adultas con trastorno bipolar de la región de La Araucanía, dirigido por el psicólogo Jorge Velásquez Ayala, Investigador Responsable, estudiante del programa de Magister y Especialización en Terapia Familiar Sistémica, dictado por el Depto. de Psicología de la Universidad de La Frontera, dirigido por las profesoras patrocinantes: Dra. Johanna Sagner Tapia y Dra. Yasna Badilla Briones.

Declaro haber sido informadx de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, estoy de acuerdo en participar de una entrevista biográfica, con duración aproximada de 90 minutos, en donde hablaremos sobre mí y mi diagnóstico de trastorno bipolar, con grabación de audio, la cual será transcrita textualmente. Además de autorizar el análisis para la investigación, en caso de haber sido utilizado de forma voluntaria material complementario a la entrevista. Me comprometo a responder de forma sincera la información que me sea solicitada.

Yo entiendo que:

- a) Mi participación en este estudio es voluntaria, y que no existirá ningún perjuicio a mi persona si me niego a participar de esta Investigación. Puedo retirarme de este estudio en cualquier momento sin tener obligación a dar razones.
- b) Los datos no van a ser entregados de forma personalizada, sino que de manera general a la Universidad. Sin embargo, cualquier pregunta que yo quiera hacer durante esta u otras eventuales entrevistas, con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por:

Jorge Velásquez Ayala, psicólogo y estudiante de Magíster y Especialización en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad de La Frontera, Investigador Responsable.

- c) La entrevista se llevará a cabo preferentemente en dependencias del Departamento de Psicología de la Universidad de La Frontera, o en un lugar acordado que resulte conveniente para usted. En caso de ser necesario, esta podrá realizarse de forma virtual, en una fecha establecida según su disponibilidad horaria. En el estudio participarán al menos 8 personas, sin embargo, las entrevistas son en primera instancia individuales. Existiendo la posibilidad, solo en caso de existir la disposición del participante, de realizar eventualmente entrevistas familiares o grupales.
- d) Las entrevistas serán audio-grabadas y transcritas textualmente. La audio-grabación es un material confidencial que será utilizado para fines exclusivos de este estudio. La transcripción de la entrevista será anonimizada, sin registrar los datos de identificación, y guardados en una carpeta encriptada en un computador con contraseña, de uso exclusivo del Investigador Responsable. Posterior a la transcripción de las entrevistas los audios serán eliminados.
- e) Durante la investigación las personas que podrán tener acceso a las entrevistas serán únicamente, el Investigador Responsable y sus supervisoras: Yasna Badilla Briones, Johanna Sagner Tapia, Clementina Hueche Arriagada y María Francisca Román Mella.
- f) Las entrevistas que se realizarán son de carácter clínico, por lo que es posible que recuerde situaciones o momentos, que podrían causar emociones placenteras y displacenteras, tal y como ocurre en las sesiones de psicoterapia. Si esto sucede, podrá ser abordado en la misma entrevista o bien en el proceso terapéutico que puedo estar llevando. Esta entrevista podría aportar y ayudar en la comprensión de mi problemática y a la intervención psicoterapéutica que curso actualmente. Si yo lo deseo y autorizo, puedo solicitar que la transcripción de esta entrevista se haga llegar a mi profesional tratante. Si posterior a la entrevista me encuentro afectadx por alguna temática tocada en la entrevista, puedo solicitar se me brinde orientación para inscribirme en la Clínica Psicológica de la Universidad de La Frontera. Inscripción la cual, no implica disponibilidad inmediata para la atención.
- g) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea

solicitada por ley. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en congresos a público especialista, sin entregar información de lxs participantes del estudio.

- h) Si durante la investigación surge algún comentario o preocupación relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre mis derechos al participar en el estudio, puedo dirigirme a la directora del Magíster y Especialización en Terapia Familiar Sistémica y profesora supervisora de este estudio: Yasna Badilla Briones. Por otra parte, autorizo a que en un plazo de 15 días aprox. se me contacte telefónicamente para conversar sobre qué he sentido posterior a la entrevista y complementar alguna información necesaria, existiendo la posibilidad de que se me proponga una nueva entrevista de forma individual, familiar o grupal, a la que puedo negarme a participar.
- i) Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada. Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Firma

Fecha

Nombre Investigador

Firma

Fecha**Responsable**

Anexo D. Pauta de entrevista

1. Pregunta narrativa inicial
 - a. Me interesa la experiencia de personas adultas con trastorno bipolar. ¿Me podrías por favor narrar tu historia de vida? Puedes partir en el orden que quieras y hablar sobre todas las experiencias que se te ocurran, además, puedes utilizar objetos, dibujos, escritos o fotografías que ayuden en tu relato. Yo no te haré ninguna pregunta por ahora. Solo tomaré algunos apuntes sobre las cosas que me gustaría preguntar más adelante. Puedes tomar todo el tiempo que necesites, cuando estés listo me dices. Así que puedes comenzar por donde tú quieras.
2. Presentación autoestructurada del entrevistadx
 - a. (Escucha activa y tomar notas)
3. Preguntas narrativas internas
 - a. Indagar en períodos o temas específicos tocados por el entrevistadx, en orden en que emergieron.
4. Preguntas narrativas externas
 - a. ¿Podrías contarme más sobre cómo eras tú antes del diagnóstico?
 - b. ¿Podrías describirme más a detalle cómo eres tú hoy en día?
5. Cierre de la entrevista
 - a. ¿Hay algo más que te gustaría decirme?
 - b. Si miras hacia atrás en tu vida, ¿Cuál dirías que fue el momento más difícil de tu vida?
 - c. Si miras hacia atrás en tu vida, ¿Cuál dirías que fue la mejor experiencia de tu vida?
 - d. ¿Cómo fue la entrevista para ti?
 - e. ¿Hay cualquier cosa que te gustaría preguntar?