

REPRESENTACIONES SOCIALES EXISTENTES EN UNA FAMILIA HACIA UNO DE SUS MIEMBROS CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

CAMILA ALMONACID, NATALIA BURGOS, VANESSA MALDONADO, JOHANA POLO*
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

FECHA RECIBIDO: 03/08/2007

FECHA ACEPTADO: 13/08/2007

RESUMEN

Esta es una investigación cualitativa, de orientación etnográfica cuyo propósito es identificar las representaciones sociales existentes en una familia hacia uno de sus miembros con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB); para lo cual se trabajó con la familia de una persona diagnosticada con este trastorno, con los cuales se realizó una serie de observaciones sistemáticas y entrevistas a profundidad propias del método etnográfico. Los resultados obtenidos en la investigación mostraron que las representaciones sociales que tiene la familia respecto al individuo con TAB, están relacionadas con la necesidad que tiene la familia, de asumir la enfermedad del sujeto como una situación real que genera emociones específicas y que afecta de manera directa la dinámica familiar.

Palabras clave. Representación social, trastorno afectivo bipolar, familia.

* Investigación realizada por estudiantes de quinto semestre de la Universidad de San Buenaventura como proyecto integrador en el primer semestre de 2007.

ABSTRACT

This is a qualitative investigation, of ethnographic orientation that had as purpose to identify the existent social representations in a family toward one of their members with bipolar affective dysfunction; for that which we worked with the family of a person diagnosed with bipolar affective dysfunction, to those which, were carried out a series of observations and interviews owned of the ethnographic method. The results obtained in the investigation, showed that the social representations that has the family regarding the individual with TAB, they is it in relation with the need that the family have about assume the subject's sickness like a real situation that generated specific emotions and that it affects in a direct way the family dynamics.

Key Words. Social representation, bipolar affective dysfunction, family.

A lo largo de la historia el hombre ha intentado dar explicaciones satisfactorias a aquellas cosas que de alguna manera no alcanza a comprender; una de estas ha sido la enfermedad mental, los griegos fueron los primeros en intentar describir de una manera más coherente los problemas mentales de los individuos, planteando que los trastornos se debían a causas y procesos naturales al igual que las enfermedades físicas; desde ese momento el concepto de locura tuvo un cambio radical y fue considerado no como un castigo divino o una maldición, sino como una enfermedad que tenía una causa natural. Hipócrates médico de origen griego, quien fue uno de los primeros en describir algunos de los desórdenes mentales, planteó la teoría de los humores basada en los cuatro elementos asociados a cuatro cualidades específicas: fuego-calor, tierra-sequedad, agua-humedad y aire-frío. A cada uno de estos elementos correspondía un humor orgánico específico, así: sangre en el corazón, flema en el cerebro, bilis amarilla en el hígado y bilis negra en el vaso. Según esta teoría la enfermedad se producía por un desequilibrio entre los humores, por lo cual era necesario tratarla con medicamentos que tuvieran cualidades contrarias al humor que se encontraba en desequilibrio (Belloch, Sandín, & Ramos, 1996).

A medida que fueron evolucionando las teorías, conceptos patológicos y tratamientos, las enfermedades mentales fueron consideradas como con-

ductas anormales de origen biológico, causadas por procesos naturales. Estos postulados posteriormente tomaron más importancia y permitieron una clasificación más específica. Dentro de las patologías que empezaron a ser estudiadas se encontraba la psicosis maníaco-depresiva, como en un principio se denominó al trastorno afectivo bipolar; su historia se inicia con la descripción de los conceptos de manía y depresión, los cuales se estudiaban de manera independiente. Las palabras melancolía como era llamada la depresión en la antigüedad y la manía tienen su origen en el lenguaje griego clásico, su definición estaba basada en la teoría de los humores planteada por Hipócrates. La palabra melancolía, derivada del griego “melas” que significa negro, estaba referida al exceso de bilis negra, lo cual producía en el individuo una indisposición en el organismo caracterizada por mal genio, y tristeza; y la manía proveniente del griego “manía” estaba referida al aumento de la bilis amarilla. Posteriormente en el siglo II a. C. Arateo de Capadocia, brinda una de las primeras descripciones de cuadros de manía y melancolía. Durante muchos siglos posteriores, se utilizó la denominación manía para cuadros de agitación y excitación, sin embargo, no hubo una profundización en el manejo de este concepto. Solamente hasta el siglo XIX se asociaron clínicamente la manía y la depresión como un concepto clínico; estos cuadros estaban caracterizados por excitación y tristeza, seguidos de un periodo neutro de duración variable (Vieta, 1999).

La principal referencia histórica dentro del conocimiento y desarrollo del trastorno afectivo bipolar fue la planteada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien delimitó de forma clara y consistente la enfermedad; de la misma manera inició el estudio de los síntomas y el diagnóstico de esta patología a la cual denominó psicosis maníaco depresiva en donde los sujetos muestran notables alteraciones del funcionamiento del pensamiento y de la voluntad (Rulloba & Ferrer, 2000).

En la actualidad la Asociación Americana de Psiquiatría en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) define el trastorno afectivo bipolar (TAB) como una enfermedad mental crónica, que

supone un desequilibrio de la química cerebral, además de un problema con una base biológica y la interacción de éste con situaciones que generan estrés; esta psicopatología afecta los mecanismos que regulan el estado de ánimo, por lo tanto está conformada por una mezcla de trastornos de este tipo que incluyen episodios de depresión mayor (EDM), episodios maníacos y episodios hipomaníacos.

En un estado de depresión mayor se presenta un estado de ánimo depresivo y anhedonia, es decir la falta de interés o capacidad para el placer, por un periodo mínimo de dos semanas y casi todos los días; si estos episodios afectan negativamente la vida del individuo es necesario evaluar también si existe pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, activación motora, cambios importantes en el apetito y tentativas de suicidio; la presencia de todos y cada uno de estos síntomas no es requisito para diagnosticar un EDM, basta con la presencia de uno de los síntomas principales y tres o cuatro de los restantes, siendo precavidos al examinar que estos no sean generados por una sustancia psicoactiva, un proceso de duelo normal o de una enfermedad general (Newman, Leahy, Beck, Reilly & Gyulai, 2005).

A diferencia de un episodio de depresión mayor en un episodio maníaco la duración debe ser de mínimo una semana y el estado de ánimo es anormal y por lo general elevado e irritable además de una autoestima exagerada, una baja en la necesidad de dormir durante varios días seguidos, verbosidad, fuga de ideas, pensamiento acelerado y dedicación excesiva en la consecución de metas u objetivos, así como conductas hedonistas que al igual que los demás síntomas tienden a ser negados o minimizados por el sujeto (Miklowitz, 2004).

La combinación de estos dos episodios es necesaria para que se diagnostique trastorno bipolar I, a menudo este diagnóstico puede resultar complicado ya que se puede confundir con un EDM, por lo tanto es un requisito que el individuo haya sufrido un episodio maníaco en algún momento de su vida (Newman & cols., 2005).

Cuando los síntomas combinados de un EDM y un episodio maníaco se presentan en un periodo de al menos una semana casi todos los días y afectan gravemente la vida laboral, social e interpersonal del individuo se habla de un episodio mixto, en este, el estado de ánimo es maníaco grave, lo cual aumenta las tendencias suicidas y hace más difícil su tratamiento farmacológico ya que frecuentemente está relacionado con consumo de sustancias y disfunciones neurológicas (Vieta, 1999).

Existe la posibilidad de que se presente un episodio parecido al maníaco pero de duración más corta y cuyas consecuencias interfieren menos en las actividades del sujeto, sin embargo, en estos casos conocidos como episodios hipomaníacos el individuo continúa teniendo ideas de grandiosidad, disminución en la necesidad de dormir, distractibilidad, dedicación obsesiva en la consecución de metas y actitudes hedonistas pero sin la presencia de síntomas sicóticos como en el episodio maníaco. Episodios de este tipo junto con uno de depresión mayor forman un trastorno bipolar II, este rara vez requiere de hospitalización (Newman & cols., 2005).

El trastorno afectivo bipolar ya sea tipo I ó II puede presentarse con ciclos rápidos, es decir cuando se dan cuatro o más episodios en el periodo de un año. Al igual que en la mayoría de las patologías, en el TAB existe una categorización de trastorno bipolar no especificado en el que se incluyen aquellos trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ninguno en específico.

Además de identificar qué clase de trastorno presenta un individuo, es decir tipo I ó II es necesario tener en cuenta que estos a menudo se ven acompañados por otros que hacen más difícil su tratamiento, como trastornos de ansiedad y de personalidad, haciendo que sean mayores las conductas descontroladas generando finalmente más y mayores problemas para el paciente y su familia (Miklowitz, 2004).

El trastorno afectivo bipolar está directamente asociado a causas genéticas, neuroquímicas y psicosociales. Las causas genéticas son una de las más

importantes, sin embargo, no son suficientes para explicar la patología. Existe una alta evidencia de que los trastornos afectivos son hereditarios en cierta medida. Se realizaron estudios con familias examinando a sujetos con esta patología y se encontró que familiares de estos sujetos presentaban TAB o cualquier otro trastorno de tipo afectivo (Vieta, 1999).

Con los estudios realizados en busca de las causas del trastorno afectivo bipolar, se encontró, que los cambios del estado de ánimo de los pacientes bipolares, reflejan una alteración en algunos sistemas de neurotransmisión cerebral; es decir que los neurotransmisores desempeñan un papel importante en la fisiopatología de la enfermedad (Miklowitz, 2004).

Algunos de los neurotransmisores relacionados con el trastorno afectivo bipolar son la dopamina, cuyo exceso está relacionado con los episodios maníacos de los sujetos; la noradrenalina está implicada en la fisiopatología de la depresión; la serotonina que participa en los mecanismos de la depresión y la manía; la acetilcolina cuyo aumento se asocia a la fase depresiva y su descenso a la fase maníaca y por último el ácido gamma-amino butírico, influye dentro del TAB ya que es uno de los principales inhibidores del sistema nervioso central (Vieta, 1999).

Es importante mencionar la relación existente entre los trastornos afectivos y las características psicosociales del individuo, ya que este tipo de variables son determinantes para el desencadenamiento de los episodios del trastorno. Dentro de estos factores se encuentran los acontecimientos vitales que están referidos a los acontecimientos positivos y negativos de la vida del sujeto, sin embargo, lo anterior no ha podido establecerse como una causa o consecuencia específica, pero se sabe que influyen de forma constante en la aparición de los episodios, ya sea maníacos o depresivos de los sujetos (Vieta, 1999).

Además de las posibles causas ya mencionadas para el trastorno estudiado en esta investigación, el modelo cognitivo conductual afirma que existen otros factores que sustentan este síndrome, tales como esquemas, nodos ge-

nerales de actuación y estilos de atribución. Al hablar de esquemas se hace referencia a los sistemas de creencias de cada individuo que interactúan con la percepción que éste tiene de los sucesos que le van aconteciendo a lo largo de la vida, cuando estos esquemas actúan tienen una gran influencia sobre el procesamiento de la información que el sujeto hace, por lo que éste tiende a fijar su atención en la información relacionada con el esquema dándole un valor excesivo. La presencia simultánea de esquemas positivos propios de la manía y esquemas negativos relacionados con la depresión tienden a ser muy pronunciados en los estados mixtos (Newman & cols., 2005).

Los esquemas tienen su causa o son el resultado de la interacción del sujeto con el ambiente desde la infancia hasta la madurez, sin embargo, se cree que los esquemas que se crean en la infancia cuando el niño se enfrenta a situaciones negativas son los que tienen las consecuencias más devastadoras durante la madurez; las creencias de orden superior, es decir los esquemas que se crean en la adolescencia y en la madurez también pueden reducir la autoestima y aumentar la desesperanza, características del trastorno bipolar. Cuando un sujeto se enfrenta a un episodio afectivo grave sus patrones de comportamiento deben englobarlo todo; por lo tanto para poder estudiar y posteriormente tratar un TAB es necesario hablar de redes integradas (nodos) de carácter conductual, afectivo o cognitivo; es decir combinaciones de esquemas consolidados, hábitos de conducta aprendidos y emociones intensas que han sido difíciles de asimilar. Cuando los nodos se activan porque el sujeto se enfrenta a las situaciones de la vida o por otros factores, los “rasgos predispuestos” mencionados cuando se habló de las posibles causas del trastorno bipolar se expresan en los estados extremos de su actuación emocional y conductual (Newman & cols., 2005).

La activación de esquemas y nodos no se da igual en todos los pacientes ni ante todas las situaciones, dicha activación está determinada por la intensidad de la carga que a su vez es el resultado de la historia de aprendizaje del sujeto, sus rasgos cognitivos, la importancia de los sucesos en un momento dado y de la intensidad del desequilibrio biológico que le sigue. Además

de los esquemas y los nodos, los sistemas de atribución tienen un papel determinante dentro del trastorno bipolar ya que diferentes investigaciones han demostrado que es posible ayudar a los pacientes haciéndoles ver que no tienen el control ni la culpa de muchas de las situaciones de la vida, lo que les ayuda a afrontarlas con más calma evitando así tantas oscilaciones en su estado de ánimo (Vieta, 1999).

Hacer caer en la cuenta al sujeto de todo esto, es solo una parte de la terapia cognitiva que se basa en el principio que el sujeto juega un papel activo en la terapia, por lo que el terapeuta desde el comienzo le explica el papel que juegan las cogniciones en el trastorno y su tratamiento, es decir le comunica al paciente que puede utilizar sus cogniciones para contrarrestar los fuertes cambios afectivos y los comportamientos irracionales, reduciendo así el riesgo de suicidio al poder evaluar de mejor forma las decisiones que toma ante los diferentes eventos, además mejorará sus relaciones afectivas y familiares al mismo tiempo que disminuye su sentimiento de vergüenza y desesperanza. Los sentimientos generados en la persona por el padecimiento del trastorno, también pueden estar determinados por las percepciones establecidas por su familia, la cual representa el entorno social en el cual se desenvuelve el individuo; para efectos del presente proyecto, la familia, será entendida como el grupo de personas que comparten lazos de consanguinidad, lazos legales u obligaciones verbales explícitas con el sujeto estudiado y que conviven con este en un mismo espacio (Newman & cols., 2005).

Para entender las percepciones que son establecidas en la familia de una persona con trastorno afectivo bipolar, es necesario entender cómo se construye el pensamiento social; una de las áreas de la psicología que se ha encargado de estudiar la forma en la cual los individuos perciben el mundo social es la psicología social; que al tener como objetivo fundamental el estudiar la relación entre los individuos, afirma que toda interacción genera o produce símbolos que tienen al mismo tiempo significados compartidos socialmente, es por esto que se adopta la teoría de las representaciones sociales (Baró, 1997).

Una representación social es un conocimiento general compartido por los miembros de un grupo o sociedad; específicamente para Jodelet (1993), una representación es “una forma de pensamiento social, que a su vez constituyen modalidades de pensamientos prácticos orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno material e ideal” (p. 474).

Para que un individuo consiga transformar un determinado conocimiento en una representación social y sucesivamente comprender lo social, son necesarios dos procesos fundamentales: la objetivización y el anclaje.

La objetivización hace referencia a materializar el conocimiento general. Para llegar a esto es necesario a su vez, primero, “seleccionar y descontextualizar los elementos de la teoría” (Jodelet, 1993, p. 482), es decir seleccionar las representaciones de acuerdo a los criterios culturales y normativos; segundo, formar un esquema por medio de un núcleo figurativo que permita comprender las representaciones de forma individual y social, este planteamiento está relacionado con el enfoque estructural de la representación social, ya que como su nombre lo indica, intenta encontrar la estructura de la representación mediante un núcleo específico (Banchs, 2000), y por último la naturalización, que gracias al núcleo figurativo logrará integrar todos los elementos de la representación.

El anclaje es la consolidación de la representación ya establecida, luego de haberle otorgado un significado y una utilidad, de esta manera el anclaje permite la interacción entre la función cognitiva de la representación y su función social (Jodelet, 1993).

La cognición social influye determinantemente en la representación que tiene la persona del mundo, ya que cuando una representación se activa, se encarga de organizar y estructurar internamente los contenidos de la realidad, actuando entonces en este proceso la identificación, el reconocimiento y la evocación de los objetos (Echebarría, 1997).

Dentro de la cognición social se encuentran los esquemas mentales, que son un conjunto de acciones mentales organizadas que se interiorizan y que siguen una serie de reglas y normas. De igual forma se encuentra al interior de esta postura el término de prototipo, que hace referencia a un grupo de atributos o rasgos que se asocian por lo general a los miembros de una categoría social; a su vez, una categoría es el conjunto de objetos considerados iguales o equivalentes y que se organizan alrededor de los prototipos. Existe una jerarquía prototípica que determina el grado de conocimiento social: nivel intermedio, nivel supraordenado, que es más general y nivel subordinado que es más concreto (Echebarria, 1997).

Cuando un esquema ha interiorizado una representación, un escenario se encarga de representar esos atributos en prototipos asociados a determinadas categorías de la representación, por tanto es posible considerar que tanto un prototipo como un escenario son aspectos fundamentales de los esquemas, aunque los prototipos se encuentren asociados a las funciones de categorización y de conocimiento de los esquemas y los escenarios a las funciones de utilidad y de orientación de la acción (Morales, 2001).

Según Abric (1993), la organización interna de las representaciones sociales, puede estar sustentada en dos sistemas con funciones específicas y complementarias; el primero de ellos es el sistema central, compuesto por el núcleo central de la representación. Este sistema está directamente relacionado con las condiciones históricas, sociológicas, e ideológicas del sujeto y permite que la representación sea concreta, continua y consistente.

El segundo sistema corresponde al periférico, que si bien trabaja de forma diferente al sistema central, constituye el complemento de sus funciones, ya que es el encargado de concretizar el sistema central para una elaboración correcta de la acción, es decir, la acción debe ser correspondiente a la representación elaborada.

Para poder comprender la estructura de las representaciones sociales, es necesario descomponerla en dos componentes principales, primero,

un componente cognitivo en donde el sujeto o el grupo juegan un papel importante y activo dentro de la apropiación y reestructuración mental de la realidad y segundo, un componente social en el cual la representación social se crea a partir de la interacción de los individuos y con ellos de sus propias representaciones (Abric, 1996).

Según lo anterior, las representaciones sociales determinan si las familias y los sujetos con TAB pueden o no lograr una comunicación suficiente para alcanzar una estabilidad en su núcleo familiar; sin embargo, en la mayoría de los casos, el ambiente familiar de estas personas se caracteriza por la transferencia de sentimientos de culpa directa o indirectamente al paciente, esto sucede si el comportamiento del individuo afectado supera la tolerancia de su grupo familiar, y esto conlleva a un empobrecimiento de la historia y estructura familiar. De igual manera, cuando el individuo no logra reparar la inestabilidad familiar causada por su condición, se intensifica su sentimiento de culpa y desarrolla sentimientos difusos de rencor y frustración hacia su familia y posteriormente hacia personas que lo rodean. Sin embargo, la familia en ocasiones cumple el papel de estabilizar la crisis, cabe especificar que esta estabilidad es solo pasajera precisamente por la condición del individuo (Miklowitz, 2004).

Los síntomas que se presentan en el sujeto con TAB, pueden tener un impacto en la vida familiar, ejerciendo una influencia positiva o negativa en el tratamiento, siendo determinantes la comunicación y el afrontamiento de los problemas en la recuperación del paciente y miembro de la familia. La familia debe aprender a formular sus inquietudes, temores e inconformismos de manera constructiva sin estigmatizar al paciente; considerando que la conducta negativa no es generada únicamente por su mal carácter, sino entendiendo que los cambios extremos del estado de ánimo hacen difícil para él mismo controlar lo que dice y hace (Newman & cols., 2005).

El terapeuta realiza con el paciente y sus familiares terapias para tener la oportunidad de observar la interacción entre la familia, para ver si hay una comunicación adecuada con el paciente. Debido al rol activo que el

paciente y su familia desarrollan dentro de la terapia, el terapeuta tiene la oportunidad de “educarlos” dándoles la información acerca de los síntomas y tratamientos del TAB; corrigiendo la percepción que ellos tienen de enfermedad, de acuerdo con las representaciones sociales de carácter negativo que han podido quedar ancladas a causa de la imposibilidad de sobrellevar las dificultades que el trastorno trae consigo. Por último el terapeuta puede intervenir en las pautas de comunicación negativas y mostrar las que pueden mejorar la relación entre el paciente y su familia (Miklowitz, 2004).

En el enfoque cognitivo es importante centrarse en el presente para que la familia pueda hacer cambios en sus interacciones con el fin de disminuir los niveles de estrés para el paciente y para la familia. Es importante realizar un examen de historia familiar para determinar los esquemas familiares que puedan aumentar confusiones y conflictos (Newman & cols., 2005).

PROBLEMA

¿Cuáles son las representaciones sociales existentes en una familia hacia uno de sus miembros con trastorno afectivo bipolar?

Objetivo general

Identificar las representaciones sociales existentes en una familia, hacia uno de sus miembros con trastorno afectivo bipolar.

Objetivos específicos

Conocer las representaciones sociales existentes en la familia acerca del trastorno afectivo bipolar.

Reconocer las representaciones sociales existentes frente a la dinámica familiar, en presencia de un miembro de la familia con trastorno afectivo bipolar.

Identificar las representaciones sociales relacionadas con la percepción que tiene la familia frente al sujeto con trastorno afectivo bipolar.

Conocer las representaciones sociales existentes frente a las emociones que se generan a partir de la convivencia con un miembro de la familia con trastorno afectivo bipolar.

MÉTODO

Tipo de investigación

Se realizó una investigación cualitativa de orientación etnográfica, que pretendía describir las representaciones sociales que hay en la familia frente a uno de sus miembros con trastorno bipolar, a través de una serie de entrevistas y diarios de campo que permitieron dar a conocer las diferentes concepciones de cada uno de los miembros acerca de la enfermedad de su familiar diagnosticado con trastorno afectivo bipolar.

Participantes

La muestra fue constituida por la familia de una mujer de cincuenta y dos años de edad diagnosticada con trastorno afectivo bipolar. La familia estaba compuesta por seis (6) miembros incluyendo a la mujer con TAB, todos residentes del barrio Teusaquillo de la ciudad de Bogotá.

Procedimiento

FASE 1: Para el conocimiento de las representaciones sociales existentes en una familia hacia un miembro con TAB, se realizó una revisión bibliográfica de los contenidos pertinentes al problema de investigación. Para la selección de la muestra los investigadores buscaron la familia de una persona diagnosticada con TAB, que se encuentre actualmente en tratamiento psiquiátrico.

FASE 2: Para la recolección de los datos se realizó un trabajo de campo compuesto por dos visitas a la familia con la cual se hizo la investigación.

En las visitas se realizaron entrevistas a cada uno de los integrantes de la familia, así como a la persona con el trastorno afectivo bipolar, adicionalmente fue realizado un diario de campo de cada una de las visitas domiciliarias que fueron realizadas por el grupo de investigación

FASE 3: Después de la recolección de los datos obtenidos, se procedió a la organización y clasificación mediante una categorización de la información y para su posterior análisis se realizó una taxonomía de los datos para una mayor comprensión e interpretación.

RESULTADOS

Para el análisis de los resultados obtenidos mediante las entrevistas y observaciones realizadas a los integrantes de la familia del sujeto con trastorno afectivo bipolar, se realizó una categorización de tipo deductivo la cual se deriva directamente del problema de estudio. Para su realización se tuvo en cuenta los objetivos específicos planteados en la investigación. Posteriormente, fueron agrupadas las proposiciones más representativas obtenidas en las entrevistas realizadas a lo largo del proceso investigativo según las categorías deductivas, finalmente a cada uno de los grupos de los asignó una categoría inductiva, la cual se deriva específicamente de los datos obtenidos, permitiendo su posterior interpretación.

Para una clasificación más detallada de la información contenida en las subcategorías, se realizó una taxonomía para visualizar los datos y lograr establecer relaciones entre los mismos (ver Figura 1) (Bonilla & Rodríguez, 1997).

Según los objetivos específicos planteados en la investigación, las categorías deductivas establecidas fueron: CONOCIMIENTO FAMILIAR DEL TRASTORNO, a la cual corresponden las siguientes categorías inductivas: síntomas, causas, enfermedad, negación, desconocimiento, responsabilidad, definición y extrañeza.

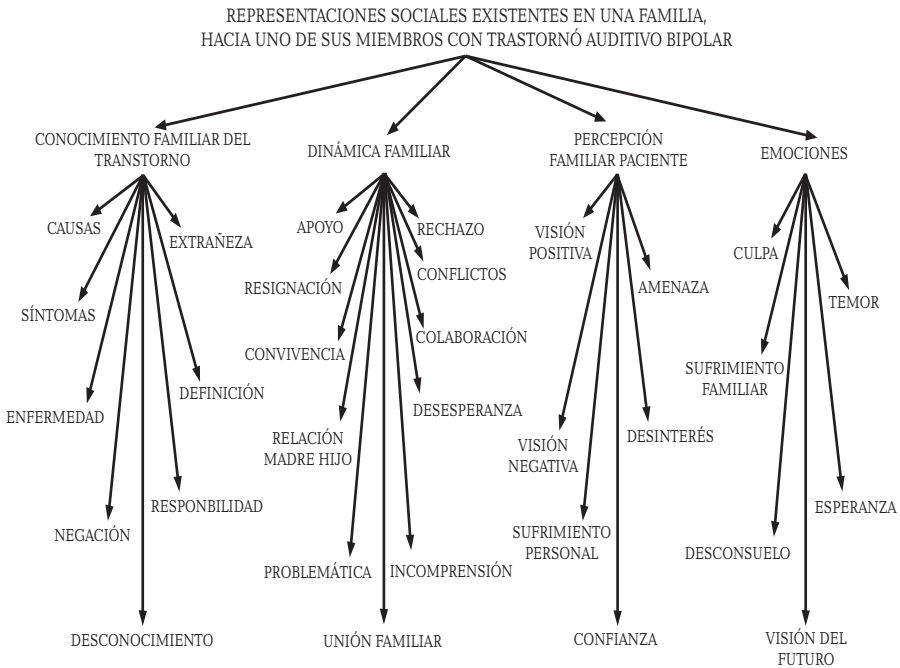
La segunda categoría deductiva fue DINÁMICA FAMILIAR, a esta categoría corresponden apoyo, resignación, convivencia, relación madre-hijo, problemática, unión familiar, desesperanza, colaboración, incomprensión, conflictos y rechazo.

La tercera categoría corresponde a PERCEPCIÓN FAMILIAR-PACIENTE, en esta categoría se incluyen visión positiva, visión negativa, sufrimiento personal, confianza, desinterés y amenaza.

La cuarta y última categoría fue EMOCIONES a la cual corresponden culpa, sufrimiento familiar, desconsuelo, visión del futuro, esperanza y temor.

De acuerdo con la categorización establecida, se encontró que las representaciones sociales existentes en la familia se relacionan con la necesidad de ésta de aceptar y asumir el trastorno del sujeto, las emociones y conflictos que éste pueda generar dentro de la dinámica familiar.

Figura 1. Taxonomía de las representaciones sociales.



DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo identificar las representaciones sociales existentes en una familia hacia uno de sus miembros con trastorno afectivo bipolar. Con el fin de alcanzar este objetivo, se realizó una búsqueda de la teoría de las representaciones sociales y del trastorno afectivo bipolar. Este sustento teórico permitió entender los diferentes conceptos pertinentes al problema de investigación, y fue útil para el análisis de los resultados obtenidos.

Para la descripción de las representaciones sociales fueron realizadas diversas entrevistas y observaciones a los miembros de la familia y al sujeto con TAB, estas herramientas fueron utilizadas con el fin de recoger el conocimiento compartido de los mismos.

Los resultados obtenidos fueron analizados mediante una categorización basada en los objetivos planteados y en los datos recolectados. Adicionalmente se realizó una taxonomía para organizar la información y permitir establecer relaciones entre los datos.

En la categorización realizada fueron establecidas 4 categorías deductivas correspondientes a los 4 objetivos específicos planteados, cada una de ellas se compone de una serie de proposiciones agrupadas a las cuales se les asignó una etiqueta que corresponde a las categorías inductivas.

La primera de las categorías deductivas planteadas fue: conocimiento familiar del trastorno; esta categoría permitió encontrar el conocimiento compartido de la familia del sujeto con TAB frente a la percepción del trastorno afectivo bipolar. A esta categoría pertenecen las etiquetas: síntomas, causas, desconocimiento, extrañeza, enfermedad, definición, responsabilidad y negación. Después de analizadas las diferentes agrupaciones de proposiciones en las categorías inductivas anteriormente nombradas, se encontró que la familia tiene ideas compartidas acerca del trastorno, el cual fue definido como un problema mental, que tiene una sintomatología

característica en donde la sujeto manifiesta un cambio en su temperamento, pérdida del apetito, falta de sueño, oscilaciones entre tristeza y euforia. Las causas del trastorno bipolar fueron asociadas por los sujetos con diferentes aspectos de orden emocional y conductual, tales como falta de distracción, amor y compañía en la infancia; adicionalmente proponen que el trastorno se debe a un mal funcionamiento fisiológico.

Estas representaciones son organizadas por el sistema central de la representación, ya que constituyen conceptos generales y continuos acerca de un concepto particular (Abric, 1993), dichas representaciones van a influir posteriormente en las respuestas emitidas por los sujetos en relación a la sujeto con TAB, ya que su sistema de creencias genera pautas de comportamiento específico frente a los diferentes estímulos que les provee el ambiente.

Al indagar acerca de la percepción de la familia frente al trastorno, se encontró que los sujetos, ven la enfermedad como algo real y cotidiano, sin embargo, frente a este aspecto, no se puede asegurar una representación social, ya que algunos de los miembros de la familia, plantean la gravedad de la enfermedad así como las múltiples problemáticas que esta trae consigo. Además, se hizo evidente la negación de la enfermedad por parte de algunos familiares. Esta percepción de la familia acerca de la enfermedad evidencia la necesidad de aceptar los diferentes cambios que por ésta se producen en el sujeto afectado, y que influyen de manera permanente en la dinámica familiar.

Para entender cuáles son las representaciones sociales frente a la dinámica que se maneja al interior de la familia, se planteó la segunda categoría deductiva llamada Dinámica familiar, que a su vez incluye las categorías inductivas: problemática, colaboración, convivencia, unión familiar, conflictos, relación madre-hijo, rechazo, desesperanza, incomprensión, resignación y apoyo. En esta categoría se encontró una representación social de un ideal de familia unida y amorosa. Sin embargo, se evidenciaron diversas problemáticas y conflictos, debido a la incomprensión hacia la persona con TAB por parte de algunos miembros de la familia.

Dentro de la dinámica familiar es posible identificar un sentimiento de desesperanza y resignación frente al tratamiento y evolución del trastorno, donde la única forma de colaboración es lograr que el sujeto, tome los medicamentos correspondientes y brindar un apoyo especial. La actitud encontrada frente a este aspecto tuvo una alta carga afectiva sustentada en una sensación de impotencia frente a la solución de la problemática. Sin embargo, y a pesar de los conflictos encontrados, la familia comparte el conocimiento de que el apoyo familiar es de vital importancia y debe primar sobre la falta de comprensión.

Según la revisión conceptual realizada para la presente investigación y los resultados obtenidos en la misma, cabe afirmar que los conflictos en la dinámica familiar inician cuando el comportamiento del individuo afectado supera la tolerancia de su grupo familiar al establecerse una incompreensión por parte de los miembros de la familia hacia la persona con el trastorno (Miklowitz, 2004).

De esta misma manera se evidenció cómo el sentimiento de culpa generado por los familiares y por la persona con TAB, influyen en las relaciones que se establecen, encontrando en algunos casos un rechazo mutuo.

En esta categoría, las representaciones sociales se organizan a partir del sistema periférico de la representación en donde se concretiza la información con el fin de elaborar correctamente la acción, es decir, la acción es correspondiente a la representación elaborada. En este caso, los familiares de la paciente manifiestan en su representación, una familia con conflictos pero con un ideal de familia unida, así mismo, las acciones de los sujetos son correspondientes a su esquema de pensamiento al mostrarse interesados en mejorar y estabilizar la cotidianidad de la sujeto con el trastorno y por la misma vía, de la familia en general.

La tercera categoría corresponde a la percepción de la familia hacia la sujeto con TAB, en esta se incluyen: desinterés, visión negativa, visión positiva, sufrimiento personal, amenaza y confianza. En esta categoría

se encontró una actitud desinteresada frente a los síntomas y actitudes de la sujeto con TAB, dicha actitud está relacionada con el sentimiento de incapacidad y culpa al no poder solucionar la problemática. De igual manera se encontró una visión positiva y negativa de la sujeto, de acuerdo a las actividades realizadas por la misma y frente a su responsabilidad en el cuidado de su salud. También, los familiares manifestaron la preocupación hacia la paciente por causa del sufrimiento que genera una enfermedad mental.

La percepción establecida hacia la sujeto con TAB fue predominantemente positiva, sin embargo, algunos de los integrantes manifestaron de forma concurrente los conflictos familiares a causa de las actitudes de la sujeto.

Estas representaciones sociales están ligadas a la historia de aprendizaje de cada sujeto, determinando la forma en la que se desarrolla la relación familiar. La percepción incluida en el esquema, y de acuerdo con el prototipo presente en el mismo, serán las herramientas para realizar la acción, así: los familiares tienen una visión negativa de la paciente, con lo cual sus acciones generarán conflicto.

La cuarta categoría corresponde a Emociones, esta categoría fue planteada con el fin de encontrar las emociones que se generan a partir de la situación familiar y la convivencia con una persona bipolar. Las categorías inductivas pertenecientes a este grupo son: culpa, desconsuelo, sufrimiento familiar, temor, esperanza y visión del futuro.

Frente a este aspecto se encontró principalmente dolor, y desesperanza frente a la problemática, ésta es una representación social que permea las relaciones que se establecen entre los integrantes. De igual manera se manifestó angustia o temor, frente a la posibilidad de nuevas crisis o episodios críticos en la enfermedad de la sujeto. Y un sentimiento de culpa en los integrantes de la familia, al encontrarse incapacitados para solucionar los sufrimientos de la sujeto y los propios.

Todas las representaciones sociales encontradas a través del análisis categórico de la información pueden ser explicadas desde el modelo cognitivo conductual, como sistemas de creencias que son adquiridas a lo largo de la vida de los sujetos de acuerdo con las experiencias vividas; estos sistemas de creencias se consolidan como esquemas, los cuales orientarán de manera permanente, el desempeño del individuo en todos los campos en los que se desenvuelve.

En este caso particular, se evidencia una influencia importante de las representaciones sociales de la familia, correspondientes a diversos aspectos relacionados con la sujeto con trastorno afectivo bipolar frente al funcionamiento familiar actual; ya que los pensamientos negativos y desesperanzados de los sujetos generan emociones particulares en cada uno de los miembros de la familia, con lo cual las relaciones entre los mismos varían.

Finalmente y luego de haber analizado cada una de las categorías, es posible identificar que las representaciones sociales existentes en la familia de un sujeto con TAB, varían dependiendo de la relación de cada uno de los miembros con la sujeto, de la percepción y conocimiento que estos tienen acerca del trastorno mismo, así como de las experiencias que se han tenido con la sujeto a lo largo de la vida, tanto en los episodios de manía y depresión como en los momentos en los que la sujeto no se encuentra en crisis.

En la familia se percibe una actitud positiva frente a la situación de tener un miembro con TAB aunque existen conflictos que no permiten una completa unión familiar y que tiene gran relevancia en la vida de la sujeto y esto a su vez influye en el desencadenamiento de los episodios que en varias ocasiones han sido por hechos estrechamente relacionados con problemas familiares.

Las representaciones sociales existentes en la familia se ven constantemente reforzadas por las experiencias que estos viven ya que la información que entra es asimilada según el esquema existente, por lo que cada evento refuerza o despierta el miedo existente hacia una nueva crisis de la sujeto

que contribuya a fortalecer los problemas existentes dentro de la dinámica familiar, lo que a su vez conllevaría a que la evolución del trastorno desmejorara.

Las categorías encontradas al hacer el análisis y discusión de los resultados permiten identificar que son muchas y muy variadas las representaciones existentes dentro de una sola familia y que cada una de ellas aunque representa un conocimiento compartido varía de cierta forma dependiendo de los esquemas y actitudes de cada miembro de la familia

REFERENCIAS

- Abric, J. (1993). Central system, peripheral system: Their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representations*. 2, 75-78.
- Abric, J. (1996). Specific processes of social representations. *Papers on social representations*. 5, 77-80.
- Bachs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations*. 9, 3.1-3.15.
- Baró, M. (1997). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: U.C.A.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1996). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Echebarría, A. (1997). *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Freud, S. (1996). Duelo y melancolía. *Obras completas de Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2, 2091
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: S, Moscovici. *Psicología social II*. Barcelona: Paidós.
- Miklowitz, D. (2004). *El trastorno bipolar, una guía práctica para familias y pacientes*. Barcelona: Paidós.

- Morales, F. (2001). *Psicología social*. Buenos Aires: Pearson Educación.
- Newman, C., Leahy, R., Beck, A., Reilly, N., Gyulai, L. (2005). *El trastorno bipolar; una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Vieta, E. (1999). *Abordaje actual de los trastornos bipolares*. Barcelona: Masson.