

Una Vida con Sentido desde el Trastorno Afectivo Bipolar

¿Cómo es la experiencia de vida de las mujeres con trastorno afectivo bipolar en la ciudad de Medellín entre los 40 y 45 años?

How is the life experience of women with bipolar affective disorder in the city of Medellín between 40 and 45 years of age?

Laura C. Ayala Bedoya¹, Laura V. David Vargas², Daniela López Loaiza³ y Erika Ríos Henao⁴.

Artículo presentado como requisito parcial para optar por el título de psicólogo

Psicología, Universidad Católica Luis Amigó

Noviembre de 2021

¹ Estudiante de 10 semestre de psicología en la Universidad Católica Luis Amigó, Colombia. 2021. E-MAIL: laura.ayalabe@amigo.edu.co

² Estudiante de 11 semestre de psicología en la Universidad Católica Luis Amigó, Colombia. 2021. E-MAIL: laura.davidva@amigo.edu.co

³ Estudiante de 11 semestre de psicología en la Universidad Católica Luis Amigó, Colombia. 2021. E-MAIL: daniela.lopeza@amigo.edu.co

⁴ Estudiante de 10 semestre de psicología en la Universidad Católica Luis Amigó, Colombia. 2021. E-MAIL: erika.rioshe@amigo.edu.co

Resumen

El presente artículo tiene como finalidad comprender la experiencia de las mujeres con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) de la ciudad de Medellín entre los 40 y 45 años. Para lograr este objetivo se usó un método cualitativo, aplicando el instrumento de la entrevista semiestructurada; la cual se realizó en el año 2021, a tres mujeres. Esta metodología permitió una aproximación a la experiencia de cada mujer, evidenciando aspectos importantes para su análisis y descripción, como el vacío existencial, el sentido de la vida, los recursos psicológicos y las redes de apoyo. Se encontró que el TAB, desde una perspectiva negativa, causa pensamientos y sentimientos de desesperanza, fatalismo, frustración, ira, temor y angustia; los cuales generan que estas mujeres se perciban como incomprendidas por la sociedad. Asimismo, se evidenció que, cuando estas mujeres, asumieron su condición, pudieron lograr mayor conocimiento de sí mismas, consiguiendo una mayor identificación y comprensión de su padecimiento. De este modo, se logró dar respuesta a la pregunta de investigación desde un análisis de la teoría humanista y la filosofía existencial.

Palabras clave: Trastorno Afectivo Bipolar, Vacío Existencial, Sentido de Vida, Experiencias, Diagnóstico, Redes de Apoyo.

Abstract

The purpose of this article is to understand the experience of women with Bipolar Affective Disorder (BDD) in the city of Medellin between 40 and 45 years of age. To achieve this objective, a qualitative method was used, applying the instrument of the semi-structured interview; which was conducted in the year 2021, to three women. This methodology allowed an approach to the experience of each woman, evidencing important aspects for its analysis and description, such as existential emptiness, meaning of life, noological resources and support networks. It was found that the TAB, from a negative perspective, causes thoughts and feelings of hopelessness, fatalism, frustration, anger, fear and anguish; which generate that these women perceive themselves as misunderstood by society. Likewise, it became evident that when these women assumed their condition, they were able to achieve greater self-knowledge, achieving greater identification and understanding of their condition. Thus, it was possible to answer the research question from an analysis of humanistic theory and existential

Keywords: *Bipolar Affective Disorder, Existential Emptiness, Meaning of Life, Experiences, Diagnosis, Support Networks*

Introducción

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)⁵ ha sido abordado desde varias áreas del conocimiento como la biología, la psicofarmacológica y la psicología. El estudio del TAB desde la perspectiva de Nogueira (2015), ha ignorado aspectos fundamentales de quien lo padece, basándose en la bipolaridad como una simple patología, al momento de proponer su tratamiento psicofarmacológico. Esto, genera una incisión entre el ser humano y su padecimiento, por dejar a un lado los aspectos positivos de las personas con TAB como sus fortalezas, bienestar, satisfacción, esperanza y felicidad.

El TAB puede considerarse un problema de salud pública, el cual genera consecuencias graves, si se considera que las personas que padecen este trastorno experimentan emociones ligadas a la frustración; perdiendo el control entre el pasado (tristeza, sufrimiento) y presente (manía, euforia). A partir del diagnóstico, la persona asume una postura distante con los demás; por ejemplo, suelen aislarse o buscar estrategias de afrontamiento ligadas a la emoción, que les puedan ayudar a soportar el dolor; entre ellas, el consumo de sustancias psicoactivas, conductas autolesivas y autoinculpamiento. Asimismo, ante señalamientos y juzgamientos, intentan encontrar una forma de protegerse, por lo que, posiblemente, terminan sumiendo una posición de aislamiento y soledad.

Con base en lo anterior, en esta investigación se busca comprender la experiencia de vida de las personas con TAB, abarcando su angustia, motivación, estilo de vida, rutina y creencias; desde una perspectiva holista, dirigida a centrarse en la persona como ser humano completo y no solo en su diagnóstico, sabiendo que este es una visión limitada de la persona. También, se intenta visibilizar la experiencia subjetiva del ser humano abarcando tres grandes dimensiones (física, psicológica y espiritual) y, así, poder hacer un estudio completo del

⁵ De ahora en adelante, en vez de trastorno afectivo bipolar, se utilizará TAB.

trastorno como un acompañante en la vida de estas personas. No obstante, se advierte la presencia de un vacío existencial que origina un alto grado de pesimismo, apatía en su diario vivir y una posible la afectación de la dimensión espiritual.

Como consecuencia de lo anterior, se espera analizar cómo influyen los recursos psicológicos en la experiencia y sentido de las personas con TAB, teniendo en cuenta que, estos recursos, cuando se trata de una alteración mental, pueden pasar a un segundo plano, porque lo que prima es el trastorno; significando que el padecimiento mental es de mayor relevancia que la persona, vista desde su existencia. Es decir, se asume la existencia de un sujeto a partir del diagnóstico, como si se dejara de ser persona por padecer una enfermedad mental.

Por otro lado, es importante hablar del ciclo vital como un concepto importante para entender el desarrollo del ser humano a lo largo de su vida, identificando sus cambios evolutivos, vulnerabilidades y oportunidades, desde la experiencia. En este sentido, Erikson (1998) plantea que el ciclo vital es una secuencia de encrucijadas en las que el yo se ha de enfrentar a ciertos deberes y demandas del entorno; estas encrucijadas se traducen en ocho etapas fundamentales de la vida. Las cuatro primeras corresponden a la infancia y las cuatro últimas abarcan la adolescencia y la edad adulta; la adultez mediana va desde los 40 hasta los 65 años y esta etapa la nombra: “generatividad frente a estancamiento”.

Desde la psicología, se ha planteado que:

El desarrollo personal el cual es el motor vital de las personas altamente funcionales, en el cual se está en un proceso de cambio constante, en el que nunca se alcanza una meta definitiva, sino que se va pasando de una etapa a otra (López, 2017, p.5).

Una vez que se aborda el concepto de ciclo vital, es primordial referirse al género, entendido como una categoría de gran importancia en el estudio del proceso de desarrollo y en su calidad. Por ejemplo, tratándose de las mujeres, se debe considerar que su ciclo reproductivo y las consecuencias de la maternidad pueden influir en el envejecimiento saludable, convirtiéndose en criterios, tanto subjetivos como objetivos.

Por otra parte, antes de abordar la alteración mental, es menester traer a colación que la Organización Mundial de la Salud OMS (1946), define enfermedad como la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, y que se manifiesta por síntomas y signos característicos, y su evolución es más o menos previsible. Lo que significa que todo lo relacionado con una desviación de lo saludable, se ve desde un punto patológico; generando una brecha entre salud-enfermedad muy marcada.

Igualmente, la OMS se ha pronunciado sobre la conceptualización del trastorno mental, señalando que se caracteriza por la combinación de alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Es decir, un trastorno mental no se debe reducir meramente a lo somático y sintomático, sino que cada persona lo sufre de manera independiente al diagnóstico global. De acuerdo con la psicopatología, para los trastornos mentales, la mejor taxonomía, en términos globales, es “problemas de la vida” (Borsboom, 2017), si se considera su diversidad de acontecimientos, los cuales son estudiados por la psicología y la psiquiatría.

Ahora bien, dentro de los trastornos mentales se encuentran los bipolares, a los que, Hernández (2019) definió como “un conjunto heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo y sufrimiento subjetivo” (p. 467), mostrando así su altas y diferentes formas de expresión tanto explícitas como implícitas.

El TAB se caracteriza por episodios de manía y melancolía, considerados como dos estados característicos del paciente bipolar. En este sentido, San Martín (1981) los propone como una alternancia patológica entre dos polos opuestos: el ensimismamiento, como capacidad más propia del hombre de retirarse a la intimidad, y la alteración como un estado de desorientación. Si bien la oscilación entre estos estados está presente en la vida a modo de equilibrio, se vuelve entonces patológico cuando prima uno de ambos, viéndose así alterado el proceso de temporalidad.

En otro sentido, cuando se diagnostica el TAB, el significado del sentido de vida puede cambiar. Para Frankl (1994) este se entiende como el encontrar un sentido o propósito y tomar responsabilidad con nosotros mismos y para el propio ser; teniendo claro el “porqué”, se puede enfrentar los “cómo”, habrá motivación para el cambio, generando una realidad más notable.

Siendo así, es necesario preguntarse por el sentido de la vida, su propósito o razón; sin desvirtuar que la persona es una unidad entre cuerpo, mente y espíritu. Por tal motivo, el ser humano se puede comprender desde los recursos noológicos que, según Frankl (1994), son características primordiales de la existencia, potencialidades inherentes que convierte al ser humano en una persona; denominadas: autotrascendencia y autodistanciamiento. La escala dimensional, en Martínez (2011), describe los recursos noológicos o noéticos como factores espirituales importantes en la personalidad, que se expresan por el auto distanciamiento y la auto trascendencia.

Si bien, en cada persona, existe un propósito o motivación, también se puede presentar un vacío existencial, el cual, para Frankl (1979), se refiere a la pérdida del sentido y la frustración existencial, donde se puede desembocar una sintomatología neurótica, denominada noogénica. Como ejemplo de esto, las personas que sufren TAB, pueden perder

su misión de vida, puesto que padecen episodios maníacos y depresivos, en donde se produce una intensa angustia, sumando la incapacidad de visualizar el futuro de manera optimista.

Por otro lado, sobre la psicología humanista, Riveros (2014) indica que esta, además de fortalecerse con otras disciplinas, intenta comprender al hombre desde una mirada holística y complementada en su contexto, legitimando la dimensión subjetiva a través de un nuevo objeto de la psicología: la experiencia interna. la cual cobra importancia en el ámbito de las decisiones. En contraste, Sánchez (s.f) afirma que

Lo característico de lo humano es la “experiencia personal”, el conocimiento del abismo, la muerte, el desgarramiento y el miedo. Sometidos al miedo existencial tenemos varias posibles respuestas, tenemos que decidirnos, “lo tremendo que se ha otorgado al hombre es la elección, la libertad (p. 2).

Por último, en la tradición fenomenológica, la comprensión de un fenómeno es diferenciada de una explicación que dé cuenta de él. La fenomenología está dedicada a comprender la experiencia que el observador tiene del fenómeno en sus propios términos y asume que esto solo se puede lograr mediante la descripción comprensiva y detallada de esta. Por lo tanto, lo primordial en la fenomenología es la descripción de la experiencia vivida.

Marco Metodológico

Este proyecto se enmarca en un enfoque cualitativo (Ricoy, 2006), ya que se centró en el estudio del comportamiento de interacción con el otro, teniendo en cuenta escenarios sociales y culturales que permitan una mejor comprensión de vivencias a partir de la propia experiencia, centrándose en el sujeto y los significados que se le otorgan al contexto. Este análisis cualitativo, tuvo como fin el describir las historias de mujeres que sufren de TAB y

cómo es su experiencia de vida desde el diagnóstico de trastorno mental. Partiendo de este enfoque, se habló de su historia de vida, desde que inicia el diagnóstico hasta el presente.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó la metodología de diseño narrativo. El diseño narrativo, tal y como lo afirma Salgado (2007), en diversas ocasiones, es un esquema de investigación, pero también es una forma de intervención, ya que, al contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras. Esta metodología se usa frecuentemente cuando el objetivo es evaluar una sucesión de acontecimientos.

En consonancia con lo anterior, como instrumento para la recolección de datos, se planteó la entrevista semiestructurada, porque ofrece un grado de flexibilidad, a la vez que mantiene la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. Este tipo de entrevista es la que despertó mayor interés ya que facilita que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista de manera relativamente más abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario (Díaz et al., 2013).

Asimismo, se hace hincapié en la importancia de este instrumento, ya que propició el acercamiento directo a la experiencia de cada persona, sin generar sesgos. Los resultados se obtuvieron bajo la interpretación de cada entrevista, sin olvidar la autorización de los participantes por medio del consentimiento informado; teniendo como base el respeto al principio de la dignidad humana, y conociendo que, como deber, es obligación del profesional informar a los participantes de manera clara y oportuna el proceso a seguir después de la firma de dicho consentimiento, dejando claro que su participación es voluntaria y cuyo fin no será la intervención. Esto, de conformidad con el artículo 49 de la ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, indicando que los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del

análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Resultados

En la experiencia de vida de las mujeres con TAB entrevistadas, quienes se encuentran en un rango de edad entre los 40 y 45 años, se evidenció un alivio al saber, a ciencia cierta, el motivo de su padecimiento. Considerando que, anteriormente, fueron erróneamente diagnosticadas (algunas valoradas como depresivas, ansiosas, entre otras) y se había generado una incertidumbre tanto en ellas como en su trastorno, por un resultado inexacto, no se encontraba similitud entre lo que sentían, vivenciaban y el supuesto diagnóstico. Cuando se presentó corregido, se encontraron agradecidas por conocer a cabalidad qué sucedía con ellas, una de ellas expresó: *“agradecí lograr encontrar lo que tanto tiempo me atormentó”* (S1), probando así que conocer su diagnóstico transmitió tranquilidad, seguridad y agradecimiento; otra indicó: *“también era una esperanza al poder identificar el enemigo”* (S2), puesto que al tener claridad de su padecimiento, hallaron una explicación, al igual que una alternativa que contribuyó a su salud mental, sintieron esperanza e intentaron luchar de la mejor manera con ellas mismas, para así poder llevar una mejor vida.

Sin embargo, al saber que su padecimiento es incurable, el deber de lidiar con esto para toda su vida les generó sufrimiento, vacío existencial, angustia y miedo, ya que sus motivaciones cambian radicalmente en cada episodio. Se identificó que su perspectiva del padecimiento es la de un suceso trágico que les tocó vivir, como un obstáculo para su vida el cual no pueden cambiar, S3 señala que: *“después de 15 años, el trastorno bipolar significa el peor obstáculo que he tenido para conseguir mi plan de vida. Es lo peor que me puede haber pasado”*, por lo que retomar la forma de vida que llevaban es imposible, porque conocen qué

sucede en ellas y, a pesar de que intentan vivir de forma, socialmente normal, es difícil, por no saber a ciencia cierta qué puede pasar con ellas. Si bien, se mostró un alivio al saber el diagnóstico, conocer las consecuencias entre los episodios que puede ocasionar este trastorno, lo consideran como un obstáculo, pues al hacerse conscientes, se convierte en un padecimiento total y continuo en la vida, del cual no pueden escapar y deberán aprender a vivir con él durante el resto de sus días; imposibilitando, tal vez, su desarrollo pleno y beneficioso en la sociedad en la que viven.

El padecimiento que ellas describieron, a diario es un mundo que las aterroriza y las desestabiliza, S2 dice que: *“cuando entro en manía, me pongo insoportable, duermo máximo 5 horas, hago mil cosas a la vez, peleo por todo, discuto con mis parientes más cercanos, me creo poderosa”*, se genera una incertidumbre de no saber cuándo aparecerán los episodios que ocasionan en su estado de ánimo, desde una tristeza profunda o en su extremo una alegría y euforia intensa, o estados mixtos en los que la excitación se mezcla con sentimientos de profunda infelicidad y, sin tener en cuenta si serán más fuertes cada vez que se presenten. Todo ello, reduce la calidad de vida de manera significativa, considerando que padecerlo, ha obstaculizado el cumplimiento de sus proyectos de vida.

Sufrir de TAB aproxima a estas mujeres a experiencias dolorosas que emergen durante la crisis y episodios. Estas traen consigo sensaciones, emociones y sentimientos de sufrimiento, culpa, tristeza, miedo y frustración. *“Las emociones asociadas a las experiencias significativas han sido de culpa, tristeza y miedo”* (S3), a raíz de esas sensaciones, emociones y sentimientos surge un deseo de cambiar las vivencias que se tienen en las crisis: *“cambiaría todo lo que ocurre en manía y las ideas suicidas en depresión”* (S2). En contraste, dichas experiencias permiten aprendizajes significativos como el reconocimiento de sí mismo, como lo dijo S1: *“Todas estas experiencias marcaron lo que soy ahora (...)”*

esas experiencias han hecho que mi vida se torne por diferentes caminos, pero no me arrepiento de nada”, entre ellas, la autoconciencia, que permite conocer las virtudes, defectos, motivaciones y actitudes: *“yo me describo como una mujer sencilla, trabajadora, leal, inteligente, malgeniada, con dificultad para expresar y recibir afecto, disciplinada por épocas, voluble en mis pensamientos y emociones”* (S2). Del mismo modo, la autoconciencia permite la capacidad de reconocimiento e identificación de emociones y las reacciones que se tienen frente a estas: *“me he convertido en una persona muy nerviosa, vergonzosa, angustiada, triste, me sorprende de muchas cosas, disfruto las pequeñas cosas; sin embargo, suelo ser alegre, segura, carismática”* (S3). Por consiguiente, la autoconciencia también implica una identificación de las experiencias vivenciadas las cuales ayudarán al reconocimiento de sí mismas; ese reconocimiento de sí mismas conlleva: poder definirse a sí mismas con unas características propias, una definición de lo que son ahora en día y poder sobrellevar de mejor manera su padecimiento.

Por otro lado, en el vacío existencial y el sentido de vida se identificó frustración en la medida en que los anhelos, metas o expectativas que se tienen de la vida no se pueden llevar a cabo: *“sentía que la vida no valía nada y en parte me mantenía furiosa con la vida por todo lo que me estaba sucediendo y se peleaba con todo mundo”* (S1), por el hecho de vivir con un diagnóstico que imposibilita la realización de actividades cotidianas como tener o mantener un empleo, una vida social o salir; lo cual se ve impedido por las frecuentes crisis que generan inestabilidad y conflictos emocionales; surgiendo estos como síntomas de un estado de frustración asociada a la desesperanza de un futuro.

De igual manera, en las entrevistadas se denotó la angustia, generada por los conflictos familiares; la imposibilidad de conseguir trabajo o mantener uno estable, no contar con una fuente de ingreso propio; la relaciones y cómo estas se deterioran en momentos de

crisis; el alto costo de sus medicamentos, lo cual conlleva a adquirir préstamos y deudas, incluso surge la angustia de no poder controlar sus crisis: *“angustia me genera los conflictos entre mi esposo e hijos, las deudas que adquiero, la salud de mi hijo mayor que ha sufrido dos accidentes de tránsito graves, la relación con mi hermana, mi desempeño laboral.”* (S2). Es frecuente en ellas un sin sentido de vida y premeditaciones de un futuro incierto, puesto que su perspectiva de vida cambia cada vez que tienen episodios nuevos, tanto maníacos como depresivos: *“me genera angustia que tenga otra crisis maniaca y no estemos a tiempo para detenerla”* (S3). A su vez, se pudo evidenciar la desesperanza que acompaña sus expectativas del futuro, caracterizadas por la apatía, cansancio, sensación de inutilidad y pérdida del control, dudando así de su sentido de vida e incluso experimentando pensamientos suicidas: *“he tenido conductas autolesivas y pensamientos suicidas”* (S3).

También, a través de la información recolectada con la entrevista, se vislumbró la presencia de frustración y miedo en estas mujeres; la primera, por el hecho de sentirse como se sienten y no poder tomar control de los episodios que se manifiestan en la manía, hipomanía y depresión: *“mi vida ahora es muy frustrante, mis hijos apenas van a terminar la universidad y quisiera tener más recursos económicos”* (S3); el segundo, manifestado en el miedo por no saber cómo será la reacción frente a situaciones que les pueden generar daño a nivel personal, social o familiar. Es importante resaltar que las mujeres con TAB pueden hallar un sentido de vida a través del dolor o la frustración.

En otro sentido, se pudo observar que el sentido de vida lo encuentran en su familia: *“la motivación de mi vida es la vida de mis hijos, todo va bien con ellos y quiero verlos realizados”*(S3). Es decir, lo que las impulsa a seguir con vida y sobrellevar adversidades son sus hijos, ayudando a la búsqueda de un refugio y una manera de reducir la tensión que les genera estar diagnosticadas. Vinculado esto, otra de las motivaciones es pensar cómo se

sentirían sus seres queridos frente a situaciones de angustia que impulsarían al suicidio: *“motivaciones específicas, me da pena que mis hijos tengan que decir que la mamá se suicidó es lo que más me angustia”* (S3), así que se reconoció una percepción de sentido de vida a través de la familia, en el que encuentran razones para observar el mundo de otra manera; teniendo en cuenta esto como el motor o la fuerza primaria con la que se emprende la vida, se obtiene la voluntad o la actitud de decidir y clarificar su diagnóstico.

Es muy importante señalar que estas mujeres no tienen la culpa de padecer el TAB, ni ellas que lo padecen ni su familia. La voluntad de ellas no juega ningún papel para decidir si padecen o no una enfermedad y esto incluye al TAB. Ello les exime de culpa, pero no de la responsabilidad en el manejo de algunos aspectos de la enfermedad, puesto que sí puede decidir si toma o no el tratamiento de forma correcta (imprescindible), regula su sueño, no toma drogas ni alcohol y hace más o menos actividad, según se lo indique su médico o psicólogo.

A partir de lo anterior se identificó cómo estas mujeres, que han sido diagnosticadas con TAB, tienen un interés por asumir acciones que reduzcan la tensión y las consecuencias de padecer TAB, como los episodios de manía y depresión. Recurren a potencialidades inherentes del ser humano, como los recursos psicológicos, en momentos de desesperanza y angustia; estos recursos son el autodistanciamiento y la autotrascendencia, los cuales les posibilitan la búsqueda del sentido de vida y una forma más adaptativa de enfrentarse a todo sentimiento que dé lugar al vacío existencial.

También, se pudo deducir que el autodistanciamiento se ve reflejado en la forma en cómo las mujeres asumen las consecuencias y problemas que traen consigo las crisis, alejándose del mundo exterior, en especial de aquellas personas por las cuales se sienten incomprendidas: *“en cada evento, corto comunicación y contacto con casi todas las personas*

para autorregular mis conductas y pensamientos” (S2), asumiendo esto como una manera de distanciarse de sus síntomas y con ello, de las situaciones conflictivas que estos representan, tomando conciencia de sus problemas, tensiones y de la manera correcta para afrontarlos.

Por otra parte, la autotrascendencia es evidente en situaciones en donde se intenta dar sentido a la vida, acudir a algo o alguien que posibilite cambiar la situación, a las ciencias (psicología, psiquiatría) y los medicamentos: *“busco contacto con personas empáticas, que se solidaricen con uno”* (S2), *“cuando me siento mal recurro a mi psiquiatra”* (S3). La búsqueda de personas empáticas y solidarias que propicien el diálogo, y realizar actividad física, les facilita salir de la crisis y aliviar los síntomas, aunque les cueste hacerlo.

Entre tanto, se encontró que han sido mujeres que, independientemente de su diagnóstico y de sus episodios, cuentan con una red de apoyo fortalecida por su núcleo primario: su familia. Desde que registran el diagnóstico, han estado al cuidado de sus familiares, tanto padres como hijos y esposo; reconociendo que necesitan de la ayuda de alguien más para afrontar los episodios depresivos, de crisis, estados de ansiedad y angustia; al igual que la euforia, manía y felicidad: *“he vivido mis crisis, afortunadamente, en compañía de mi familia”* (S1), *“el acompañamiento ha sido siempre de mi esposo e hijos, aunque ellos apenas están empezando a entender las circunstancias que rodean este trastorno”* (S3), *“tengo gran ayuda de mi esposo, es el que me da fortaleza y me tranquiliza cuando siento angustia”* (S1). Igualmente, este apoyo se convierte en una motivación para seguir adelante con su vida a pesar de las circunstancias, pues al verse rodeadas de personas que las apoyan en todo momento, se genera una posición de búsqueda del sentido para seguir con su vida de la mejor manera posible.

Desde otra perspectiva, se indagó la función protectora del trabajo, teniendo en cuenta que este ayuda a tener conciencia del otro, al igual que responsabilidad con su entorno y

consigo mismas; generando obligaciones más allá de ellas, en donde tienen la posibilidad de tener el control frente a los deberes que cumplen. El contexto laboral puede convertirse en una red de apoyo, en cuanto beneficia la perspectiva de ellas, por no sentirse una carga familiar y social; ya que, si bien saben que las crisis pueden traer un sinnúmero de emociones que no controlan, al encontrarse en un lugar el cual deben compartir con otras personas fuera de su núcleo primario, se crea una sensación de autocontrol, que puede brindarles la posibilidad de elegir si seguir o no con las funciones del empleo. Asimismo, pueden, de alguna forma, manejar sus episodios dado el caso que se presente en estos ámbitos: *“desde que me diagnosticaron el TAB ha sido una completa batalla por evitar que la gente lo supiera y por conservar mi trabajo”* (S1). Si bien, aquí se presentó como una batalla, se dejó entrever la necesidad de seguir en su trabajo como factor protector a ellas, tanto económico, como emocional y familiar.

Discusión

El ser humano, durante su vida, se enfrenta a innumerables experiencias significativas, tanto alegres como dolorosas; desde allí es que se pueden encontrar personas que, a través del tiempo, asumen ser evaluados y diagnosticados, como aquellas con TAB. Las causas del trastorno pueden responder a factores biológicos y genéticos, tal como lo plantean Aparicio y Alonso. (2012). La genética, los neuroquímicos y los factores ambientales, probablemente interactúan en distintos niveles para la evolución del TAB, es predominantemente biológico y ocurre en una parte específica del cerebro debido a un mal funcionamiento de los neurotransmisores; sin embargo, hay factores experienciales que influyen en el diagnóstico, pues todo lo que vive el individuo es fundamental para determinar ciertas conductas y la estructura de su personalidad; esas experiencias, en muchas ocasiones, no permiten que la persona pueda alcanzar metas, autonomía e identidad. En síntesis, lograr

objetivos y cumplir proyectos de vida, como lo aborda Martínez (2011) “lo biológico y los aspectos familiares son factores importantes, pero no determinantes, muchas otras experiencias pueden transformarse en vivencias que favorezcan la restricción de la autenticidad de la persona” (p.152).

Lo anterior, conlleva a percepciones, sensaciones y sentimientos que pueden ser dolorosos, provocando sentimientos de temor, segregación, desesperanza, frustración, ideación suicida conductas autolesivas. La experiencia es algo individual, propio de cada persona, por ende, puede acarrear percepciones y sensaciones incontrolables, generando desestabilidad y cambiando la percepción de vida por completo; esto puede darse por motivos como la generalización, donde se etiqueta a la persona como alguien enfermo, que se comporta de manera diferente. García y De Castro (2009) plantean que en el momento del diagnóstico se generaliza la experiencia, se crea una brecha en el paciente, sus estados psíquicos y entre estos y el mundo, también de la persona enferma y de quien busca comprenderlo, separando la experiencia de ambos en patológico y sano, de modo que predispone hacia una comprensión errónea del diagnóstico, pues quien lo padece puede sentir que allí empeorará su vida; por consiguiente, tampoco permite que la persona realice un conocimiento y análisis de su padecimiento más allá de todo prejuicio, en función de lo que diga o piense el mundo del TAB.

A partir de lo anterior, es que se evidencian sentimientos que sobresalen, como la angustia, frustración e incompreensión por parte de la sociedad, la no realización del proyecto de vida y desesperanza, caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida.

Zaldfvar (1997) refiere que

En algunas personas hay una pérdida del sentido, las características más sobresalientes son: la desesperanza y la falta de un proyecto de vida ya sea presente o

futuro, así como el empobrecimiento de sus valores prosociales y la existencia de diversas ideas irracionales, sobre todo de incapacidad personal; unido todo esto a una gran apatía y cierto sentimiento de desamparo. (p.1)

Es decir, la pérdida de sentido de la vida puede surgir a causa del vacío existencial. Frankl (1990) lo define como “la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa” (p.81), no se encuentra un sentido a la vida, se experimenta una sensación de vacío interior y de absurdidad de la vida, una incapacidad para sentir las cosas y los seres. Ese surgimiento del vacío se debe a que la persona que sufre este padecimiento se ve frustrada en la medida en que los anhelos, metas o expectativas que se tienen de la vida no se pueden llevar a cabo, pues el hecho de vivir con una enfermedad imposibilita realizar actividades cotidianas como conseguir o mantener un empleo, por lo obstruido que puede ser por las frecuentes crisis que generan desequilibrio, conflictos emocionales, miedo y gran angustia, surgiendo estos como síntomas de un estado de frustración asociada a la desesperanza de un futuro.

Asimismo, el autor Frankl (1979) expresa “cómo el hombre que ha perdido el sentido cae en un vacío existencial y sufre; esta frustración existencial puede desembocar en cuestionamientos que se hace el individuo a diario, haciendo una apelación hacia el sentido existencial” (p. 65). Ante esta afirmación, es preciso decir que en el cuestionamiento que se hace la persona surge una perspectiva fatalista, lo que conlleva a eximir su responsabilidad frente a su padecimiento. Jaime Sánchez (2005) retoma a Baró (1985) y a Frankl (1994) en su obra, señalando que

El fatalismo es comprendido como una forma de ver la vida que se traduce en conformismo y resignación ante cualquier circunstancia. Conocida como una actitud fatalista, coincidente con lo expuesto por Viktor Frankl, como una manifestación de la

Frustración Existencial en la experiencia de un individuo y una forma de eludir su responsabilidad y su libertad (p. 56)

Entonces, es allí donde la angustia surge de una preocupación frente al porvenir, de lo que no se ha alcanzado y de lo que se ha esperado, generando incertidumbre al no saber si se alcanzarán las metas y objetivos propuestos. Korstanje (1997) afirma que la angustia aparece en el hombre cuando este se halla frente a la posibilidad de elegir, se trata de la nada entender que lo que angustia es lo posible, lo que es nada porque sencillamente todavía no es algo; y, en esa misma línea se evidencia que las personas frente al padecimiento experimentan sentimientos de miedo.

Partiendo de Frankl (1990), toda persona tiene una misión en la vida, pero son los seres humanos quienes toman una responsabilidad de buscar el propósito que le da sentido a esa misión. No se debe buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir, cada uno debe llevar a cabo una meta o cometido concreto, «a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida.

Sin embargo, se puede llegar a un reconocimiento de sí mismo a partir de la experiencia, el ser humano a partir de ella logra un reconocimiento de sí mismo y encuentra un lugar en el mundo. El reconocimiento de sí mismo solo se logra cuando el ser humano puede hallar una comprensión de su padecimiento, en el momento que puede interiorizar sus experiencias y se separa de toda segregación de lo que el mundo cree acerca de su padecimiento, Riveros (2014) enuncia que en la búsqueda de una vida sana, el ser humano debe mirarse hacia adentro para alejarse de expectativas ajenas, poniendo en primer lugar su experiencia, la persona puede apartarse de este prejuicio de ser normal, igual a los demás.

Sumado a esto, para que exista un reconocimiento de sí mismo, que surge de la comprensión de toda experiencia, es necesario que el ser humano asuma una responsabilidad y la acepte, de manera consciente desde su papel en el mundo. En este sentido, Frankl (1994) expone que la responsabilidad está ligada a la búsqueda de sentido en las circunstancias específicas que la vida presenta. La responsabilidad, independientemente del ante qué o de qué, exige decidir qué cosas vamos a dejar realizadas en lo real y cuáles no, lo cual se va desplegando en recursos psicológicos. Rozo (1997) expone que son expresiones que permiten una auto trascendencia y autodistanciamiento; es decir, un funcionamiento pleno de la persona y que va en dirección a las capacidades espirituales, expresándose en un nivel de plenitud y ayudando a encontrar un sentido de vida.

Desde esa perspectiva, es en ese momento en el que las redes de apoyo son indispensables como soporte y facilitadores, definidas por Hobfoll y Stokes (1988) como las interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos, asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querido o amado, mostrando así el papel que representa la familia en las redes, según Lemos y Fernández (1990) una serie de círculos internos y externos, concéntricos en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño, los familiares y los amigos los más y, tal vez los compañeros de trabajo y otras personas el círculo exterior, lo que confirma que la familia se presenta como una pieza fundamental en los momentos difíciles y acompaña en el proceso de la comprensión. La familia es tan importante que es considerada como el núcleo esencial de la sociedad para las leyes e instituciones de apoyo en medio de los cambios, a pesar de que el concepto de familia se vea sometido a modificaciones, siempre se conserva su esencialidad.

En este sentido, para las personas con TAB, es crucial contar con su familia para hallar un sentido de vida, pues perciben el mundo de diferente manera, es decir, un mundo

más seguro proporcionando recursos, acompañamiento social y emocional, sentido de vida, motivación, apoyo, comunicación, entre otros, constituyéndose como el soporte más importante a quienes recurrir cuando se enfrentan a una crisis o una situación problemática para ellas. Esto, porque la familia es un espacio de acción donde se encuentran las dimensiones más básicas de seguridad, por la integración social y la reproducción material, generando un escenario de protección que satisface necesidades emocionales y existenciales, al igual que el apoyo social.

Finalmente, esto termina siendo un entramado de posibilidades para las personas con este padecimiento, ya que, al ser un trastorno que puede ser biológico o experiencial, crea una percepción diferente en cada uno, generando diferentes tipos de reacciones y vivencias subjetivas, las cuales se dan en el día a día de la persona que lo experimenta y sus acompañantes.

Consideraciones Finales

Experiencia

En esta categoría se concluye que las mujeres con TAB atraviesan experiencias dolorosas que generan un malestar en cada una de las esferas del funcionamiento social, laboral, físico, mental y emocional. Pese a esto, también pueden influir en encontrar un propósito de vida, fundamentado en la búsqueda de ese sentido y en la autoconciencia que permite un aprendizaje acerca de los defectos, motivaciones y actitudes, asimismo, propicia un conocimiento de las emociones y de la expresión de estas. Esto implica un reconocimiento de las experiencias que ayudan al reconocimiento de sí mismo, aportando a la forma cómo se perciben y la manera de afrontar su padecimiento, asumiendo su papel como parte activa de la sociedad.

Sentido de Vida

Se analiza que el ser humano en la actualidad busca un equilibrio que lo lleve a una conciencia plena de su realización; en esa búsqueda pueden presentarse situaciones adversas que desencadenen el sentimiento de frustración, el catalogar su vida como vacía, sin propósito, sin objetivo alguno, o bien, sin sentido. Por lo tanto, el sentido de vida de la mujeres con TAB está orientado a una única motivación que es su familia, en la que encuentran razones para observar el mundo de otra manera, descubriendo en su interior el sentido de su existencia; además, de considerarla como la fuerza primaria con la que se emprende la vida, lo cual les confiere satisfacción y aliento para levantarse y luchar por lo que desean sin limitantes, sino que se obtiene la voluntad o la actitud de decidir y clarificar su diagnóstico a partir de asumir su propia libertad y responsabilidad personal.

Vacío Existencial

A raíz de la incompreensión del diagnóstico de TAB, las mujeres empiezan a sentir emociones ligadas a minusvalía, desesperanza, angustia, apatía, ira, entre otras. Lo cual conlleva a que se sientan inútiles o insuficientemente aptas, para afrontar todo lo que trae consigo el TAB; emergiendo un vacío existencial, del cual se pueden sobreponer siempre que adquieran una mayor conciencia sobre su condición y, también, cuando hallan un propósito de vida apoyado por los recursos noológicos y redes de apoyo.

Recursos Noológicos

Se resalta la manera en que las mujeres, que padecen TAB, acuden a recursos inherentes al ser humano como son los recursos noológicos, para hallar soluciones a sus problemas, a aquellas manifestaciones psicofísicas que imposibilitan de manera significativa su desempeño en el diario vivir. Se evidencia el autodistanciamiento en la forma en cómo

estas mujeres asumen la capacidad de distanciarse de sus procesos emocionales y afectivos, logrando la autorregulación, implicando no solo espacios de introspección, sino también alejarse por un momento de las personas y de las consecuencias negativas que estas traen con sus juicios y poca comprensión del diagnóstico.

Del mismo modo, la autotrascendencia como recurso psicológico se evidencia en la forma en que logran distanciarse de sí mismas, direccionando hacia algo o alguien, enfocándose en actividades diarias e incluso futuras, como conseguir o mantener un empleo, la intencionalidad de controlar sus síntomas; en su familia como su principal apoyo, lo cual para estas mujeres es significado de autorrealización. La autotrascendencia, en síntesis, deriva de capacidades que le permiten un funcionamiento pleno a la persona.

Redes de Apoyo

Por último, sobre las redes de apoyo, se señala que son un factor fundamental en la vida de las mujeres con TAB, pues, si bien, en parte se ven excluidas de la sociedad por sufrir un trastorno, la familia, que es determinante y red fundamental en todo este proceso, se consolida más como fuente de apoyo y protección, ya que tienden a recurrir a su familia inmediatamente cuando algo sucede en ellas, generando una sensación de confort y confianza, la cual ayuda a establecer o fortalecer los vínculos primarios y, posteriormente, mejorar su sentido de vida y motivación frente a su padecimiento.

En la búsqueda de la comprensión de las experiencias de vida de las mujeres con TAB ubicadas en la ciudad de Medellín entre los 40 y 45 años, se puede evidenciar cómo las experiencias dolorosas pueden ocasionar un malestar social, personal y laboral; guiando un sentimiento de vacío existencial, en que se puede experimentar miedo, angustia, frustración y desesperanza hacia el futuro. Este vacío existencial puede influir en la pérdida del sentido de vida, llevando a los pensamientos de fatalismo o conductas autolesivas. Empero, cuando las

mujeres vivencian estas experiencias y consiguen tomar una postura desde la responsabilidad, y logran acudir a recursos psicológicos, los cuales aportan a la comprensión y el reconocimiento de sí mismas, pueden encontrar sentidos de vida que van guiados a la familia, a sus propósitos y metas personales.

Referencias

- Aparicio, D. y Alonso, A. (2012). Factores predisponentes del Trastorno Bipolar. *Psyciencia*, 1(1), 54-82.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, (16), 5-45.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M.. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica* 2(7), 162-167.
- Erikson, Eric. (1998). O Ciclo de vida completo. Porto Alegre Artmed.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca del sentido*. Herder.
- Frankl, V. (1990). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Herder.
- Frankl, V. (1994). *Logoterapia y análisis existencial*. Herder.
- García, G., y De Castro, A. M. (2009). La psicopatología como máscara de la existencia. *Universitas Psychologica*, 7(2), 600.
- Hobfoll, S. E. y Stokes, J. P. (1988). *The process and mechanics of social support*. InS. Duck.
- Korstanje, M. (1997). *El miedo en el nuevo milenio: un abordaje antropológico para comprender la postmodernidad*. Universidad de Málaga.
- Lemos, S. y Fernández, J. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2(2), 113-135.
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología. 6 de septiembre de 2006. D.O. 43383.
- López, R. (2017). Qué es un trastorno mental grave y duradero. *EduPsykhé*, 16(1).
- Martínez, E. (2011). Comprensión existencial del trastorno evitativo de la personalidad. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 1 (2).

- Nogueira, M. J. (2015). La espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(2), 33-50.
- Organización Mundial de la Salud -OMS-. (1946). *Conferencia Sanitaria Nacional*. Nueva York.
- Ricoy, C. (2006). Contribuciones sobre los paradigmas de la educación. *Educação* 31 (01), 11-22.
- Riveros, E.(2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 1(1), 135-186.
- Rozo, Jairo A. (1997). Viktor Frankl o el sentido de la existencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30 (2), 355-361.
- San Martín, H. (1981). *Salud y enfermedad: ecología humana, epidemiología, salud pública, medicina preventiva, sociología y economía de la salud*. La Prensa Médica Mexicana.
- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13 (13).
- Sánchez, A. (s/f). Psicoterapia humanística: un modelo integrativo. *Robertexto*.
http://www.robertexto.com/archivo18/psico_humanis.htm
- Sánchez, J. (2005). El fatalismo como forma de ser en el mundo del latinoamericano. *Psicogente*, 8 (13), 55-65.