

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**El rol del estigma y el autoestigma en la aceptación de diagnóstico
de bipolaridad**

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

Paula Fernanda Recoba Leo

Asesora:

Erika Janos Uribe

Lima, 2023


Informe de Similitud

Yo, Erika Janos

docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado El rol del estigma y el autoestigma en el proceso de aceptación de diagnóstico de bipolaridad, de la autora Paula Fernanda Recoba Leo dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 5%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 012/06/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 12 de junio del 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Janos Uribe Erika	
DNI: 46868636	Firma 
ORCID: 0000-0003-4273-7396	

Dedicatoria

A Sana, la gata que adopté al inicio de mi carrera, y a Shima, que se quedó a la mitad.



Agradecimientos

A mi mamá y mi papá, por haberme apoyado durante toda mi carrera universitaria.

A mi hermana, por escucharme y leer este trabajo.

A mi asesora, por acompañarme y orientarme en este proceso.

A las personas que brindaron su tiempo y sus historias para que este trabajo se pueda realizar.

A mis mascotas, Sana, Shima, Ivy, Eva, Luna y Maya, por acompañarme en las noches que me tocaba redactar.

A Valerie, por escucharme siempre.



Resumen

El propósito de este trabajo fue comprender el rol del estigma y el autoestigma en el proceso de aceptación del diagnóstico de bipolaridad. Así, se propuso una investigación cualitativa a partir de un marco epistemológico fenomenológico, con el fin de explorar las experiencias de personas de Lima Metropolitana que contaban con el diagnóstico de bipolaridad. Para la recolección de información se hicieron ocho entrevistas individuales a partir de una guía de entrevista semiestructurada con cuatro ejes: proceso de diagnóstico, creencias de la bipolaridad, creencias y actitudes del entorno frente al diagnóstico y, por último, las expectativas en relación a la vida con el diagnóstico en el futuro. Para los resultados, se realizó un análisis temático con el fin de poder identificar elementos comunes en las vivencias de los participantes. Como principales conclusiones se encontró que el estigma y el autoestigma se encontraban presentes en todas las etapas del proceso pero que determinados factores podrían incrementar o disminuir la incidencia de la internalización. Asimismo, las creencias de los participantes y del entorno sobre la bipolaridad evolucionaron a partir de las vivencias propias y de acompañamiento del entorno. También se encontró que la aceptación del diagnóstico se encuentra relacionada a la incorporación de la bipolaridad a la identidad. Adicionalmente, la internalización del estigma fue un factor contribuyente más no determinante en la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: bipolaridad, internalización, autoestigma, estigma

Abstract

The aim of this study was to understand the role that stigma and self-stigma played in the diagnosis acceptance process of bipolar disorder. To achieve this, a qualitative methodology, along with a phenomenological epistemological framework was employed, in order to explore the experiences of people from Lima who had a diagnosis of bipolar disorder. Eight interviews were conducted based on a previously made and revised semi-structured interview guide around four themes: diagnosis process, beliefs about bipolar disorder, beliefs and attitudes of the environment regarding the diagnosis, and, lastly, expectations in relation to their life with the diagnosis in the future. A thematic analysis was used to identify common elements in the participants' experiences. It was found that stigma and self-stigma were present in all stages of the acceptance process but that certain conditions facilitated or worked as a barrier against the happening of the latest. Likewise, the beliefs of the participants and those of the environment about bipolar disorder evolved, first from their own experiences with the condition and, later, from the accompaniment of their loved ones. It was also found that diagnosis acceptance was related to the incorporation of bipolar disorder into the participants' identity. Additionally, the internalization of stigma was a contributing factor but not a determinant in adherence to treatment

Keywords: bipolar disorder, internalization, stigma, self-stigma

Índice de contenidos

1. Introducción	1
2. Método	10
2.1. Participantes.....	10
2.2. Técnicas de recolección de información.....	11
2.3. Procedimiento	12
2.4. Análisis de la información	14
3. Resultados y discusión.....	16
4. Conclusiones	41
5. Referencias bibliográficas.....	44
6. Apéndices.....	55
6.1. Apéndice A: Consentimiento informado.....	55
6.2. Apéndice B: Protocolo de contención	57
6.3. Apéndice C: Ficha informativa.....	58
6.4. Apéndice D: Guía de entrevista.....	59

Introducción

La bipolaridad es un diagnóstico psiquiátrico caracterizado por cambios de ánimo extremos entre la depresión y la manía o hipomanía, separado por episodios de humor normal o estable. Dependiendo del cómo se presentan los episodios, se pueden comprender diagnósticos diferenciados. De este modo, dentro del mismo diagnóstico, se puede identificar el tipo 1, tipo 2, y la ciclotimia. La diferencia entre estos diagnósticos es la intensidad de los episodios, de manera que el tipo 1 presenta episodios de manía, el tipo 2, de hipomanía, y la ciclotimia presenta episodios menos drásticos en ambos extremos (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013; World Health Organization [WHO], 2019).

Los episodios de manía se caracterizan por una exaltación significativa del estado de ánimo. Síntomas como una incrementada autoestima o sentido de grandiosidad, pensamientos y habla acelerada, disminuida sensación de necesidad del sueño y el hambre, agitación psicomotora, así como una tendencia a involucrarse en actividades de riesgo suelen presentarse durante estos episodios. La hipomanía, por su parte, se refiere a un estado elevado de humor pero que no afecta la funcionalidad en la manera en la que lo hace la manía. En cambio, estos episodios son una exaltación ligera del ánimo, los cuales pueden incluso llegar a considerarse placenteros (APA, 2013; WHO, 2019).

Por otro lado, los episodios depresivos se encuentran presentes en todas las tipologías, tienen las características de la depresión unipolar, de manera que hay una disminución significativa en la energía de la persona, poco interés y disfrute, una perspectiva sombría de la vida, y, en casos graves, ideación e intentos suicidas y conductas autoagresivas (APA, 2013; WHO, 2019).

El tratamiento suele comprender una combinación de psicoterapia con medicación psiquiátrica que busca estabilizar los estados de ánimo y reducir los síntomas en la mayor medida. Suele ser común el tratamiento con más de una medicación, dependiendo la sintomatología ya que puede haber síntomas psicóticos, y la presencia de comorbilidades, como el trastorno de ansiedad generalizada (APA, 2013; Grande et al., 2016; Phillips & Kupfer, 2018; WHO, 2019).

Se estima que alrededor de 40 millones de personas en el mundo cuentan con la condición, con una prevalencia de 0.63% en la población general y de 1.16% en Sudamérica (Institute of Health Metrics and Evaluation [IHME], 2020). En el Perú, se estima que alrededor de 322 mil personas cuentan con el diagnóstico, las cifras de prevalencia en la

población adulta van desde el 0.76% hasta el 1.26%, dependiendo de la tipología del desorden (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2018; IHME, 2019).

La bipolaridad es una condición difícil de diagnosticar por profesionales de salud por múltiples motivos (Grande et al., 2016; O'Donovan & Alda, 2020; Phillips & Kupfer, 2018). Uno de ellos es que suele ser confundida con la depresión debido a que comparten características similares. Esto además se dificulta por la longitud de estos episodios, por lo que, a menos que se pueda observar a la persona en un episodio de manía, es difícil distinguir ambos diagnósticos (O'Donovan & Alda, 2020).

Esta dificultad se incrementa debido a que se considera que los manuales de diagnóstico como el DSM-V y el CIE-10 no engloban de manera completa las posibles manifestaciones del desorden (Grande et al., 2016; O'Donovan & Alda, 2020). En esta misma línea, se señala que las personas con bipolaridad, sobre todo las que tienen tipo II, suelen buscar ayuda cuando se encuentran en episodios depresivos, por lo que suelen ser diagnosticadas únicamente con estos síntomas (O'Donovan & Alda, 2020; Phillips & Kupfer, 2018).

En esta misma línea, se señala que se reportan menos estados de hipomanía de los que ocurren en realidad, dado que los pacientes suelen no reconocer ni reportar los síntomas, debido a que no se percibe como un detrimento significativo en la funcionalidad. Asimismo, se indica que los patrones discontinuos en la presentación de los episodios plantean dificultades tanto para los profesionales de salud como para las personas que buscan el diagnóstico (Grande et al., 2016; O'Donovan & Alda, 2020). Estas dificultades presentan una demora significativa que solo incrementa la ambivalencia de la persona frente al posible diagnóstico y retrasa su aceptación (Kashani et al., 2020; Phillips & Kupfer, 2018).

De este modo, la bipolaridad se presenta como un diagnóstico al cual es difícil acceder. Esto solo se vuelve un proceso más complicado cuando se toma en consideración cómo este interactúa con otros aspectos en la vida de la persona. Así, la persona se ve obligada a confrontar el diagnóstico de bipolaridad, junto a lo que implica para sí misma y su entorno; y a reaccionar ante este (Grande et al., 2016; Phillips & Kupfer, 2018). Uno de los aspectos con los que las personas recientemente diagnosticadas o en búsqueda de un diagnóstico se ven confrontadas, es con el estigma y las concepciones alrededor de la condición que derivan de esta.

Las poblaciones clínicas son un grupo estigmatizado en general (Corrigan, 2000; Jara-Ogueda et al., 2022; Hawke et al., 2013; Young et al., 2019), y si bien en los últimos años ha incrementado el conocimiento que las personas en general tienen sobre las enfermedades

mentales, el avance no resulta concluyente con respecto a las condiciones más estigmatizadas (Ellison et al., 2015; Favre et al., 2022)

El proceso de estigmatización comprendido como fenómeno social es producto del proceso denominado como “etiquetado”, en el cual se toma una característica de determinado grupo o persona, y a partir de ella se le atribuyen estereotipos negativos y se aplican prejuicios a las personas que la comparten. De esta manera, se entiende que el proceso de estigmatización no es producto de determinado atributo o característica en sí, sino de cómo la sociedad reacciona frente a ella (Link & Phelan, 2001; Morales et al., 2007).

El estigma es un fenómeno complejo que requiere de condiciones específicas. De este modo, para que ocurra, primero debe haber bases sobre las cuales se pueda construir: los estereotipos y los prejuicios. Los estereotipos brindan la base de creencias compartidas, y son definidos como medios especialmente eficientes para categorizar y ordenar información sobre personas o grupos sociales (Allport, 1954; Morales et al., 2007). Así, son sistemas duraderos de creencias asociadas que brindan información sobre determinado grupo. Se aplican de manera automática y cambiarlos requiere un esfuerzo consciente por parte de la persona que los mantiene (Morales et al., 2007).

Por otro lado, los prejuicios son la actitud negativa que se tiene frente a los estereotipos. De esta manera, si el estereotipo es la concepción o el componente cognitivo, el prejuicio es la evaluación y reacción, lo cual resulta en emociones negativas y potencialmente en la conducta de discriminación frente a determinado grupo (Allport, 1954). Estos elementos brindan la base necesaria para que se pueda crear una conceptualización del grupo con lo que luego se estigmatiza al grupo (Fiske, 2012; Link & Phelan, 2001; Morales et al., 2007).

El estigma alrededor de la bipolaridad se debe a que además de ser un diagnóstico psiquiátrico, es considerada como severa dentro de este grupo. De este modo, los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales se ven intensificados, de manera que no solo es percibida como una condición debilitante, que impide que la persona tenga control o agencia sobre su vida (Favre et al., 2022; Mileva et al., 2013; Sadler et al., 2012; Young et al., 2019), sino que también se percibe que, a pesar de que estén en tratamiento, las personas con el diagnóstico difícilmente van a poder alcanzar el nivel de funcionalidad requerido para llevar una vida satisfactoria (Favre et al., 2022; Mileva et al., 2013; Pal et al., 2017). También se debe a la menor esperanza de recuperación frente al impacto que los síntomas tienen en la funcionalidad de la persona, de modo que se asocia la bipolaridad con una menor calidad de vida, y una menor capacidad de alcanzar metas tanto académicas como laborales y personales

(Ellison et al., 2013; Evans et al., 2012; Favre et al., 2022; Mileva et al., 2013; Sadler et al., 2012).

A pesar de que se ha encontrado que, en ciertas instancias se puede percibir a las personas con bipolaridad como competentes, no deja de estar asociado a la inestabilidad de la condición. Estas circunstancias singulares más bien son el producto de narrativas que asocian las condiciones de salud mental con figuras reconocidas, mayormente en el mundo artístico desde la figura del “genio atormentado” (Ellison et al., 2015; Favre et al., 2022). De este modo, las percepciones más comunes del desorden continúan siendo la inestabilidad asociada a los drásticos cambios de ánimo, y la baja percepción de competencia (Ellison et al., 2013; Favre et al., 2022; Sadler et al., 2012).

El estigma alrededor de la bipolaridad se mantiene debido a que las creencias asociadas a la condición continúan siendo en su mayoría negativas (Ellison et al., 2013, 2015; Favre et al., 2022). Estas creencias, en parte se deben a la poca familiarización que hay con el desorden en un entorno cercano, ya que la mayoría de personas no conoce directamente o interactúa en el día a día con una persona que cuente o haya hecho público su diagnóstico, por lo que hay una situación general de desinformación con respecto a lo que involucra la condición (Ellison et al., 2015; Favre et al., 2022; Schomerus et al., 2012). Asimismo, la imagen de personas con bipolaridad en medios audiovisuales no suele ser representativa de la experiencia real de la condición y, aunque ha habido esfuerzos por informar, el público en general continúa confundiendo la bipolaridad con otras condiciones de salud mental (Ellison et al., 2013). No obstante, este es el contenido que prevalece y a partir del cual las personas inicialmente elaboran su concepción del desorden (Ellison et al., 2015; Favre et al., 2022).

La estigmatización de la bipolaridad tiene como principal consecuencia una disminución significativa en la calidad de vida de la persona y repercute tanto a nivel individual como a nivel del entorno (Clement et al., 2015; Latifian et al., 2023; Mileva et al., 2013; Pal et al., 2017). Con respecto a este último, las más significativas son la pérdida de estatus, la discriminación (Corrigan et al., 2000; Link & Phelan, 2001; Stuber et al., 2014) y el aislamiento. Así, se ha encontrado que existe un mayor deseo de distanciarse de personas que puedan tener algún diagnóstico de salud mental a partir del conocimiento de este, y una baja concepción de competencia que se tiene de ellos (Fiske, 2012; Follmer & Jones, 2017; Lee et al., 2014; Young et al., 2019).

Las áreas que se ven afectadas de manera más significativa por el estigma son: el trabajo, la búsqueda de vivienda, y las relaciones interpersonales (Blixen et al., 2016; Clement et al., 2015; Sickel et al., 2014). En el ambiente laboral, se suele concebir a las

personas con enfermedades mentales como incompetentes y suele reportarse deseos de distanciamiento y hostilidad por parte de los compañeros de trabajo (Follmer & Jones, 2017; Nilsson et al., 2016). Esto hace que obtener y mantener un empleo sea más difícil, lo cual incrementa la probabilidad de experimentar dificultades financieras (Latifian et al., 2023; Sickel et al., 2014).

Con respecto a las relaciones interpersonales, se ha encontrado que, sobre todo las del entorno cercano se ven inmediatamente afectadas de manera negativa al conocer el diagnóstico debido a que puede haber legitimación del estigma y los efectos de este, sobre todo cuando se trata de condiciones como esquizofrenia y bipolaridad (Clement et al., 2015; Hawke et al., 2013; Latifian et al., 2023; Sickel et al., 2014).

Adicionalmente, se ha encontrado que el deterioro en las relaciones a partir del estigma prevalente se extiende al personal de salud (Jara-Ogeda et al., 2022; Vistorte et al., 2018). Enfermeras, médicos, personal de farmacia e incluso estudiantes, han demostrado mantener moderados niveles de estigma hacia personas con enfermedades mentales (Hansson et al., 2011; Jara-Ogeda et al., 2022; Stuber et al., 2014; Vistorte et al., 2018), lo cual solo dificulta el tratamiento y conduce a que las personas diagnosticadas se vean menos dispuestas a asistir a estos entornos.

Con respecto a las consecuencias a nivel personal, la prevalencia del estigma en el discurso sobre la bipolaridad supone un obstáculo para la aceptación del diagnóstico, adicional a las dificultades propias del mismo ya mencionadas (Blixen et al., 2016; Corrigan et al., 2014; Favre et al., 2022; Mileva et al., 2013; Tıǧlı Filizer et al., 2016). Esto debido a que aceptar el diagnóstico implica que la persona pasa a pertenecer al grupo que lo comparte. Por lo tanto, significa que, si es que se obtiene el diagnóstico, al menos en cierta medida se tienen elementos en común con el resto de miembros de dicho grupo (Major & O'Brien, 2005; Morales et al., 2007).

De este modo, si la persona cuenta con una visión estigmatizada del grupo, saber que pertenece a este es difícil de conciliar con la percepción que mantienen de sí mismos (Major & O'Brien, 2005; Michalak et al., 2011; Watson et al., 2007; Yanos et al., 2020). En esta línea, se encuentra también la percepción de la homogeneidad de los miembros de un grupo, de manera que las generalizaciones aplicadas a estos grupos pasan a aplicarse a la persona con el reciente diagnóstico, que, en la mayoría de ocasiones no son favorables (Ellison et al., 2013, 2015; Favre et al., 2022; Major & O'Brien, 2005; Michalak et al., 2011; Watson et al., 2007).

Frente al estigma sobre la condición, Corrigan y Watson (2002) han planteado un modelo para explicar tres posibles reacciones ante el estigma, basadas en la legitimidad que la persona con la condición de salud mental percibe de los estereotipos prevalentes. Así, se entiende que las personas con condiciones de salud mental especialmente estigmatizadas entienden su condición a través de las representaciones colectivas, incluso cuando contienen este estigma.

Dentro del proceso se plantean tres posibles reacciones: la indiferencia, la ira justificada y el autoestigma. Asimismo, estas tres reacciones están basadas en la aceptación del diagnóstico o, por el contrario, del estigma público asociado a la condición. Se propone que todas las personas tienen cierto conocimiento previo de las concepciones alrededor de determinado diagnóstico de salud mental, incluyendo aquellas que son basadas en el estigma. Esto se denomina como la etapa de “Conciencia”. La primera separación entre las reacciones ante el estigma va a depender de si la persona con el diagnóstico legitima este estigma. En caso lo haga, ocurrirá la internalización del mismo y lo que se denomina como autoestigma (Corrigan & Rao, 2012; Corrigan & Watson, 2002).

En caso contrario, este grupo que cuenta con el diagnóstico, pero no está de acuerdo con el estigma asociado al desorden, logra mantener su autoestima y autoeficacia mayormente intactas. La siguiente diferenciación planteada depende del grado de identificación de la persona con el desorden. De este modo, las personas que se identifican de manera cercana con el grupo sentirán indignación o ira justificada e invertirán tiempo en combatirlo, optando por rutas como el activismo. Por otro lado, aquellos que no se identifican con el grupo, serán indiferentes al estigma público ya que no es un aspecto central para su identidad (Corrigan & Watson, 2002; Crocker & Major, 1989). Tanto la ira justificada como la indiferencia no presentan un impacto negativo en la vivencia de la persona con el diagnóstico. No obstante, la internalización del estigma y la aplicación de estas concepciones a la persona misma presentan obstáculos para la recuperación y el tratamiento (Corrigan & Rao, 2012; De Filippis et al., 2022; Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Howland et al., 2016; Kamaradova et al., 2016; Oexle et al., 2018).

Por otro lado, Richard-Lepouriel et al. (2020) proponen que puede ocurrir un proceso de “auto-desestigmatización” a través del tiempo en personas con bipolaridad. Este se define como un proceso personal e interrelacional que deconstruye el autoestigma y promueve la creación de la individualidad humana a partir de la resistencia frente al estigma asociado a la bipolaridad. De este modo, se plantean cinco etapas: “Moratorio”, la fase inicial y en la que hay mayor incidencia de la internalización del estigma; “Conciencia”, etapa que supone el

punto de quiebre y en la cual ocurre el cambio. La etapa denominada “Preparación”, es el primer paso en el proceso de “auto-desestigmatización”, que implica los primeros pasos de integrar el diagnóstico a su vida diaria. La penúltima etapa es “Reconstrucción”, en la cual la persona termina de integrar el diagnóstico a las dimensiones del mundo interno y externo.

Finalmente, “Crecimiento” es la etapa de recuperación, en la cual la persona aprende a vivir con el diagnóstico en todas las dimensiones y ya no sufre las consecuencias del autoestigma ya que el estigma público no afecta su vivencia y representa la recuperación.

El modelo cuenta con seis dimensiones: lenguaje, comportamiento, actitudes, experiencia personal, identidad y cuidado de la salud. A su vez, cada dimensión tiene etapas para reflejar el paso desde que la vivencia se encuentra marcada por el autoestigma hasta la recuperación, en la cual la persona ha desarrollado su propio propósito, puede manejar su condición de manera independiente, y se ha logrado integrar con la comunidad (Richard-Lepouriel et al., 2020). Esto también coincide con los hallazgos de Hormazábal-Salgado y Poblete-Troncoso (2020) y Blixen et al. (2016), quienes recalcan la importancia de aceptar el diagnóstico de manera interna y en el entorno para manejar los síntomas y poder llevar una vida de acuerdo a sus objetivos.

De esta manera, se ha encontrado que una de las consecuencias más notorias a nivel individual es la disminución en la autoestima y la autoeficacia, lo cual conduce a un peor auto-concepto en general (Drapalski et al., 2013; Ellison et al., 2013; Howland et al., 2016; Mashiach-Eizenberg et al., 2013; Yanos et al., 2020). Esta disminución en el sentido de autoeficacia y la autoestima ocasiona que se produzca el efecto denominado “¿Por qué intentar?”, el cual se refiere a la interferencia del autoestigma como obstáculo entre la persona y sus metas personales, debido a que la persona se considera menos merecedora de oportunidades y menos capaz de alcanzar sus objetivos en razón de la condición que sufre (Corrigan et al., 2016; Corrigan & Rao, 2012; Çuhadar & Çam, 2014).

Asimismo, otras investigaciones han hallado que, las personas bipolares con altos niveles de estigma internalizado, suelen presentar menores niveles de esperanza hacia la vida, lo cual además se relaciona con una menor orientación hacia la recuperación y finalmente, conduce a una menor adherencia o deseo de involucrarse en el tratamiento, lo cual aumenta su vulnerabilidad frente a un episodio y a las posibles repercusiones que esto tenga en otras áreas de su vida (Drapalski et al., 2013; Hajda et al., 2015; Kamaradova et al., 2016; Özdamar Ünal et al., 2022; Yanos et al., 2020).

Adicionalmente, se propone que, una menor percepción de funcionalidad y una amplificación de los síntomas, puede dificultar el proceso de aceptación del diagnóstico. Así, se forma un círculo vicioso en el cual no solo la disminución en la funcionalidad ocasionada por la severidad de los síntomas favorece el proceso del autoestigma, sino que, de manera contraria, el autoestigma inhibe conductas a favor del acercamiento al tratamiento y soporte que se necesita, y, en consecuencia, se observa un incremento de la severidad de la sintomatología (Corrigan & Watson, 2002; Dubreucq et al., 2021; Karidi et al., 2015).

A partir de esto y debido al contexto peruano, en el cual, si bien las enfermedades neuropsiquiátricas representan aproximadamente el 8.2% del total de carga de enfermedad y son la quinta causa de años de vida perdidos en el país (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2020), la salud mental en el Perú continúa siendo un aspecto relegado a segundo plano en lo que respecta a la salud (Ministerio de Salud [MINSa], 2018a). Aunque se han establecido leyes, planes y lineamientos para destinar mayor atención y recursos al cuidado de la salud mental, incluyendo consideraciones especiales para personas en situación de vulnerabilidad, rara vez se han llevado a cabo en su totalidad (MINSa, 2018a).

Debido a esto, prevalece una baja accesibilidad a servicios de salud mental y centros de tratamiento con una brecha de acceso a servicios de salud mental en un 69% en Lima Metropolitana y 93.2% en Lima Rural (CDC, 2020; MINSa, 2018b). Gracias a los avances iniciales en la implementación de servicios comunitarios, se ha incrementado significativamente la cobertura de atención (MINSa, 2018b). No obstante, estos no se encuentran distribuidos de manera equitativa en todo el país y muchas de las regiones no cuentan con unidades de hospitalización y tienen insuficientes centros de salud mental comunitaria (INSM, 2018; CDC, 2020; MINSa, 2018a). Adicionalmente, prevalece una carencia de profesionales de salud mental a nivel nacional lo que evita que se puedan satisfacer estas necesidades (MINSa, 2018a).

A pesar de la necesidad de un mejor cuidado de la salud mental y la preocupación de las autoridades, se ha encontrado que hay altos niveles de estigmatización hacia personas que presentan diagnósticos de salud mental, sobre todo los que requieren de un tratamiento psiquiátrico. Además, hay una fuerte resistencia ante la posibilidad de verse diagnosticados, de manera que se prefiere, ante todo, atribuir los síntomas a causas externas o físicas (Castro Cuba et al., 2013).

Esta situación representa un riesgo para personas que se encuentran en búsqueda de un diagnóstico de bipolaridad, o ya cuentan con él, dado que prevalece el estigma y las

concepciones negativas sobre las condiciones de salud mental (Ellison et al., 2013). Debido a esto, podría aumentar la incidencia de las repercusiones negativas asociadas a la aceptación o internalización del estigma, lo cual en consecuencia disminuye la calidad de vida y potenciales oportunidades para las personas con bipolaridad (Corrigan & Watson, 2002; Dubreucq et al., 2021; Watson et al., 2007).

Si bien se ha encontrado que el estigma alrededor de la bipolaridad se encuentra presente en la sociedad, hay pocas investigaciones que den cuenta de cómo las personas con bipolaridad elaboran una concepción sobre su propio diagnóstico y, en consecuencia, sobre ellos mismos. Esto tiene un impacto en su actitud hacia la bipolaridad y la adherencia al tratamiento, la cual se puede ver comprometida si las creencias que se mantienen y se internalizan son negativas. Esto representa un riesgo importante ya que se trata de una población que se encuentra en condición vulnerable y la posible internalización del estigma prevalente en la sociedad se presenta como un factor que incrementa esta vulnerabilidad. Así, como objetivo de la investigación, se plantea comprender el impacto del estigma y el autoestigma en el proceso de aceptación del diagnóstico de bipolaridad.

Para alcanzar este objetivo, se plantea una investigación cualitativa, con el fin de obtener información profunda y relevante sobre la experiencia subjetiva de las personas con bipolaridad, en relación al rol del estigma y el autoestigma en la aceptación de su diagnóstico. Para ello, este estudio se encuentra planteado en el marco de la epistemología fenomenológica, ya que se busca conocer experiencias subjetivas, así como sentimientos y reflexiones personales que acompañan la vivencia de los participantes (Nóblega et al., 2020). Asimismo, para llevar a cabo el estudio, se adoptó un diseño de análisis temático (Braun y Clarke, 2012), ya que se busca identificar los temas fundamentales en la información recopilada, con el propósito de organizar e integrar la misma estableciendo patrones comunes a partir de las experiencias de los participantes (Creswell, 2013; Pistrang y Baker, 2012).

Método

Participantes

Los participantes fueron constituidos por ocho personas de un rango etario de entre 22 a 35 años, que contaban con un diagnóstico de bipolaridad. Se consideraron a personas de mínimo 21 años de edad debido a que se tomó en consideración el tiempo que suele tomar conseguir el diagnóstico, el cual puede ser de entre un año hasta cuatro, y, la resistencia del diagnóstico a menores de edad.

Los participantes fueron ocho personas de un rango etario de entre 22 a 35 años, que contaban con un diagnóstico de bipolaridad. Se consideraron a personas de mínimo 21 años de edad debido a que se tomó en consideración el tiempo que suele tomar conseguir el diagnóstico, el cual puede ser de entre un año hasta cuatro, y, la resistencia del diagnóstico a menores de edad.

Los criterios de inclusión considerados fueron: que el diagnóstico haya sido llevado a cabo por un psiquiatra; que el diagnóstico tenga al menos seis meses de antigüedad, y la incorporación y continuidad del tratamiento, ya fuera combinado, o solo psicofarmacológico. Si bien el primer criterio apuntó a que se pudiera confirmar la legitimidad del diagnóstico, los otros dos se plantearon debido a que se buscó reducir en la mayor medida la vulnerabilidad de la muestra. Así, se evitó a las personas que habían sido recientemente diagnosticadas, debido al impacto emocional que involucra este proceso, lo cual solo se exacerbaría si es que llegaran a participar de la presente investigación, por la naturaleza de los temas a tratar.

El contacto inicial se realizó a partir de una persona con el diagnóstico que, a través del activismo, había establecido redes de contacto con personas que compartían el diagnóstico. Esta persona fue quien difundió la convocatoria con terceros que cumplieran los requisitos y se encontraran interesados en la investigación. Tomando en cuenta las consideraciones éticas, se contactó a los posibles participantes por medio de los canales que indicaron y se les comentó el objetivo de la investigación. Si es que se mostraban interesados en participar se les pedía que confirmaran los datos sobre los criterios de inclusión, asegurando que toda información era confidencial, incluso si no los cumplían.

Una vez completado esto, se coordinó una fecha y hora para la entrevista con los participantes que cumplieron con los requisitos y aceptaron formar parte de la investigación. Cuando se confirmaba una fecha y hora, se les enviaba un enlace a un formulario con el consentimiento informado (Apéndice A), de modo que lo pudieran leer con antelación a la entrevista y comunicar dudas e inquietudes que podían surgir sobre las temáticas de la investigación o la metodología.

Asimismo, al inicio de la entrevista se volvió a leer con cada participante el consentimiento informado enviado, y se les pidió su asentimiento para asegurar su libre voluntad de participar y así comenzar. En este consentimiento se recordó el tema de la investigación y los ejes de la entrevista, el procedimiento, el encendido opcional de la cámara y la confidencialidad de la misma. Esto debido a que, al ser un tema que involucra la privacidad del participante y en otro contexto podría tener repercusiones negativas para este, era importante que supieran que su privacidad es una prioridad, especificándoles que en cualquier momento podían retirarse si es que así lo deseaban. También, se comentó que la sesión era grabada con el fin de rescatar la información, y que, posteriormente, sería eliminada.

Por último, debido a la delicadeza del tema, se elaboró un protocolo de contención (Apéndice B), en caso alguno de los participantes se viera movilizado, el cual contribuyó a asegurar la integridad de los participantes y su bienestar emocional durante la entrevista y una vez esta sea finalizada. Debido a la naturaleza de los temas y el potencial movilizador de los mismos, se ha optado por no realizar una devolución de los resultados de manera individual o de las conclusiones en sí, sino más bien una ficha informativa con recursos y material informativo sobre la bipolaridad, centros de tratamiento y grupos de apoyo.

Técnicas de recolección de información

Como herramienta se utilizó una guía de entrevista. A través de esta herramienta, se buscó descubrir los sentimientos, percepciones y pensamientos de los participantes mediante una conversación, que suele estar guiada por un conjunto de preguntas sobre la problemática a investigar. Asimismo, se buscó recoger información sobre el presente, el pasado y, en general, la experiencia particular de la persona en determinado contexto o suceso. Además, dependiendo de las respuestas de los participantes, podría surgir la oportunidad de reformular las preguntas previamente planteadas (Wheeler & Holloway, 2010).

Se considera que esta es la herramienta más apropiada para esta investigación debido a que la aceptación de diagnóstico y el autoestigma son procesos extremadamente personales, que tienen que ver con creencias propias, tanto pasadas como actuales, el entorno en el que se encuentra la persona y la manera en la que se percibe, y de cómo el individuo responde frente a esto.

Con respecto a la presente investigación, se plantearon cuatro ejes temáticos alrededor de los cuales se organizaron las preguntas. El primero se basó en el proceso de diagnóstico, de manera que las preguntas se enfocaron en cómo se llegó a este y las emociones asociadas; el segundo indagó sobre las creencias de la bipolaridad que se mantenían en el momento del

diagnóstico y la evolución de estas hasta la actualidad; el tercero se enfocó en las creencias y actitudes del entorno frente al diagnóstico, así como la evolución de estas a lo largo del tiempo y los aspectos que habían intervenido; y, por último, las expectativas en relación a su vida con el diagnóstico en el futuro. Así, se propuso indagar en la relación personal de los participantes con la bipolaridad, en el pasado, el presente y las proyecciones a futuro, después de recolectar la información que la persona brinde desde su perspectiva única.

Procedimiento

Para la elaboración de la guía de entrevista, primero se realizó una revisión teórica alrededor de los conceptos de autoestigma y la aceptación de diagnóstico. Luego, se elaboró la guía de entrevista con 35 preguntas alrededor de los cuatro ejes mencionados. Esta guía luego pasó por un proceso de revisión de jueces que tenían experiencia o un acercamiento en el trabajo con la población, de manera que se pudiera asegurar la pertinencia y calidad del instrumento. Se contactó a cuatro jueces, y a partir de su retroalimentación, se modificó la guía (Apéndice D).

En cuanto a los procedimientos realizados, el contacto inicial con los participantes se estableció desde el mes de febrero de 2022 y a lo largo de los meses de marzo y abril de 2022 se coordinaron con los posibles participantes, para luego llevar a cabo las entrevistas. En el primer contacto con los participantes se informó sobre el objetivo de la investigación y los temas a tratar, así como también al inicio de las entrevistas, cumpliendo con el criterio de transparencia (Nóblega et al., 2020). Una vez confirmada la entrevista, se hizo envío de un formulario de Google con el consentimiento informado para participar de la entrevista (Apéndice A).

Se realizaron ocho entrevistas y estas tuvieron una duración aproximada de una hora y media a dos horas cada una. Al iniciar cada entrevista se preguntó sobre la lectura previa del consentimiento y se aseguró que la respuesta hubiera sido positiva. Adicionalmente, se recordaron los aspectos claves de este, como la confidencialidad, el uso únicamente académico de la información, y el derecho a retirarse en cualquier momento o declinar contestar alguna pregunta si el participante no lo deseaba. Asimismo, se solicitó permiso para grabar el audio de la reunión y se señaló que esto también se podía detener en cualquier momento, sin que esto afectara su oportunidad de continuar con la entrevista. También se les comunicó a los participantes que podrían recurrir al uso del chat en cualquier momento.

Durante estas, se procuró estar al pendiente de cualquier aspecto que denotara que los participantes se sentían incómodos o alguna pregunta los había movilizado, así como también

se preguntó a los participantes cómo se sentían cada cierto intervalo de tiempo, para corroborar que se podía continuar con la entrevista. Cuidar el bienestar de los participantes fue especialmente importante, ya que se trabajó con población clínica con un diagnóstico considerado como severo, que además se encuentra en condición de vulnerabilidad en razón al diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013). En algunos casos fue necesario utilizar el protocolo de contención (Apéndice B), mediante lo cual se detuvo la entrevista para priorizar el bienestar de los participantes. Una vez que se verificó que estos se encontraban en un mejor estado, se les recordó que tenían la posibilidad de detener la entrevista, sin que esto tuviera ninguna repercusión negativa para ellos o la investigación, ya que, si lo deseaban, se podía volver a agendar para otro momento. Esto no fue necesario y se pudieron terminar las entrevistas de manera satisfactoria, siempre con atención a cualquier indicador de malestar en los participantes.

Asimismo, una vez concluida cada entrevista, se detuvo la grabación y se les agradeció su disposición, su tiempo y la información brindada, ya que sería de gran utilidad. Luego se brindó un espacio para que pudieran realizar preguntas y brindar retroalimentación sobre la experiencia y las preguntas planteadas. También se les mencionó a los participantes que, si tenían alguna duda adicional en cualquier momento posterior a la entrevista, podían contactarse con la investigadora por el medio por el cual se había llevado a cabo la comunicación. Por último, se realizó una devolución a los participantes mediante una Ficha Informativa (Apéndice C) y se les confirmó que se les enviaría el enlace de la investigación una vez esta fuera publicada ya que todos expresaron interés en leer el documento completo.

Además del diálogo y la retroalimentación brindada por los participantes, se mantuvo el contacto con psicólogos clínicos que contaran con experiencia en investigación y trabajo con la población, de modo que se obtuviera retroalimentación desde su perspectiva. De este modo, se utilizó este diálogo para asegurar la coherencia de la guía de entrevista con los objetivos de la investigación y las temáticas que se buscaban investigar.

Luego de cada entrevista, se realizaron transcripciones literales de cada una de ellas, cuidando en todo momento la confidencialidad de la información, por lo que además las grabaciones fueron borradas una vez finalizado este proceso. Seguidamente, las transcripciones se insertaron en el programa ATLAS.ti 8 para agilizar el proceso de codificación y análisis temático. Una vez concluido este proceso, se procedió a la redacción de los resultados de acuerdo a los temas encontrados, y posteriormente, a las conclusiones, alcances y limitaciones. En aras de la transparencia de la investigación, y previo al proceso y análisis de las entrevistas, se realizó una reflexión individual de cómo las características de los participantes podían influir

en el proceso interpretativo acerca de sus vivencias. Esto debido a la similitud entre los participantes y la investigadora en razón al diagnóstico. Esta reflexión fue una constante a lo largo de todo el proceso y en ocasiones se compartieron inquietudes a partir de esta con la asesora de esta investigación como también con psicólogos clínicos. Adicionalmente, como medida de autocuidado y para priorizar tanto su propio bienestar como el de los participantes y la calidad del análisis, la investigadora se mantuvo en tratamiento combinado a lo largo de todo el proceso.

En esa misma línea, durante las entrevistas y el análisis de la información, se evitó realizar comentarios que pudieran sesgar a las participantes y sus intervenciones, o realizar interpretaciones basadas en la experiencia personal de la investigadora. De la misma manera, se tomó una postura empática, sin juzgar o cuestionar la experiencia de las participantes (Nóblega et al., 2020). Con todo ello, se espera asegurar la calidad de la investigación, ya que se contó con los criterios de rigor de transparencia y sistematicidad (Meyrick, 2006).

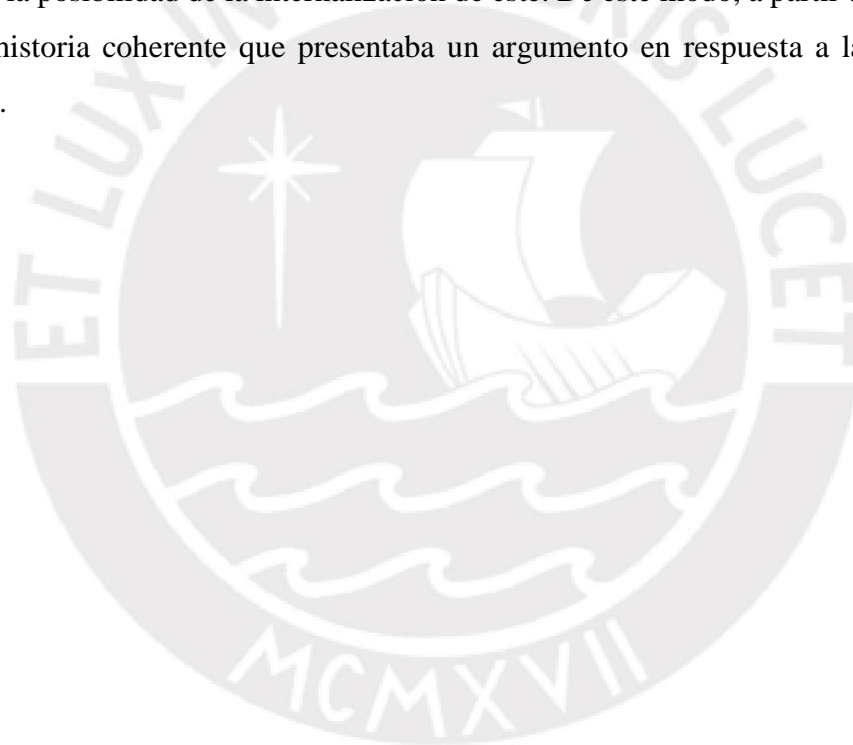
Análisis de la información

El análisis de la información recolectada en las entrevistas se realizó a partir del análisis temático, siguiendo los pasos propuestos por Braun y Clarke (2012). Así, la primera fase consistió en la familiarización con la data, lo cual implicó la inmersión en la información recogida, a partir de la transcripción manual de las grabaciones y la lectura de estas. La segunda fase consistió en generar códigos iniciales para el análisis sistemático. Se entendió un código como los significados brindados por los participantes o las interpretaciones realizadas a partir de estos. Se buscó incluir todos los códigos posibles para captar la diversidad de las experiencias y así poder identificar patrones en el texto que reflejen aspectos significativos. Esta codificación se hizo de manera manual en el programa ATLAS.ti 8.

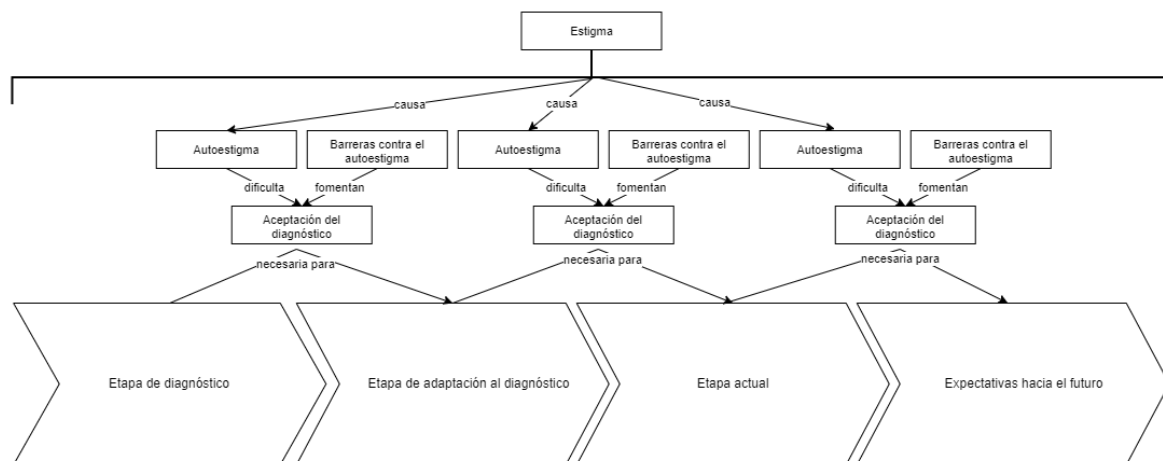
La tercera fase consistió en la búsqueda de temas a partir de los códigos identificados. Se comprendió un tema como un patrón de significado que captura información relevante a la pregunta de investigación. Para generarlos, se revisaron los códigos elaborados con el fin de identificar similitudes, y así agrupar y conservar aquellos que describían patrones coherentes y significativos al objetivo. La cuarta fase implicó la revisión de potenciales temas, en relación con los códigos y el conjunto de datos, buscando procurar la pertinencia con respecto al objetivo de investigación. Así, se descartaron o reubicaron ciertos códigos en distintos temas hasta contar con un conjunto de temas coherente constituidos por códigos pertinentes a cada uno. Una vez se contó con un conjunto de temas coherentes, se revisaron junto a los datos para determinar si es que genuinamente capturaron los elementos centrales y la esencia de la

información brindada por los participantes. En este paso, se crearon, modificaron y descartaron temas.

La quinta fase implicó definir y nombrar los temas identificados. Se delimitó la especificidad y relevancia de cada tema, de manera que se pudiera vincular a otros sin traslapar su contenido, respondiera a los objetivos de investigación, y que no abarcara demasiado contenido. Finalmente, la sexta etapa fue redactar y producir el reporte. Se decidió que la manera más adecuada de presentar los temas era en orden cronológico, de modo que se pudiera apreciar la interacción entre estos en la historia de los participantes. De esta manera, se presentaron las etapas de proceso de diagnóstico, adaptación inicial a la vivencia con bipolaridad, vivencias actuales con la condición, y expectativas al futuro. Dentro de estas se redactó lo recogido en etapas previas, priorizando aquello en lo que se evidenciara la presencia del estigma y la posibilidad de la internalización de este. De este modo, a partir del análisis, se planteó una historia coherente que presentaba un argumento en respuesta a la pregunta de investigación.



Resultados y discusión



La relación de los participantes con la bipolaridad es un proceso que cambia constantemente, de manera que no es lineal. A partir de esto, se presentarán los resultados de manera cronológica, comenzando por la etapa previa a obtener el diagnóstico, hasta las expectativas hacia el futuro, recalcando cómo cada etapa se ve impactada por el estigma que existe alrededor de la condición.

Una vez dado el diagnóstico, los participantes comenzaron una búsqueda inicial de información, a partir de la cual crearon resistencia ante este. Si bien los participantes utilizaron fuentes diversas en esta búsqueda como internet, libros y experiencias pasadas, se señala que la información era escasa y que aquella que estaba disponible presentaba una idea negativa de la bipolaridad y las personas que viven con el diagnóstico.

Esto coincide con lo encontrado por diversos autores, quienes además indican que la población en general se encuentra desinformada sobre la condición y que, las pocas representaciones que son populares son más bien una personificación de los prejuicios sobre la condición, como la inestabilidad, el poco control emocional y la peligrosidad (Ellison et al., 2015; Evans et al., 2012; Favre et al., 2022; Sadler et al., 2012). A partir de estas referencias, los participantes elaboraron una idea inicial sobre su vida con el diagnóstico y relatan una resistencia a esta. Esto coincide con la etapa inicial en el proceso de desestigmatización planteada por Richard-Lepouriel et al. (2020), en la cual la persona es inicialmente confrontada con el diagnóstico y surgen temores debido a la concepción que tienen de la bipolaridad.

“Y esto es algo loco, pero mi papá me había dicho que el bipolar por influencia de Alan García. Entonces lo comparaba todo con Alan García. Es más, como que yo tenía miedo al

diagnóstico de bipolaridad, porque mi papá me había dicho que una persona como él, o sea, sin saber que en algún momento me iban a diagnosticar a mí ...[...] Es una persona que puede llegar a hacer cosas muy malas, que puede llegar a hacerse daño a sí mismo, que puede que sea una persona inestable. Tan inestable que no es capaz de llevar una vida tranquila. Y que va a necesitar medicaciones tan fuertes como el litio y que una persona con litio es, no tiene control sobre sí. Eso era lo que yo sabía sobre la bipolaridad.” (Participante 7, 27 años)

En concordancia con lo encontrado por Michalak et al. (2011), Watson et al. (2007), Yanos et al. (2020) y Richard-Lepouriel et al. (2020), esto presenta una dificultad para la aceptación del diagnóstico, debido a que los participantes tuvieron dificultades en conciliar la concepción inicial que tenían sobre la bipolaridad con la percepción de ellos mismos e integrarla a su identidad. En esta etapa, a partir de la búsqueda inicial de información, los entrevistados identificaron que las representaciones colectivas alrededor de la bipolaridad eran mayormente negativas. Adicionalmente, Major y O’Brien (2005), así como Richard-Lepouriel et al. (2020) mencionan que interviene la percepción de homogeneidad de grupo. Esto se refiere a la percepción de que todos los miembros de determinado grupo comparten las mismas características, por lo que si una persona se incorpora a este, compartirá estos rasgos que se le atribuyen a los otros miembros.

Por lo tanto, la pertenencia al grupo implica la incorporación de estos atributos a la identidad de la persona. En el presente caso, la posible pertenencia al grupo se da a partir de la confirmación del diagnóstico, y así, se corre el riesgo de que ideas como que las personas con bipolaridad son inestables, peligrosas e incapaces se incorporen a la identidad (Ellison et al., 2013; Major & O’Brien, 2005). Se ha encontrado que esto tiene repercusiones en la autoestima, por lo que la resistencia y el rechazo al diagnóstico son respuestas comunes para protegerla, como se puede observar en el caso de la mayoría de los participantes (Maassen et al., 2018; Major & O’Brien, 2005).

“Claro sí, yo dije ‘ahora voy a empezar a tener cambios repentinos’ y yo sobre pienso mucho las cosas y eso afectó y favoreció el hecho de que una vez que tuve el diagnóstico, la crisis se haga más fuerte, ¿no? Por el hecho de la concepción que tenía, los miedos, también el encontrar el balance de los fármacos, fueron varias cosas, pero sí, la idea de lo que pensaba obviamente afectó, en el momento cuando te lo dicen es como un baldazo de agua fría, ¿no? (Participante 4, 24 años)

Otra de las razones que condujo a la resistencia al diagnóstico fue el carácter crónico de este. Ambrosio et al. (2015) han encontrado que el proceso de aceptación de una condición o enfermedad crónica es mucho más dinámico y complejo, debido a que las personas se ven obligadas a reorganizar toda su vida para acomodar la sintomatología y el tratamiento, lo que constituye una nueva vida o una “nueva normalidad”. Van den Heuvel et al. (2015) y Fernandez et al. (2014) han encontrado que este es uno de los aspectos más difíciles de aceptar en el diagnóstico de bipolaridad. En este sentido, para los entrevistados se planteó la posible existencia como una persona con discapacidad, lo cual la mayoría menciona como una “sentencia de muerte”, ya que algunos pensaban que la condición sería temporal y los síntomas desaparecerían con medicación. Esta revelación ocasionó desesperanza en la mayoría de participantes.

“Iba casi una vez al mes con la doctora y le pregunté que cuándo me iban a quitar la medicación y me dijo que no, que no me la iban a quitar, que iba a ser de por vida, no? Y me chocó, me sentí muy sola, no lo pude aceptar, me acuerdo que salí de la clínica, me puse a llorar inconsolablemente, no sabía. O sea para mí era como si me hubieran sentenciado a muerte o algo y decía que no, no puedo vivir todo el tiempo con esto, que tiene que haber una forma de cura.” (Participante 5, 33 años)

A partir de conocer el carácter crónico de la bipolaridad, algunos participantes tomaron la decisión de retirarse por completo del tratamiento y distanciarse del diagnóstico, ya que aceptarlo, para los entrevistados implicaba aceptar que eran personas que requerían de un tratamiento psiquiátrico por el resto de sus vidas. Asimismo, una de las participantes señala que se retiró en esta etapa porque no se encontraba preparada para aceptar que tenía una discapacidad.

Si bien la investigación sobre el impacto de la identificación con la discapacidad y la incorporación de esta en la identidad no es concluyente, se ha encontrado que las personas que reconocen y adoptan la discapacidad como parte de su identidad tienen mejores resultados en su autoestima (Chalk et al., 2020; Bogart et al. 2017). Asimismo, Richard-Lepouriel et al. (2020) han encontrado que la aceptación de la nueva identidad constituye un avance en el proceso de recuperación del autoestigma ya que el diagnóstico deja de presentar una amenaza a la identidad de la persona.

Contrario a esto, también se propone que distanciarse de la identidad de discapacidad funciona como protección hacia la autoestima y reduce las repercusiones negativas en la

salud mental. Asimismo, aquellos que se identifican como personas con discapacidad se encuentran en mayor riesgo a internalizar el estigma (Bogart, 2014; Bogart et al., 2017; Chalk et al., 2020). Por otro lado, se ha encontrado que los adultos jóvenes tienden a rechazar la discapacidad como parte de su identidad, lo cual se debe a que se percibe la etiqueta como muy limitante, y a un deseo de evitar la posible discriminación que puedan encontrar a partir del estigma (Bogart et al., 2017; Chalk et al., 2020)

Este retiro del tratamiento tuvo como consecuencia el retorno de los síntomas iniciales, ya fueran rasgos depresivos o maníacos, lo cual llevó a nuevas disrupciones en su vida diaria y a que volvieran a buscar ayuda psiquiátrica. En esta parte, los participantes señalan el importante rol del entorno cercano, sobre todo familiares. Esto debido a que son las personas dentro de este, las que urgen a los participantes a buscar ayuda y retomar el tratamiento, lo cual concuerda con lo encontrado por Blixen et al. (2016); Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso (2020) y Reinares et al. (2016) sobre el éxito de las intervenciones del entorno cercano en el manejo de la condición y adherencia al tratamiento en personas con bipolaridad.

“A los 29 años yo entro en una fase depresiva muy muy profunda y es mi círculo cercano quien me obliga a regresar a un psiquiatra y ahí me dieron mis medicamentos y ese fue, claramente fui a un psiquiatra que me habló bien y me explicó bien acerca de qué era el trastorno bipolar, me hizo no verlo como está sentencia a muerte que yo lo veía, y seguí tratamiento con él un poco más de un año, llegué a estar relativamente estable.”

(Participante 3, 35 años)

Por otro lado, las personas que presentaron menos resistencia en aceptarlo inicialmente y en proceder con el tratamiento, fueron aquellas que contaban con un sistema de soporte cercano durante el proceso de diagnóstico, y que además contaban con un acercamiento previo positivo con personas con algún diagnóstico psiquiátrico. Esto se relaciona con la teoría que presenta que el contacto intergrupar disminuye la posibilidad de que se mantengan prejuicios sobre el grupo estigmatizado (Aberson, 2015; Pettigrew et al., 2011; Vezzali et al., 2014), sobre todo cuando se refiere a condiciones de salud mental (Eller et al., 2012; Maunder & White, 2019; Yanos et al., 2015). Así, es posible que este contacto previo haya contribuido a que algunos de los entrevistados fueran menos propensos a estar de acuerdo con el estigma alrededor de los diagnósticos psiquiátricos y, por ende, la bipolaridad.

Estos hallazgos dialogan con lo encontrado por Chang et al. (2016), con respecto a que las personas con bipolaridad, comparadas con otros diagnósticos, son más propensas a validar el estigma sobre la condición. Así, si bien todos los participantes de esta investigación presentaron la resistencia inicial ante el diagnóstico, el soporte del entorno en el inicio del tratamiento y la diferente concepción que tenían de la salud mental contribuyeron a que no se retiraran del tratamiento. Esto coincide con lo encontrado por diversos autores (Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Karidi et al., 2015; Stentzel et al., 2018; Wang et al., 2018), en que las personas que cuentan con soporte de su entorno tienen mejores expectativas de llevar a cabo una recuperación exitosa en menos tiempo.

“Ah, ya, sí, mi ex-flaca, el asunto es así, sí, ella básicamente porque ella también tenía (Trastorno Límite de la Personalidad), entonces como que entendía la situación y normalizaba porque yo no lo podía normalizar.” (Participante 1, 23 años)

“Una de mis mejores amigas es doctora, ella fue la que justo estaba trabajando en, en el Noguchi y ella me avisó que ahí, me ayudó a sacar la cita y me acompañó ese día. Y después mi novio estuvo como en, bueno vivía y vive conmigo entonces él estuvo como detrás de todo el proceso y la medicación que me recetaban y eso.” (Participante 2, 29 años)

Una vez que se cuenta con el diagnóstico, los entrevistados mencionan que procedieron a debatir si y cómo contarlo a personas del entorno cercano que no habían acompañado durante el proceso de diagnóstico. Este entorno cercano, en la mayoría de casos, se encontraba conformado por algunos miembros de la familia como hermanos o padres, y en ocasiones, amistades de años. Este momento para Richard-Lepouriel et al. (2020) representa el inicio del proceso de recuperación del autoestigma ya que se deja de considerar el diagnóstico como algo que debe permanecer oculto o ser un tabú. En este, las personas con bipolaridad debaten los beneficios de contarlo contra los posibles riesgos.

Las razones de los participantes para mantenerlo oculto son sobre todo por el deseo de que la relación no cambie, ya que anticipan que esto sucederá inevitablemente una vez que conozcan el diagnóstico. Esto debido a que identifican y reconocen los prejuicios y el estigma asociado al diagnóstico y anticipan que esto también se aplicará a sus relaciones interpersonales lo cual coincide con lo encontrado por Petelka et al. (2020). De este modo, los entrevistados reconocen el fenómeno de etiquetado, el cual es la primera etapa en un posible proceso de estigmatización (Link & Phelan, 2001). Adicionalmente, esta resistencia es

respaldada por los hallazgos de Fernandez et al. (2014) quienes encontraron que las personas con bipolaridad experimentaban un detrimento en sus relaciones al compartir su diagnóstico, con repercusiones como la pérdida de credibilidad o el miedo (Latifian et al., 2023; Mileva et al., 2013; Richard-Lepouriel et al., 2020).

Asimismo, esto se relaciona con la evaluación de amenaza a la identidad propuesta en el modelo de Major y O'Brien (2005), la cual se lleva a cabo a partir de la información que obtienen del entorno. En esta etapa, los participantes tienen cierto conocimiento de las concepciones de la bipolaridad en la sociedad, por lo que entienden que terceros pueden aplicarlas si es que conocen su pertenencia al grupo mediante la revelación del diagnóstico. De este modo, se propone que, en un intento de proteger la identidad y la autoestima, los individuos deciden esconder el aspecto de su identidad que podría conducir a que sean discriminados o devaluados (Major & O'Brien, 2005).

En contraparte, los entrevistados mencionan como razones para contarle el obtener soporte y entendimiento del entorno. Esto nuevamente coincide con los hallazgos de Wang et al. (2018), Stenzel et al. (2018) y Hormazábal-Salgado y Poblete-Troncoso (2020) con respecto a la importancia e impacto positivo del soporte en el tratamiento de condiciones de salud mental. Esto también puede coincidir con el inicio del proceso de recuperación del autoestigma en la dimensión de relaciones interpersonales, en el cual la persona con bipolaridad busca ser entendida por otros en su entorno, y así más adelante pueda obtener soporte en momentos clave (Richard-Lepouriel et al., 2020).

Asimismo, esto puede contribuir a que las personas tengan un mayor control sobre la condición, ya que informar a las personas que tienen mayor cercanía y, por lo tanto, mayor probabilidad de presenciar los síntomas en el día a día, puede conducir a que estas formen parte de las estrategias que tiene la persona con bipolaridad para el manejo de la sintomatología (Petelka et al., 2020).

“Para mí siempre ha sido, el hecho de decirlo siempre ha sido como un grito de auxilio de no quiero contar más esto, ¿entiendes? No quiero desaparecer y decir que estuve enferma o no sé, quiero decir la verdad y con la gente que más quiero y la gente que es más cercana a mí, entonces era más que todo eso, era hacerlo por mí, más que por ellos, entonces si lo entendían como bravazo pero si les constaba o no, bravazo también.” (Participante 1, 23 años)

Si bien finalmente todos los participantes compartieron el diagnóstico con su entorno cercano, la reacción de estos influyó en cómo se sentían con respecto a este. Las reacciones que recibieron fueron tres: apoyo y aceptación, ambivalencia, y rechazo. Por un lado, la aceptación inicial por parte del entorno tuvo efectos positivos en los participantes que lo experimentaron, de modo que funcionó como una barrera ante el estigma, la internalización de este, y facilitó la aceptación del diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Esto coincide con lo encontrado por diversos autores sobre el rol protector que tiene el soporte del entorno, ya que contribuye a la noción de que las personas diagnosticadas continúan siendo valiosas sin importar su pertenencia al grupo estigmatizado (Chronister et al., 2013; Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Karidi et al., 2015; Yanos et al., 2015). Asimismo, coincide con lo encontrado por Petelka et al. (2020), con respecto a la ayuda que puede representar el entorno cercano en el acercamiento inicial al tratamiento; y con lo planteado por Richard-Lepouriel et al., (2020), a que ser aceptado por los demás es parte importante en el proceso de recuperación del autoestigma.

Se encontró que lo que tenían en común las personas del entorno que habían mostrado una reacción positiva era la información con la que contaban. De esta forma, estas personas habían tomado la iniciativa de educarse sobre la condición directamente con profesionales de la salud o con fuentes académicas, lo cual constituye un intento de adaptarse a la bipolaridad de su ser querido. Esto funcionó como una barrera frente a la internalización del estigma en los participantes dado que se percibían como valorados para estas personas. Adicionalmente, gracias a la psicoeducación, estaban en la condición de reconocer y desmentir el estigma (Maunder & White, 2019; Richard-Lepouriel et al., 2020), lo cual previene la internalización ya que reduce la presencia del estigma en el entorno cercano a la persona con bipolaridad (Latifian et al., 2023; Morris et al., 2012; Richard-Lepouriel et al., 2020).

“Mi mamá siempre dice que esto es como estar resfriado, que te dé diabetes, allá algo se toma la pastilla, se cura y se ve la forma de ir al médico, ¿no? Creo que eso ayuda, ¿no?”
(Participante 4, 24 años)

Por otro lado, los participantes atribuyen la ambivalencia y el rechazo del diagnóstico por el entorno cercano al estigma que mantienen estas personas sobre la salud mental. Los entrevistados recalcaron que la información que tenía el entorno compartía las mismas características que había tenido la que encontraron los participantes en su búsqueda inicial ya

que se encuentra más disponible (Ellison et al., 2013, 2015; Favre et al., 2022; Sadler et al., 2012).

“No lo sé, como te digo mi papá no cree en la salud mental. Para él no existe. No sé si ya cambió un poco. Creo que sí. Creo que la pandemia lo ha hecho cambiar bastante. Darse cuenta de muchas cosas. [...] Mi mamá sí entiende un poco más, porque además mi familia es muy cerrada.” (Participante 7, 27 años)

“Yo creo que hay mucha influencia en los medios de comunicación y en el cine, cuando las personas ven, o sea creo que hay mucho interés de hacer cosas por vender y no por informar, o por entretener y no toman en cuenta lo peligroso que esto puede ser, ¿no? Y creo que es algo así como un teléfono malogrado porque alguien lo usa y luego a otra persona le divierte y lo hace, y así se refuerzan estas ideas, ¿no?” (Participante 2, 29 años)

Los participantes mencionaron que la falta de aceptación por parte del entorno llevó a que ellos mismos tuvieran más dificultades en aceptar el diagnóstico y en continuar el tratamiento, ya que la reacción que recibieron sirvió como confirmación de su resistencia y rechazo inicial. Asimismo, se relaciona con lo mencionado por diversos autores (Cerit et al., 2012; Dubreucq et al., 2021; Hajda et al., 2015; Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Morris et al., 2012). Cerit et al. (2012) señalan que la falta de soporte del entorno y la validación del estigma dentro de este tienen repercusiones en la internalización y en el retraso en la aceptación del diagnóstico.

En el caso de los entrevistados, las creencias que mantenía el entorno relacionaban la bipolaridad con un deterioro significativo en la funcionalidad, y se asociaba con inestabilidad e incapacidad para llevar a cabo desde actividades diarias hasta metas a largo plazo. Esto también se relaciona con lo encontrado por Latifian et al. (2023) y Reinares et al. (2016), quienes encontraron que las familias suelen ser el espacio en el cual se experimenta constantemente el estigma.

“Y como te digo allí influyó mucho que mi mamá me dijera ‘¿No hay examen de sangre que se pueda hacer para eso?’ Entonces mi mamá influyó mucho en que no lo aceptara tampoco. [...] Yo al inicio este círculo muy cercano que reaccionó tan negativamente como yo, lo que hizo fue confirmar mis temores, entonces yo dije ‘Ah, o sea el temor que yo tenía está bien, está bien que tenga miedo y que no quiera aceptarlo porque las tres personas tampoco lo han

hecho'. [...] Sí, en verdad todos lo recibieron así como si les hubiera dicho que tenía cáncer etapa 4, así lo tomaron todos." (Participante 3, 35 años)

Si bien después de un tiempo hubo una evolución en las creencias del entorno cercano, los entrevistados que no recibieron soporte inicialmente señalaron que les hubiera gustado que la reacción de su entorno cercano hubiera sido diferente. Esto se puede relacionar con los sentimientos de desesperanza frente a la condición, a partir de los cuales las personas con bipolaridad se sienten incomprendidas por aquellos a su alrededor. Se ha encontrado que la ocurrencia de estos sentimientos se relaciona con mayor internalización del estigma, retraso en la aceptación del diagnóstico y baja adherencia al tratamiento (Chronister et al., 2013; Kamaradova et al., 2016; Oexle et al., 2018; Oliveira et al., 2015; Wang et al., 2018).

"Eh... también siento que la gente como que, me ha pasado que se empieza a alejar también porque cree que eres un problema, que como que tiene que lidiar contigo y es muy pesado y como que da flojera, ¿no? Sí, creo que nos vuelve también inseguros, nos mete miedo de ser quienes somos, porque como que es parte de quien eres, ¿no?" (Participante 1, 23 años)

En contraparte, cuando la reacción ha sido positiva y se ha obtenido soporte desde el inicio, los entrevistados mencionan que esto les ha permitido aceptar con mayor facilidad las implicancias de la condición, tanto en su estilo de vida, como en validar sus propias emociones, entender sus síntomas, y, en identificarse como una persona con bipolaridad. Esto coincide con los hallazgos de Ellison et al. (2013), Dubreucq et al. (2021) y Karidi et al. (2015), con respecto a la importancia de contar con aceptación y validación dentro del entorno, de modo que se pueda crear una barrera contra el estigma y favorecer la recuperación.

Luego de esta etapa inicial, los participantes mencionan que inició el periodo de adaptación a lo que conlleva vivir con bipolaridad. Esto implicó un cambio en el estilo de vida enfocado en evitar que se detone un nuevo episodio, con la incorporación del tratamiento farmacológico, lo que además conllevó a que los participantes detuvieran su estilo de vida previo al momento del diagnóstico, y priorizaran la recuperación.

Esta etapa además presenta una problemática para los participantes debido a que aparece una nueva sintomatología relacionada a los efectos secundarios de la medicación, lo cual impactó negativamente en casi todos los ámbitos de sus vidas. Esto coincide con lo

encontrado por Maassen et al. (2018) sobre la dificultad de encontrar las medicaciones y dosis correctas, así como también el dilema de elegir entre experimentar la sintomatología o los efectos secundarios de la medicación. Se ha encontrado que la intensidad de estos efectos tiene una relación inversamente proporcional con la adherencia al tratamiento y aceptación del diagnóstico (Chandra et al., 2014; Darbshire & Mashrah, 2018; Mert et al., 2015).

“Y una de ellas fue el hecho de que pucha este tenía- o sea, no sé, la gente me llamaba para salir o cosas así y yo tenía miedo o el hecho de que tenía que llevar mis pastillas a todas partes, tenía que dormir temprano cuando te metas la dosis, tipo estás con sueño, tu mirada está perdida porque estás con como que con dosis altas. Obviamente no es como que estás siempre así, pero cuando te aumentan la dosis, tu organismo, o sea, yo al menos siento la pegada y como que me dura, como que dos semanas y eso acostumbrarme a la dosis. Entonces como que en todo ese lapso de tiempo yo creo que sí, mi vida como que cambia, porque es como que yo prefería quedarme en mi casa.” (Participante 8, 25 años)

Si bien la mayoría de los participantes continuaron con el tratamiento, los participantes recalcaron que esta etapa fue especialmente difícil y que, en todos los casos, significó detener proyectos personales, académicos, laborales o incluso relaciones de pareja. Esto coincide con lo encontrado por Fernandez et al. (2014), Van den Heuvel et al. (2015) y Blixen et al. (2016) con respecto a los cambios en el estilo de vida a partir de la bipolaridad, sobre todo con lo que respecta a los estudios, al trabajo y a las relaciones interpersonales (Mileva et al., 2013; Tiğli Filizer et al., 2016).

Se ha encontrado que la disminución en la funcionalidad tiene repercusiones en la autoestima y la autoeficacia. Esto se debe a que, en personas con condiciones crónicas, las demandas del entorno suelen sobrepasar sus recursos, por lo que no logran alcanzar sus metas (Chalk et al., 2020; Morris et al., 2012; Gilkes et al., 2019). El fracaso percibido afecta el sentido de autoeficacia de la persona y disminuye su autoestima, lo cual puede tener como resultado el efecto “¿Por qué intentar?” (Au et al., 2019; Corrigan et al., 2016; Corrigan & Rao, 2012; Çuhadar & Çam, 2014).

Este efecto se refiere a cuando las personas con una condición psiquiátrica dejan de plantearse metas y de iniciar acciones debido a que asumen que no podrán lograr sus objetivos, y tiene como consecuencia la desesperanza y el incremento en la probabilidad de internalizar el estigma. En la presente muestra, la mayoría de los participantes mencionaron haber experimentado desesperanza en torno a sus metas académicas y laborales durante esta

etapa. Adicionalmente, una de las participantes mencionó que tuvo que hacer un esfuerzo consciente durante este periodo para no internalizar el estigma.

“Me pasó. O sea, me pasó, yo iba muy bien en la universidad, era quinto superior, terminé en tercio, pero bueno tampoco es décimo, pero era buen estudiante, ¿no? E iba a acabar mi carrera en cinco años y la terminé en seis y medio. Me pasó eso. Me retiré un año, o bueno me retiraron. [...] Mi vida se paralizó, un año entero perdido prácticamente, bueno ahora con el COVID, dos (años), tres (años).” (Participante 4, 24 años)

Por el lado de las relaciones interpersonales, el impacto negativo para los entrevistados tuvo como consecuencia el aislamiento de su entorno y la ruptura de algunas relaciones. Los participantes señalaron que, en su mayoría, se dio a partir de la resistencia a compartir el diagnóstico, la sintomatología y/o los efectos secundarios de la medicación. Esto concuerda con lo encontrado por Mileva et al. (2013), De Filippis et al. (2022) y Richard-Lepouriel et al. (2020) con respecto al aislamiento social y separación de vínculos en personas con bipolaridad a partir del diagnóstico y la sintomatología. Estos aspectos hacían difícil mantener continuidad en las relaciones ya que impactan de manera negativa la capacidad de participar o tomar la iniciativa en actividades necesarias para mantener vínculos. Esto condujo a que los participantes tuvieran menos soporte disponible y se vieran en mayor riesgo de internalizar el estigma (Çuhadar & Çam, 2014; Greenberg et al., 2014; Wang et al., 2018).

“Inicialmente, me empecé a aislar mucho de las personas, no quería como, o sea sentía que todos podían notar lo que yo tenía. [...] Entonces no quería asistir a cenas o lugares en los que tuviera que coger cubiertos o tomar agua porque era incómodo, ¿no? Que todos te estén mirando, preguntando y sentía que no tenía la libertad para decir lo que me pasaba, porque generalmente del 100% de las personas que conozco muy pocos saben que es la bipolaridad, entonces era muy difícil explicar lo que me estaba pasando y me aislé mucho [...].” (Participante 5, 33 años)

Los participantes mencionaron haber experimentado sentimientos inicialmente negativos hacia la condición dado que los cambios que trajo a su vida fueron inicialmente percibidos como limitantes, lo cual coincide con lo encontrado por Blixen et al. (2016). Estos sentimientos frente a la bipolaridad tuvieron un impacto en el proceso de aceptación del diagnóstico, dado que fueron el resultado de la primera experiencia propia que los

participantes tuvieron con la condición. Además, debido a que esta es crónica, consideraron posible que el acercamiento inicial fuera un indicio de las implicancias de vivir el resto de su vida con el diagnóstico, tal como lo describe Fernandez et al. (2014). Mashiach-Eizenberg et al. (2013), Oexle et al. (2018) y Yanos et al. (2020) encontraron que los sentimientos negativos frente al diagnóstico son factores de riesgo con respecto a la internalización del estigma, lo cual impacta directamente la adherencia al tratamiento, aspecto que es importante en esta etapa (Mert et al., 2015).

Adicionalmente, los participantes comenzaron un proceso de ajuste de expectativas dentro de una vida con el diagnóstico. A diferencia de la etapa inicial, la información que tenían los entrevistados de la condición ya no se encontraba tan influenciada por el estigma alrededor de la bipolaridad, sino más bien por las vivencias propias. Los participantes realizaron un análisis sobre los recursos disponibles y las limitaciones que suponía la bipolaridad y, a partir de esto modificaron y/o elaboraron nuevos planes a futuro. Asimismo, se relata que se toma como punto de referencia y/o comparación las experiencias de vida de otras personas con bipolaridad Corrigan y Rao (2012), Crocker y Major (1989) y Van den Heuvel et al. (2015) han propuesto que esto funciona como factor de protección contra la internalización del estigma puesto que aumenta la autoeficacia a partir de metas realizables.

“Bueno, yo creo que el único impacto que tuve fue como tristeza, o sea decepción. No podía creer que me estaba pasando a mí. De hecho, no me demoré en asimilarlo tanto, pero sí me costó como aceptar que iba a vivir toda mi vida con eso, ¿no? Porque claramente desde que tuve noción de, o sea, desde el primer año. [...] O sea, como te digo sientes como tristeza como que un poco de decepción, pero te tienes que adaptar a eso.” (Participante 8, 25 años)

Solo uno de los participantes mencionó haberse retirado del tratamiento en esta etapa.

En continuación a lo mencionado previamente, Mert et al. (2015), Chandra et al. (2014) y Blixen et al. (2016) han encontrado que las principales razones para la interrupción o retiro del tratamiento en personas con bipolaridad son la falta de aceptación del diagnóstico y la severidad de los efectos secundarios de la medicación. Si bien todos los participantes mencionaron haber experimentado dificultades, el caso de la persona que interrumpió el tratamiento tiene la característica adicional de haber tenido un proceso extenso de aceptación del diagnóstico, con múltiples ocasiones de interrupción del tratamiento. Así, los hallazgos en esta muestra apoyan lo encontrado por los autores.

En paralelo a la adaptación inicial a la vida con el diagnóstico, se menciona que el entorno cercano toma iniciativa para informarse y acompañar a los participantes. Esto constituyó otro cambio en las relaciones de los participantes, en las que el entorno se convierte en una fuente de soporte. Los entrevistados señalaron que este fue especialmente importante en esta etapa de adaptación. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Stenzel et al. (2018), por Greenberg et al., (2014) y Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso (2020) con respecto a que el soporte social es uno de los principales predictores de adherencia al tratamiento y en la aceptación del diagnóstico (Chronister et al., 2013; Özdamar Ünal et al., 2022; Yanos et al., 2020). Asimismo, de acuerdo al proceso de desestigmatización planteado por Richard-Lepouriel et al. (2020), el soporte activo del entorno representa el paso final desde el autoestigma hasta la recuperación.

“Bueno en ese tiempo yo vivía con mi hermana menor y fue un poco lo que me empezó a ayudar con el tema de poder hacerme acompañamiento, o sea por primera vez sentí que alguien me estaba apoyando y acompañando en el tema, porque sentía que las demás personas como que solamente lo veían como que yo era muy floja o como que yo quería llamar la atención o como era muy sentimental o muy no sé, muchas cosas.” (Participante 5, 33 años)

Otro aspecto importante de esta etapa inicial de adaptación es la profundización en la búsqueda de información por parte de los participantes. Este proceso forma parte de la exploración de la nueva identidad, proceso que se señala es especialmente importante para personas diagnosticadas con condiciones crónicas ya que favorece la adaptación. Parte de esta búsqueda se relaciona a su vez con la teoría de Identidad Social, propuesta por Tajfel (1986), en la cual se propone que las personas forman su identidad a partir de los grupos a los que pertenecen. Esto les permite que reconozcan las similitudes con personas dentro del grupo y además influye en los niveles de autoestima en la medida en la que se tenga una buena o mala concepción del grupo. Asimismo, coincide con el proceso de desestigmatización propuesto por Richard-Lepouriel et al. (2020), dado que los participantes comienzan a hacer contacto y formar un sentido de pertenencia con otras personas, lo cual favorece la recuperación.

Así, los participantes mencionan que incursionaron en foros, páginas y grupos de apoyo. Algunos de los participantes también mencionaron que el diagnóstico los motivó a

iniciar proyectos para compartir y conectar sobre su experiencia y también conocer a más profundidad la de los demás.

“Leer sí, al principio, leer mucho, también me psicocié mucho, en verdad, muchísimo y busqué un grupo en Facebook de apoyo, algo así. Entonces empecé, o sea me metí, como plan ‘chismosa’ porque yo dije: ‘No voy a comentar esto, no lo contaré’. Empecé a leer a la gente y como que ponen ‘Ah, sí, me han diagnosticado, me siento así, he tenido un episodio, estoy tomando esto’ y no sé qué. Como que leía y entendía también a través de estas experiencias de desconocidos y después empecé a buscar, series, películas. [...] También el año pasado, porque decidí escribir un corto para hablar de esto, pero antes de escribirlo justo en este grupo [...] y entrevisté como a 5 mujeres que eran de diferentes países. Entonces ahí como que también como que he ido acumulando como conocimiento y entendiendo (Participante 1, 23 años)

En la mayoría de los casos, los entrevistados mencionaron que esta profundización había sido positiva, lo cual concuerda con lo encontrado por Fernandez et al. (2014) y Cruwys et al. (2014) al igual que lo propuesto por Tajfel (1968) dado que el identificarse y relacionarse con personas del mismo grupo permite que se obtenga una red de soporte y un sentido de pertenencia. Esto es especialmente importante para personas que cuentan con un diagnóstico crónico y adicionalmente estigmatizado ya que los sentimientos de aislamiento y no contar con soporte en el entorno pueden llevar a que se refuerce e internalice el estigma del diagnóstico y se abandone el tratamiento (Chronister et al., 2013; Özdamar Ünal et al., 2022; Yanos et al., 2020).

Dentro de los entrevistados, solo una persona tuvo una experiencia de acercamiento negativo, y otra nunca expresó interés por llevarlo a cabo. Con respecto a este último, es posible que el entrevistado no haya sentido la necesidad de buscar soporte en otros con el diagnóstico ya que relata que contó con la aceptación y el apoyo de su entorno desde el principio. Por otro lado, la persona que tuvo la experiencia negativa menciona que fue recibida de manera hostil y no encontró tener nada en común con otras personas ya que no se identificaba con lo que compartían. Como indican Maunder y White (2019) y Aberson (2015), este encuentro contribuyó a que no deseara volver a acercarse a personas que compartían otros diagnósticos psiquiátricos y reforzó prejuicios previos.

“Estaba en un grupo de gente, pero no quería hacerme amiga con nadie por su personalidad y me salí porque me estresaban porque era una cuenta de quejas. Es difícil, tengo que

enfrentarme a muchos prejuicios. [...] Incluso como yo te digo, no creo que lo mío sea interactuar con personas bipolares o borderline. Me costaría mucho, porque yo me conozco y sé cómo soy y no me gustaría involucrarme con alguien así.” (Participante 6, 27 años)

Adicionalmente, uno de los participantes realizó una comparación con otros diagnósticos de salud mental, en razón a la inclusión de la bipolaridad en la lista de enfermedades mentales severas publicada por el Ministerio de Salud, por prioridad en vacunación contra el COVID-19. El entrevistado señaló que le parecía injusto que la bipolaridad se encontrara en esta categoría, dado que las personas que tienen este diagnóstico son más funcionales que personas con diagnósticos como la psicosis o la esquizofrenia. Esto concuerda con la comparación entre grupos de acuerdo a lo planteado dentro de la teoría de Identidad Social (Tajfel, 1968) y la comparación intergrupala.

Así, la participante se identifica con el grupo de personas con bipolaridad y, por lo tanto, este debe ser mejor considerado que otras condiciones de salud mental, aunque todas las mencionadas se encuentran dentro de las más estigmatizadas (Angermeyer et al., 2017; Karidi et al., 2015; Pal et al., 2017; Schomerus et al., 2012). En este sentido, puede que, en un intento de mantener un autoconcepto positivo, el participante haya buscado hacer una comparación desfavorable con los trastornos psicóticos a partir de cuál grupo es el menos funcional o el más “loco”, estableciendo una jerarquía en la que la bipolaridad es superior (Blanton et al., 2000; Dimofte et al., 2015; Iacoviello et al., 2017)

“Pero lamentablemente lo llamaron enfermedades mentales severas y eso fue fuerte, o sea cuando yo leí que la bipolaridad iba a estar como una de las enfermedades por la que te podías vacunar dije por un lado ‘Qué bien’ y por otro, ‘¿Qué cosa saben ellos que yo no sé? O sea, ¿por qué lo llaman enfermedad mental severa y lo ponen junto a la psicosis?’ Porque para mí la psicosis es como decir ‘Guau, esos sí que están locos, eso ya es otro nivel de locura’.” (Participante 3, 35 años)

Una vez que se tiene un acercamiento inicial a la vivencia con bipolaridad y las implicaciones del tratamiento, algunos de los participantes deciden hacer su diagnóstico público a personas de su entorno que no eran tan cercanas. Frente a esto, se encontraron tres diferentes situaciones sobre cómo se manejaba el conocimiento de la condición. Algunos de los participantes mantuvieron que no deseaban que personas fuera de su círculo cercano conozcan el diagnóstico. Al igual que en un momento inicial, en el que se debatió compartirlo

con el entorno cercano; el estigma y la posible discriminación son las principales razones para mantenerlo oculto, debido a que señalan que conocen las nociones que la sociedad mantiene en general sobre la bipolaridad y cómo estas serían motivo de rechazo.

Adicionalmente, algunos participantes mencionaron que no consideraban que hubiera ningún beneficio sobre contarle a terceros fuera de su círculo cercano, ya que como se ha mencionado anteriormente, compartir el diagnóstico suele ser estratégico (Petelka et al., 2020). En este sentido, el potencial riesgo de ser receptor del estigma por parte de terceros supera los posibles beneficios en el manejo de la bipolaridad.

Así, los participantes reconocían el desconocimiento en la población en general sobre la bipolaridad, así como las representaciones colectivas negativas alrededor de la condición (Au et al., 2019; Barry et al., 2014; Ellison et al., 2015; Favre et al., 2022). Major y O'Brien (2005) y (Pal et al., 2017) proponen que las personas que pertenecen a grupos que reconocen como estigmatizados toman medidas como ocultar aquello que identifica su pertenencia con el fin de evitar situaciones en las cuales sus recursos sean insuficientes para lidiar con las consecuencias de este.

“Una mierda. No, creo que una mierda, pero como que puede que les den lástima, ¿no? O sea, se puede decir ‘Ay, el loquito, la loquita me da miedo. No te juntes con esa persona. ¿Cómo te vas a juntar con un bipolar? No vale la pena’, no sé, cosas así. ‘No, no le des trabajo, la va a cagar, no lo va a manejar’. [...] Yo pienso que no lo entienden para nada. Como esto que te decía que usan la palabra ‘bipolar’, así como cualquier cosa y que cuando se enteran que alguien realmente es bipolar le tienen miedo a la persona bipolar. [...] Pero pienso que lo extrapolan y dicen todo bipolar como que siempre está en esas como no regula y cuando alguien hizo una locura como algo muy feo o algo muy cuestionable, es bipolar, de todas maneras.” (Participante 7, 27 años)

Si bien predomina la posición de mantener el diagnóstico oculto fuera del entorno cercano, hubo tres participantes que decidieron hacerlo público por medio de sus redes sociales a partir de compartir sus experiencias, pero solo dos de ellos se mantienen. A diferencia de los participantes que mantienen su diagnóstico como algo privado, se vieron más expuestos al estigma que prevalece en la sociedad, sobre todo en las redes (Robinson et al., 2019). Dos de ellos mencionaron que frecuentemente recibían comentarios hostiles, que buscaban descalificar su activismo en razón al diagnóstico que poseen.

Si bien el activismo en sí no ha presentado efectos significativos en la reducción del estigma, se ha encontrado que la psicoeducación y el contacto con personas que tienen la condición sí tienen impactos importantes en este aspecto, además de ser efectivos tanto para las personas con bipolaridad como para aquellas que no cuentan con la condición (Çuhadar & Çam, 2014; Morris et al., 2012; Pescosolido, 2013). Así, los participantes mencionan que hacer público su diagnóstico les ha permitido acercarse a más personas que comparten este y otros diagnósticos, y ofrecer y recibir soporte en un espacio comunitario, lo cual es beneficioso para aceptar la condición y combatir la internalización del estigma (Fernandez et al., 2014; Gilkes et al., 2019; Richard-Lepouriel et al., 2020). Por ello, se podría plantear que a pesar de que se ven constantemente expuestos al estigma por las redes, tiene la presencia de un soporte más adecuado para combatirlo.

“Solo lo hice, sin un objetivo en particular, solo quería compartir cómo me sentía y no sabía que podía- que con eso podía ayudar a otras personas. Era más una intención de desahogo y tampoco sabía que más personas podían ayudarme a mí y hacerme sentir mejor y apoyarme, y yo que he podido aprender tanto de gente que no conozco [...] Es un gran apoyo, creo que si uno no tiene una red de apoyo sea como sea, sea virtual sea física, cualquier persona, sin importar que no sea la familia, es muy difícil mantener la estabilidad o vivir con un diagnóstico como el trastorno bipolar. Ha sido vital para mí en mi proceso, tener este apoyo. Si tuviera que hacer un top de personas que me han apoyado más ha sido mi novio, mi comunidad, mis amigos cercanos y después mi familia.” (Participante 2, 29 años)

Un aspecto adicional en lo que se refiere a compartir el diagnóstico es cuando los participantes se han visto forzados a hacerlo o ha sido comentado por terceros sin su consentimiento. A los participantes a los que les ha ocurrido esto mencionan que esto ha tenido repercusiones negativas, tanto en el ámbito laboral como en el de relaciones interpersonales, tales como la exclusión de círculos de amistades, la exclusión de proyectos laborales y el consecuente despido, o la ruptura de las relaciones (Blixen et al., 2016; De Filippis et al., 2022; Follmer & Jones, 2017).

“A mí me pasó que casi todo el mundo en mi trabajo se enteró y sí me afectó porque me sentí maltratada y sentí que ya no podía estar en mi trabajo y sentí como que era una manera de abuso laboral para yo irme, ¿no? Como una manera de coaccionarme para yo poder renunciar porque no tenían ninguna otra justificación para sacarme aparte de eso yo tenía un contrato indefinido con la empresa, o sea que no podían echarme. Pero ellos al tratarme

así vulneraron mi derecho a tal punto que yo decidí voluntariamente renunciar porque la situación se volvió insostenible.” (Participante 5, 33 años)

Después de esto, los participantes relataron su vida actual con el diagnóstico. Si bien casi todos los participantes mencionan molestia hacia las limitaciones que presenta el llevar el tratamiento reconocen la importancia de este para evitar un episodio y mantener la funcionalidad. Esto coincide con lo encontrado por Fernández et al. (2014), Van den Heuvel et al., (2015) y Blixen et al. (2016) en relación al manejo de la condición. De esta manera, una vez que las personas con bipolaridad han aceptado el diagnóstico como parte de su vida y de sí mismos, proceden a tomar un rol más activo en su tratamiento, puesto que sus creencias y como consecuencia, sus actitudes hacia la bipolaridad se han vuelto más positivas (Blixen et al., 2016; Morales et al., 2007).

Adicionalmente, dentro del modelo de Richard-Lepouriel et al. (2020), el mayor involucramiento en el tratamiento representa la autonomía en el manejo de la bipolaridad y la recuperación del autoestigma. En esta misma línea, coincide con lo encontrado por Pal et al. (2017), quienes propone que, a mayor experiencia en el manejo de la bipolaridad, se reduce la incidencia del autoestigma.

“Si tienes la condición que lo mínimo es ser responsable contigo mismo e ir a terapia porque si no lo haces te estás haciendo daño y daño a los demás, puedes hacerle daño a los demás, cosas que afecten tu bolsillo, cosas de las que te arrepientas o que luego no recuerdes, en verdad pueden ser cosas muy grandes. Ser constante es importante.” (Participante 6, 27 años)

Con respecto a los sentimientos positivos actuales, algunos de los entrevistados señalan que tener el diagnóstico de bipolaridad les ha permitido conocerse mejor. Esto coincide con lo encontrado por Fernández et al. (2014), con respecto a la exploración y el desarrollo de una nueva identidad, que incorpore la bipolaridad como parte intrínseca de esta. Adicionalmente, el reconocimiento de aspectos positivos en la configuración de esta nueva identidad sirve como protector frente al estigma y a la internalización de este. Esto se debe a que implica una resignificación del rol de la bipolaridad en la vida de los participantes de modo que la condición se ve bajo una nueva perspectiva y se reduce el deseo de distanciarse de esta (Fernandez et al., 2014; Richard-Lepouriel et al., 2020; Van den Heuvel et al., 2015).

“Es complicado. Hoy en día creo que es una condición que si bien tienen como- voy a ponerlo así, como cosas negativas entre comillas porque no creo que sean totalmente negativas, pero se ven como negativas. Creo que te permite conocerte un montón y eso para mí es súper importante porque todo el tiempo tienes también como que estar tú cuidando o viendo cómo reaccionas o si esa reacción es tuya o parte de un episodio. Tienes que saber cómo manejar, el control, el manejo de emociones, creo que eso es algo que es muy difícil para algunas personas y uno tener que aprender a hacerlo ya sea en terapia o solo, sola creo que es muy valioso.” (Participante 1, 23 años)

Algunos participantes mencionaron, adicionalmente, que la visión que ellos mismos tenían sobre la bipolaridad variaba de acuerdo a los síntomas que experimentaban. De esta manera, si estaban en un episodio depresivo, la visión que tenían de la bipolaridad era más negativa, y en contraparte, cuando se experimenta un episodio de manía o con estas características, presentaban mayores niveles de optimismo frente a la condición. Esto concuerda con lo encontrado por Ellison et al. (2013) y se relaciona con que los síntomas de un episodio depresivo conducen a un impacto en la funcionalidad significativo, por lo que la persona percibe la condición como más incapacitante y desesperanzadora, lo cual favorece la incidencia del autoestigma (Fernandez et al., 2014; Gilkes et al., 2019; Özdamar Ünal et al., 2022).

“Si me hicieras esta misma entrevista dentro de cinco meses, quizás mis respuestas serían distintas, porque ahora me encuentro saliendo de una etapa depresiva, entonces si bien acepto mi bipolaridad y estoy mucho más en paz con mi diagnóstico, igual lo sigo viendo como una manera, como algo que no me va a permitir como te decía ser tan feliz como podría haber sido, como un impedimento, como una discapacidad. O sea, lo acepto, pero lo sigo viendo como algo negativo, como algo que no quisiera tener.” (Participante 3, 35 años)

De este modo, a partir de la vivencia con la bipolaridad, los participantes concluyeron que ha habido un cambio en sus propias creencias. La mayoría de los entrevistados mantienen una visión más positiva de la condición y, aunque reconocen el estigma asociado a ella, no lo comparten y sostienen que se puede desmentir. Esta respuesta ante el estigma público representa la primera divergencia en el proceso de autoestigma (Corrigan et al., 2011; Corrigan & Rao, 2012) y ha protegido a la mayoría de participantes de los efectos negativos de esta. Asimismo, coincide con etapa de recuperación del autoestigma planteada por

Richard-Lepouriel et al. (2020), en la cual los participantes tienen más confianza en sí mismos a pesar del estigma prevalente de la condición.

No obstante, los entrevistados también recalcaron que el estigma prevalente en la sociedad conduce a que, por momentos tengan una visión desesperanzadora de la condición, lo cual también coincide con lo encontrado por Ellison et al. (2013), Corrigan y Rao (2012) y Chang et al. (2016), en la medida en la que, a mayor estigma público, hay mayores probabilidades de que este se internalice, especialmente en personas con bipolaridad.

“O sea como que a veces me ganan las ideas que pueda tener la sociedad a mis ideas, a lo que yo ya como asenté, entonces como que siempre están ahí como intentando cambiar mi parecer, pero sí creo que hay una gran diferencia, y la postura totalmente distinta pero siempre me va hacer, me hace ruido igual.” (Participante 1, 23 años)

Con respecto a la posición del entorno cercano, se menciona que la mayoría de los participantes ha visto una evolución en las creencias de este. Los entrevistados atribuyen este cambio al hecho de que conviven de manera cercana con una persona que tiene el diagnóstico, y este contacto ha llevado a que se cuestionen y reformulen opiniones que se mantenían previamente. En la mayoría de casos, ha ocurrido una desestigmatización de la bipolaridad y la salud mental, cambio que se puede atribuir al contacto intergrupalo, ya que se ha demostrado que la interacción con miembros de grupos estigmatizados es uno de los medios más efectivos para disminuir el estigma público (Chan et al., 2018; Maunder & White, 2019; Morris, 2012; Pettigrew et al., 2011). Esto condujo a un incremento en el soporte percibido y una mayor aceptación del diagnóstico en comparación a los participantes que no han tenido la misma experiencia.

“Claro, obviamente como me conocen ven que, aunque todo soy funcional y sí pues y si me ven a mí y dicen ‘Es bipolar y sí puede hacer una vida normal’, ¿no? Una persona que no conoce a alguien que sea bipolar es como que puede tener otra idea, ¿no?” (Participante 4, 24 años)

Actualmente la mayoría de participantes continúa manteniendo el diagnóstico dentro de su entorno privado. La principal razón que mencionan para mantenerlo así es el posible rechazo y discriminación que podrían experimentar, sobre todo en el ámbito laboral y en relaciones interpersonales. Esto concuerda con lo encontrado por Follmer y Jones (2017),

quienes encontraron que los trabajadores de una empresa preferían distanciarse de las personas que contaban con el diagnóstico de bipolaridad y deseaban incluirlas lo menos posible en proyectos. Asimismo, Sickel et al., (2014) y Nilsson et al., (2016) proponen que el ámbito laboral es uno de los más afectados por el estigma relacionado a la condición.

“Nos afecta a nivel de relaciones, nos afecta a nivel de estudios, de trabajo, en el tema de trabajo sí es muy fuerte, ¿no? Porque apenas saben del diagnóstico es como "Ah, no, mejor para evitar cualquier cosa, no contratamos a esta persona", ¿no? También a nivel de si una persona con trastorno bipolar quiere incursionar en política o tener un cargo alto tampoco lo puede hacer tan fácil porque está toda esta creencia y es bien difícil.” (Participante 2, 29 años)

Adicionalmente, los entrevistados mencionaron que un aspecto que se les había dificultado era entablar nuevas relaciones interpersonales. Con respecto a estas dificultades, los participantes indicaron que la interacción inicial con nuevas personas que no conocen el diagnóstico es complicada debido a que por el estilo de vida que han adoptado por el tratamiento, mantienen ciertas restricciones que suelen ser difíciles de explicar, que concuerda con lo encontrado por Blixen et al. (2016). Asimismo, coincide con lo encontrado por Tiğli Filizer et al. (2016) y Buchman-Wildbaum et al. (2020), con respecto a que luego del diagnóstico, las personas con bipolaridad suelen experimentar una menor apertura a nuevas relaciones y a participar en actividades sociales.

Adicionalmente, relataron que, cuando comparten el diagnóstico, las personas tienden a alejarse o a no profundizar en la relación, lo cual coincide con Oliveira et al. (2015) y Tiğli Filizer et al. (2016) sobre el deterioro significativo en las relaciones interpersonales y la calidad de las mismas a partir del diagnóstico de bipolaridad. Los entrevistados atribuyen esto al estigma y la desinformación prevalente en la sociedad sobre la bipolaridad como la inestabilidad emocional o posible peligrosidad del desorden, lo cual concuerda con lo encontrado por Maassen et al. (2018) y Petelka et al. (2020)

Asimismo, Maciel et al., (2019) encontraron que la exclusión y deseos de distancia social hacia personas con diagnósticos psiquiátricos se encontraban basados en las creencias negativas sobre estos. En consecuencia, los participantes recalcaron que tienen un círculo reducido de amigos, lo cual concuerda con lo encontrado por Greenberg et al. (2014) y Latifian et al. (2023) quienes encontraron que las personas con bipolaridad recibían niveles más bajos de soporte social que personas que no contaban con un diagnóstico psiquiátrico.

Adicionalmente, se relaciona con los hallazgos de Lee et al. (2014) y Fiske (2012), quienes encontraron que el diagnóstico de bipolaridad es predictor del deseo de distancia social.

Otro aspecto en común en el discurso de los participantes fue la falta de comprensión que sentían por parte de las personas de su entorno y la sociedad en general. Se recalcó que, incluso cuando otros conocían el diagnóstico, no comprendían la experiencia de vivir con bipolaridad y lo que el manejo de la condición implicaba en la vida diaria, lo que reforzaba el sentimiento de soledad y conducía a un mayor aislamiento, incrementando el riesgo (Blixen et al., 2016; Buchman-Wildbaum et al., 2020; Petelka et al., 2020) (Blixen et al., 2016; Petelka et al., 2020).

“Para mí eso nunca es real en el sentido de que- o sea sé que de la nada fácil me pongo como muy mal, y siempre voy a sentir, que aun así sean mis amigos muchos más cercanos, que soy una carga, ¿me entiendes? Que ellos sienten que tienen que hacer algo por mí cuando es una cosa solamente de escuchar o estar ahí. [...] Alguna vez le habré dicho a alguno de mis amigos, alguno de esos amigos ‘Estoy en crisis’, y de la nada, automáticamente están lejos de mí, no sé si de mala onda o qué. Y después de la nada aparecen [...] Yo siento que es, que puede ser, que sintieron que yo me iba a ir a la mierda y que no querían estar ahí, como también si hay otros que están, escuchan. Igual siempre creo que es difícil para ellos saber que decir porque, o sea, qué sabes si es que no lo vives.” (Participante 1, 23 años)

Finalmente, los participantes mencionaron sus predicciones y esperanzas para el futuro siguiendo el tratamiento y viviendo con la sintomatología de la condición. De este modo, señalaron que han tenido que replantear o descartar el plan de vida que habían elaborado previamente a conocer el diagnóstico. En ese sentido, todos los participantes mencionan cambios con respecto a las metas que tenían y el tiempo en el que se las habían asignado, y sus prioridades. Como se ha mencionado anteriormente, el ajuste de expectativas constituye una barrera ante el autoestigma y favorece la recuperación, puesto que permite que las personas con el diagnóstico alcancen sus objetivos de manera que incrementa su autoeficacia y así también su autoestima (Corrigan & Rao, 2012; Crocker & Major, 1989; Fernandez et al., 2014; Richard-Lepouriel et al., 2020).

“Sí, o sea creo que he tomado conciencia de que las metas que tengo van a demorar más. O sea, si alguien puede hacer algo en dos meses, yo lo voy a hacer en tres, cuatro. Entonces todo de por sí ya se ha retrasado, yo pensaba viajar al extranjero para estudiar hace medio

año, más o menos, no ha sido posible porque no he estado bien, eh, no he estado estable y era imposible que yo viaje inestable no iba a ser bueno.” (Participante 2, 29 años)

“Y laboralmente pues trato de hacer lo que me divierta en realidad, más allá de tener un trabajo fijo como antes estaba dentro de mis planes, de tener un buen trabajo, tener una- de estar muy reconocida en el trabajo que yo hacía. Antes yo tenía esos planes, ¿no? Pero ahora lo único que quiero es tener paz y disfrutar de mi trabajo.” (Participante 5, 33 años)

Por otro lado, los participantes consideraban que iniciar y mantener una relación de pareja duradera era una meta difícil. Si bien no se han encontrado estudios que traten específicamente iniciar relaciones románticas con personas con bipolaridad, los participantes lo relacionaron con la resistencia y el estigma alrededor de la bipolaridad, así como también las dificultades que conlleva convivir con una persona que tiene una condición crónica (Maassen et al., 2018; Sadler et al., 2012). Esto debido a que a veces durante la ocurrencia de los episodios, su funcionalidad se ve comprometida, por lo que requieren que alguien del entorno pueda asumir el rol de cuidador.

“A nivel de relaciones sentimentales, creo que me va a ser difícil entablar una relación a largo plazo, creo que puede ser muy agotador estar con una persona con trastorno bipolar, y necesito encontrar una persona que no solo esté dispuesta a informarse, a entender la enfermedad, sino que también acepte que van a haber momentos en los que te vuelves una persona discapacitada [...] entonces es un compromiso muy grande.” (Participante 3, 35 años)

No obstante esta dificultad, la mayoría de participantes se encuentra optimista en el futuro de sus relaciones interpersonales. Así, esperaban profundizar y poder obtener mayor soporte de sus relaciones cercanas, como también retomar amistades que se dejaron abandonaron en las etapas iniciales de la adaptación. Estas esperanzas se relacionan con lo encontrado por Dunne et al. (2019), sobre el impacto positivo que tiene el incremento de soporte recibido en la recuperación de personas diagnosticadas con bipolaridad. Asimismo, también relata la importancia de participar en relaciones y recobrar un sentido de pertenencia a la comunidad, en el proceso de recuperación del autoestigma (Maassen et al., 2018; Richard-Lepouriel et al., 2020; Wang et al., 2018).

“En verdad espero que sean más sólidas. O sea, yo siempre he sido de tener bastantes amigos y todo, pero sí sé que tengo solo dos mejores amigos y dos mejores amigos. No tengo más, o sea, mejores, pero no tendría problema con solo quedarme con esos cuatro, si es que o sea, con solidez, que sea más fuerte. O sea. O sea que el que mucho abarca poco aprieta. ¿Me entiendes? Prefiero que sean sólidas así mis relaciones como que quiero que sean sólidas.” (Participante 8, 25 años)

Los participantes además presentaron bastante autonomía y esperanza hacia el futuro con respecto al tratamiento combinado, de manera que se involucraban activamente en el uso de medicación psiquiátrica y asistencia a psicoterapia. Esto, con el objetivo de que hubiera una reducción en la ocurrencia de episodios y la sintomatología, lo cual coincide con los hallazgos de Fernandez et al. (2014), Maassen et al. (2018) y Van den Heuvel et al. (2015), sobre la importancia de llevar acompañamiento psicológico.

“Espero ya ser capaz de manejarlo de la manera más efectiva. O sea, aprender como estoy en esta nueva terapia, que en teoría la estoy, o sea que la he elegido yo por primera vez. Entonces espero aprender a llevar las cosas mejor y llevar las cosas un poco más en paz. Pero ya depende de mí supongo.” (Participante 7, 27 años)

Con respecto a la idea que la sociedad tiene sobre la bipolaridad, la mayoría de participantes señaló que no tenía esperanzas de que haya cambios significativos, y que el estigma siempre será una constante sobre la bipolaridad. No obstante, tres de los participantes se mostraron más esperanza en este cambio, lo cual puede que también se deba a que son personas que en algún momento han hecho su diagnóstico más público y dos actualmente se dedican al activismo. Las diferentes posturas de los entrevistados frente al futuro se pueden relacionar con las diferentes reacciones frente al estigma planteadas por Corrigan y Watson (2002).

Así, se puede identificar que la reacción de los participantes cuyo diagnóstico tiene una parte más central en su identidad e interactúan constantemente con otras personas con bipolaridad, comparte similitudes con la “ira justificada”, de modo que invierten tiempo en combatir el estigma mediante su activismo. Por otro lado, los entrevistados que mantienen el diagnóstico como algo más privado o no es una parte central de su identidad no aceptan el estigma, pero optan por ignorarlo corresponden a la respuesta de “indiferencia” (Corrigan y Watson, 2002). Sin embargo, contrario a lo que plantean Corrigan y Watson (2002) ninguno

de los participantes ha logrado mantener su autoconcepto o autoeficacia intactos, y las respuestas frente al estigma han evolucionado durante el tiempo.

“O sea esa es mi apuesta, ¿no? O sea, tengo que ser positiva y decir que sí pero cuándo será, ¿no? No será en mi tiempo de vida. [...] O sea yo siento que la ansiedad y la depresión son dos condiciones que ahora están mucho más aceptadas de lo que era antes y hay como que menos temor de las personas que sufren de depresión o que sufren de ansiedad. O sea, esas ya pasaron la valla, lo lograron pero todavía a las condiciones severas entre comillas todavía les falta.” (Participante 3, 35 años)



Conclusiones

Como objetivo general de la investigación, se buscó comprender el rol del estigma y el autoestigma en el proceso de aceptación de diagnóstico de bipolaridad. De esta manera, a partir de las diferentes trayectorias que han tenido los participantes con respecto a la aceptación de su diagnóstico, se han identificado aspectos en común.

Como objetivo general de la investigación, se buscó comprender el rol del estigma y el autoestigma en el proceso de aceptación de diagnóstico de bipolaridad. De esta manera, a partir de las diferentes trayectorias que han tenido los participantes con respecto a la aceptación de su diagnóstico, se han identificado aspectos en común.

Se ha encontrado que el proceso de aceptación de diagnóstico es dinámico, ya que se ve influenciado por diversos factores relacionados a la experiencia personal de los participantes, como aquellos del entorno.

Inicialmente, se evidencia la evolución en las creencias que los participantes tienen sobre la bipolaridad. De esta forma, en un primer momento, esta se veía influenciada mayoritariamente por información disponible del entorno, en la que prevalecía el estigma. A partir de la vivencia con el diagnóstico, las creencias de los entrevistados sobre la bipolaridad fueron cambiando, de manera que, hasta el momento de las entrevistas, eran un reflejo de cómo la condición había impactado en todos los ámbitos de sus vidas.

Si bien se encontró que todos los participantes habían lidiado con la internalización del estigma en algún momento de su trayectoria, en la mayoría de los casos esto había disminuido o desaparecido con el tiempo. Los factores que favorecieron este declive fueron el acceso a información, soporte por parte del entorno, y esperanza de recuperación. Los participantes que no contaban con alguno de estos factores, mostraron mayor resistencia a aceptar el diagnóstico y menor esperanza hacia el futuro.

Otro hallazgo corresponde a la evolución de las creencias del entorno a partir de la convivencia con los participantes. De este modo, inicialmente las personas cercanas tuvieron diferentes reacciones frente al diagnóstico, lo cual fue determinado por diferentes factores.

No obstante la reacción, desde el acompañamiento a los entrevistados, tanto en la experimentación de la sintomatología como el tratamiento y los cambios en el estilo de vida, ha ocurrido una negociación entre los participantes y el entorno. Esto constituye una negociación entre cómo los entrevistados se ven a sí mismos y cómo los percibe su entorno, con un esfuerzo por parte de los participantes para que la visión del entorno cambie. Como resultado, el entorno ha modificado su visión sobre la bipolaridad, siendo positiva en la

mayoría de los casos, por lo que las actitudes del entorno hacia la bipolaridad y a los participantes son más favorables.

Por otro lado, se ha encontrado que la aceptación del diagnóstico se encuentra relacionada a la incorporación de la bipolaridad a la identidad. Esto, a su vez, se encontraba determinado por cuánto los participantes se reconocían en otros con bipolaridad, ya sea mediante representaciones o por relaciones establecidas con otras personas con bipolaridad u otros diagnósticos de salud mental. Así, la interacción positiva favoreció la identificación con el diagnóstico como la interacción negativa fue un factor importante en la internalización del estigma.

El impacto del diagnóstico en la funcionalidad de los participantes por sí mismo no fue un factor en la internalización del estigma. Lo que determinó este proceso fue el soporte con el que contaron los entrevistados durante estos periodos de pérdida o disminución en la funcionalidad. De este modo, este funcionó como una barrera ante la internalización del estigma.

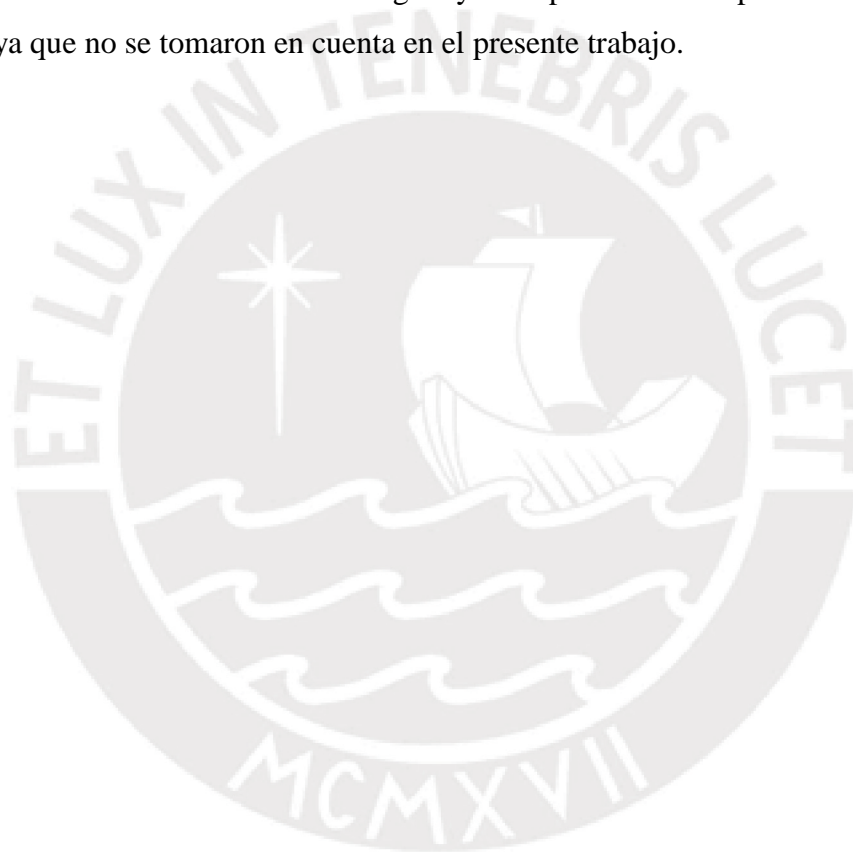
Finalmente, la internalización del estigma fue un factor contribuyente más no determinante en la adherencia al tratamiento. Se encontró que, en la experiencia de los participantes, aspectos como la intensidad de los efectos secundarios, el soporte del entorno, y el sentido de agencia en su vida tuvieron un efecto más importante en este proceso.

Con respecto a los alcances de la investigación, los aportes de esta son principalmente teóricos y clínicos. Así, los hallazgos permiten una contribución al vacío identificado sobre el impacto del estigma en la aceptación de diagnósticos psiquiátricos en el Perú, lo cual puede ser útil para intervenciones a nivel personal en el ámbito terapéutico. Esto con el objetivo de incorporar la aceptación del diagnóstico en relación con la adherencia al tratamiento ya que esta es de suma importancia para la recuperación y la calidad de vida de las personas con bipolaridad.

Asimismo, los hallazgos se pueden aplicar a nivel grupal, en lo que respecta a intervenciones que busquen combatir el estigma en la sociedad. Esto debido a que se ha encontrado que brindar psicoeducación no es suficiente, sino que se debe contemplar la incorporación de acciones que combatan el estigma activamente para poder fomentar la aceptación del diagnóstico. Son importantes intervenciones que puedan informar sobre la condición y la salud mental en general, pero que también desmientan ideas equivocadas sobre la condición. Adicionalmente, se deben realizar campañas de prevención, a partir de las cuales las personas puedan identificar la ocurrencia de la sintomatología y así puedan acudir a profesionales de salud para obtener el tratamiento necesario.

Algunas de las limitaciones de esta tesis fueron en relación a la muestra. Esta se compuso casi totalmente por mujeres, por lo que puede que los resultados no permitan percibir otros matices sobre la experiencia de los hombres con bipolaridad. Finalmente, la virtualidad presentó un desafío al realizar las entrevistas, debido a que la conexión por momentos fallaba y esto dificultó la grabación y, en consecuencia, la transcripción.

Como recomendaciones para futuras investigaciones, se sugiere contar con una muestra más heterogénea de hombres y mujeres. Adicionalmente, poder contar con experiencias de otros grupos etarios, tales como adolescentes o adultos medios o mayores que cuenten con el diagnóstico. Y, finalmente, explorar el impacto que puedan tener las comorbilidades en la internalización del estigma y en el proceso de aceptación de diagnóstico, ya que no se tomaron en cuenta en el presente trabajo.



Referencias bibliográficas

- Aberson, C. L. (2015). Positive intergroup contact, negative intergroup contact, and threat as predictors of cognitive and affective dimensions of prejudice. *Group Processes and Intergroup Relations*, 18(6), 743–760. <https://doi.org/10.1177/1368430214556699>
- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Boston: Addison-Wesley.
- Ambrosio, L., Senosiain García, J. M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio Ayesa, S., Ursúa Sesma, M. E., Caparrós, N., & Portillo, M. C. (2015). Living with chronic illness in adults: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2357–2367. <https://doi.org/10.1111/jocn.12827>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*, 16(1), 50–61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>
- Au, C. H., Wong, C. S. M., Law, C. W., Wong, M. C., & Chung, K. F. (2019). Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *General Hospital Psychiatry*, 57(August 2018), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.12.007>
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>
- Blanton, H., Crocker, J., & Miller, D. T. (2000). The effects of in-group versus out-group social comparison on self-esteem in the context of a negative stereotype. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36(5), 519–530. <https://doi.org/10.1006/jesp.2000.1425>
- Blixen, C., Perzynski, A. T., Bukach, A., Howland, M., & Sajatovic, M. (2016). Patients' Perceptions of Barriers to Self-Managing Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *Int J Soc Psychiatry*, 62(7), 635–644. <https://doi.org/10.1177/0020764016666572>
- Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107–115. <https://doi.org/10.1037/a0035800>
- Bogart, K. R., Rottenstein, A., Lund, E. M., & Bouchard, L. (2017). Who self-identifies as disabled? An examination of impairment and contextual predictors. *Rehabilitation*

- Psychology*, 62(4), 553–562. <https://doi.org/10.1037/rep0000132>
- Braun, V. y Clarke, V. (2012). Thematic analysis. En H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, y K. J. Sher (Eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (p. 57–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Buchman-Wildbaum, T., Richman, M. J., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2020). Perceived loss among people living with mental disorders: Validation of the personal loss from mental illness scale. *Comprehensive Psychiatry*, 96. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152146>
- Castro Cuba Torres, P., Segura Carrillo, R., Tordoya Lizárraga, G., Arévalo Flores, M., & Vega Dienstmaier, J.. (2013). Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del "Hospital Nacional Cayetano Heredia". *Acta Médica Peruana*, 30(2), 63-69. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000200003&lng=es&tlng=es.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020). Carga de enfermedad de Lima. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargaEnfermedad/2020/LIMA.pdf>
- Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., & Tufan, A. E. (2012). Stigma: A core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484–489. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.010>
- Chalk, H. M. C., Barlett, C. P., & Barlett, N. D. (2020). Disability Self-Identification and Well-Being in Emerging Adults. *Emerging Adulthood*, 8(4), 306–316. <https://doi.org/10.1177/2167696818812604>
- Chandra, I. S., Kumar, K. L., Reddy, M. P., & Reddy, C. M. P. K. (2014). Attitudes toward medication and reasons for non-compliance in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3), 294–298. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.135383>
- Chang, C. C., Wu, T. H., Chen, C. Y., & Lin, C. Y. (2016). Comparing Self-stigma between People with Different Mental Disorders in Taiwan. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 547–553. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000537>
- Chronister, J., Chou, C. C., & Liao, H. Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health

- recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582–600. <https://doi.org/10.1002/jcop.21558>
- Clarke, V., Hayfield, N., Moller, N., & Tischner, I. (2017). Once Upon a Time...: Qualitative Story Completion Methods. En V. Braun, V. Clarke & D. Gray (Eds.), *Collecting qualitative data: A practical guide to textual and virtual techniques* (pp. 45-69). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781107295094.004>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., John Campion, J. M., Hillel Goldstein, M. B., & Gagnon, C. (2000). Stigmatizing Attributions About Mental Illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91–102. <https://doi.org/10.2104/ha060040>
- Corrigan, P., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35>
- Corrigan, P., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>
- Corrigan, Patrick, Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, Patrick, & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, Patrick, & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five*

approaches. SAGE Publications.

- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem : The Self-Protective Properties of Stigma on self-esteem . Later in this article , we will consider variables. *Psychological Review*, 96(4), 608–624.
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=1990-04498-001&S=L&D=pdh&EbscoContent=dGJyMMTo50Sep7c4yOvqOLCmr1Gep7dSsq4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusVCxqrFRuePfgeyx44Dt6fIA>
- Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and Social Identity: An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 215–238. <https://doi.org/10.1177/1088868314523839>
- Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients With Bipolar Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>
- Darbishire, P. L., & Mashrah, D. (2018). Comparison of student and patient perceptions for medication non-adherence. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 82(9), 1103–1110. <https://doi.org/10.5688/AJPE6444>
- De Filippis, R., Menculini, G., D'Angelo, M., Carbone, E. A., Tortorella, A., De Fazio, P., & Steardo, L. (2022). Internalized-stigma and dissociative experiences in bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.953621>
- Dimofte, C. V., Goodstein, R. C., & Brumbaugh, A. M. (2015). A social identity perspective on aspirational advertising: Implicit threats to collective self-esteem and strategies to overcome them. *Journal of Consumer Psychology*, 25(3), 416–430. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2014.12.001>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Dunne, L., Perich, T., & Meade, T. (2019). The relationship between social support and personal recovery in bipolar disorder. *Psychiatric rehabilitation journal*, 42(1), 100–103. <https://doi.org/10.1037/prj0000319>
- Eller, A., Abrams, D., & Gomez, A. (2012). When the direct route is blocked: The extended contact pathway to improving intergroup relations. *International Journal of Intercultural*

- Relations*, 36(5), 637–646. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2012.03.005>
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805–820. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014>
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2015). Public beliefs about and attitudes towards bipolar disorder : Testing theory based models of stigma. *Journal of Affective Disorders*, 175, 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.047>
- Evans, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741–1752. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002558>
- Favre, S., Aubry, J. M., & Richard-Lepouriel, H. (2022). Perceived public stigma and perceived public exposure by persons living with bipolar disorder: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/00207640221093495>
- Fernandez, M. E., Breen, L. J., & Simpson, T. A. (2014). Renegotiating identities: Experiences of loss and recovery for women with bipolar disorder. *Qualitative Health Research*, 24(7), 890–900. <https://doi.org/10.1177/1049732314538550>
- Fiske, S. T. (2012). Warmth and Competence: Stereotype Content Issues for Clinicians and Researchers. *Can Psychol*, 53(June 2011), 14–20. <https://doi.org/10.1037/a0026054>. Warmth
- Follmer, K. B., & Jones, K. S. (2017). Stereotype content and social distancing from employees with mental illness: The moderating roles of gender and social dominance orientation. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(9), 492–504. <https://doi.org/10.1111/jasp.12455>
- Gilkes, M., Perich, T., & Meade, T. (2019). Predictors of self-stigma in bipolar disorder: Depression, mania, and perceived cognitive function. *Stigma and Health*, 4(3), 330–336. <https://doi.org/10.1037/sah0000147>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G., & Muzik, M. (2014). The role of social relationships in bipolar disorder: A review. *Psychiatry Research*, 219(2), 248–254. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.047>
- Hajda, M., Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Mainerova, B., Cinculova, A., Vrbova, K., Kubinek, R., & Tichackova, A. (2015). Self-stigma,

- treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission - a cross sectional study. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 57(1–2), 6–11. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L604818483>
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness : Do they differ from attitudes held by people with mental illness ? *International Journal of Social Psychiatry*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/0020764011423176>
- Hawke, L. D., Parikh, S. V., & Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.030>
- Hormazábal-Salgado, R., & Poblete-Troncoso, M. (2020). Living with bipolar disorder in Chile: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 488–497. <https://doi.org/10.1111/inm.12686>
- Howland, M., Levin, J., Blixen, C., Tatsuoka, C., & Sajatovic, M. (2016). Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.012>
- Iacoviello, V., Berent, J., Frederic, N. S., & Pereira, A. (2017). The impact of ingroup favoritism on self-esteem: A normative perspective. *Journal of Experimental Social Psychology*, 71, 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2016.12.013>
- Inder, M. L., Crowe, M. T., Joyce, P. R., Moor, S., Carter, J. D., & Luty, S. E. (2010). “I Really Don’t Know Whether it is Still There”: Ambivalent Acceptance of a Diagnosis of Bipolar Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 81(2), 157–165. <https://doi.org/10.1007/s11126-010-9125-3>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Disponible desde: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. (Visitado [20 de marzo de 2023])
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015*. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXIV, Año 2018. Número 1.
- Jara-Ogeda, R., Leyton, D., Grandón, P. (2022). Stigmatization Of People Diagnosed With a Mental Disorder In Secondary Mental Health Centers In Chile: An Ethnographic Study. *Journal of Community Psychology*, 8(50), 3307-3324.

- <https://doi.org/10.1002/jcop.22838>
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J., & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence, 10*, 1289–1298. <https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>
- Karidi, M. V., Vassilopoulou, D., Savvidou, E., Vitoratou, S., Maillis, A., Rabavilas, A., & Stefanis, C. N. (2015). Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders, 184*, 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.038>
- Kashani, A. Z., Ranjbar, H., Rasouljan, M., Shabani, A., Ghadirivasfi, M., & Mohammadsadeghi, H. (2020). The experience of patients with bipolar disorder from diagnosis disclosure: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 34*(1). <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.36>
- Latifian, M., Abdi, K., Raheb, G., Islam, S. M. S., & Alikhani, R. (2023). Stigma in people living with bipolar disorder and their families: a systematic review. *International Journal of Bipolar Disorders, 11*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00290-y>
- Lee, A. A., Laurent, S. M., Wykes, T. L., Kitchen Andren, K. A., Bourassa, K. A., & McKibbin, C. L. (2014). Genetic attributions and mental illness diagnosis: Effects on perceptions of danger, social distance, and real helping decisions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(5), 781–789. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0764-1>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*(2001), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Maassen, E. F., Regeer, B. J., Regeer, E. J., Bunders, J. F. G., & Kupka, R. W. (2018). The challenges of living with bipolar disorder: a qualitative study of the implications for health care and research. *International Journal of Bipolar Disorders, 6*(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0131-y>
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., De Lima, T. J. S., De Souza, L. E. C., Camino, L., & Silva, G. L. S. (2019). Social exclusion of people who suffer from mental disorders: A proposal for an explanatory model. *Paideia, 29*. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2915>
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology, 56*, 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The

- mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208(1), 15–20.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.013>
- Maunder, R. D., & White, F. A. (2019). Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72(January), 101749. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101749>
- Mert, D. G., Turgut, N. H., Kelleci, M., & Semiz, M. (2015). Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Preference and Adherence*, 9, 87–93. <https://doi.org/10.2147/PPA.S75013>
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research?: a first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of health psychology*, 11(5), 799 – 808
- Michalak, E., Livingston, J. D., Hole, R., Suto, M., Hale, S., & Haddock, C. (2011). “It’s something that i manage but it is not who i am”: Reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, 7(3), 209–224.
<https://doi.org/10.1177/1742395310395959>
- Mileva, V. R., Vázquez, G. H., & Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9(1), 31–40. <https://doi.org/10.2147/NDT.S38560>
- Ministerio de Salud del Perú (2018a). Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental: Perú 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2018b). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I. (2007). *Psicología social* (3a. ed.). Madrid.
- Morris, S. B., Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005292011>
- Nilsson, K. K., Kugathasan, P., & Straarup, K. N. (2016). Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 194, 196–201. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.025>
- Nóblega, M., Vera, A., Gutiérrez, G., y Otiniano, F. (2020). *Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas Versión 3.0*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- O’Donovan, C., & Alda, M. (2020). Depression Preceding Diagnosis of Bipolar Disorder. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 11, p. 500). Frontiers.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00500>

- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., & Rüsçh, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>
- Oliveira, S. E. H., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.047>
- Özdamar Ünal, G., Önal, B., İscan, G., & Atay, İ. (2022). The Relationship Between Internalized Stigma, Perceived Social Support and Self-Efficacy in Bipolar Disorder. *Genel Tip Dergisi*, 32(3), 344–351. <https://doi.org/10.54005/geneltip.1104022>
- Pal, A., Sharan, P., & Chadda, R. K. (2017). Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 258, 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.087>
- Pescosolido, B. (2013). The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>.The
- Petelka, J., Van Kleunen, L., Albright, L., Murnane, E., Volda, S., & Snyder, J. (2020). Being (In)Visible: Privacy, Transparency, and Disclosure in the Self-Management of Bipolar Disorder. *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings*, 1–14. <https://doi.org/10.1145/3313831.3376573>
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271–280. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2011.03.001>
- Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2018). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*, 381(9878), 1663–1671. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7).Bipolar
- Pistrang, N. y Baker, C. (2012). Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods. *APA Handbook of Research Methods in Psychology*, 2, 5-18. doi: 10.1037/13620-001
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>

- Richard-Lepouriel, H., Favre, S., Jermann, F., & Aubry, J. M. (2020). Self-Destigmatization Process? Experiences of Persons Living with Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, *56*(6), 1160–1169. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00614-7>
- Robinson, P., Turk, D., Jilka, S., & Cella, M. (2019). Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1571-5>
- Sadler, M. S., Meagor, E. L., & Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science and Medicine*, *74*(6), 915–922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., & Grabe, H. J. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness : a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*, 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, *12*(3), 202–215. <https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>
- Stentzel, U., van den Berg, N., Schulze, L. N., Schwaneberg, T., Radicke, F., Langosch, J. M., Freyberger, H. J., Hoffmann, W., & Grabe, H. J. (2018). Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: Findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1737-4>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, *65*(4), 490–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Tajfel, H. (1968). Second Thoughts about Cross-Cultural Research and International Relations. *International Journal of Psychology*, *3*(3), 213–219. [doi:10.1080/00207596808247247](https://doi.org/10.1080/00207596808247247)
- Tiğli Filizer, A., Cerit, C., Tüzün, B., & Aker, A. T. (2016). Social aspect of functioning deteriorates more than individual aspect in patients with remitted bipolar disorder. *Noropsikiyatri Arsivi*, *53*(2), 158–162. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.10106>
- Van den Heuvel, S., Goossens, P., Terlouw, C., Van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2015). Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric*

- and Mental Health Nursing*, 22(10), 801–810. <https://doi.org/10.1111/jpm.12243>
- Vezzali, L., Hewstone, M., Capozza, D., Giovannini, D., & Wölfer, R. (2014). Improving intergroup relations with extended and vicarious forms of indirect contact. *European Review of Social Psychology*, 25(1), 314–389. <https://doi.org/10.1080/10463283.2014.982948>
- Vistorte, A. O. R., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., & Mari, J. de J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(4), 317–338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- Wheeler, S. y Holloway, I. (2010). Interviewing. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (3ra edición, pp. 87-106). Wiley-Blackwell.
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry Research*, 288(January), 112950. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950>
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 171–178. <https://doi.org/10.1037/prj0000100>
- Young, R. E., Goldberg, J. O., Struthers, C. W., McCann, D., & Phills, C. E. (2019). The Subtle Side of Stigma: Understanding and Reducing Mental Illness Stigma from a Contemporary Prejudice Perspective. *Journal of Social Issues*, 75(3), 943–971. <https://doi.org/10.1111/josi.12343>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es brindarle una explicación de su participación durante la entrevista.

La presente entrevista es conducida por Paula Recoba Leo (precobal@pucp.edu.pe), estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), como parte del proyecto de tesis para optar por la Licenciatura en Psicología, bajo supervisión de Erika Janos.

El objetivo de la presente entrevista es conocer las experiencias de personas diagnosticadas con bipolaridad, sobre el proceso de diagnóstico y la aceptación del mismo, de modo que se pueda recoger para el análisis de vivencias comunes.

Si usted accede a participar de la entrevista, con su consentimiento, se le pedirá responder a algunas preguntas, lo que tomará aproximadamente 1 hora. Lo que se converse durante la entrevista será grabado, de modo que se pueda transcribir ciertas ideas que usted haya expresado para el posterior análisis. Una vez finalizado este análisis, serán eliminadas.

La participación en esta entrevista es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los objetivos de investigación del proyecto.

Si tiene alguna duda sobre este trabajo, puede hacer preguntas en cualquier momento.

Igualmente, se informa que la entrevista puede ser cancelada en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, usted tiene el derecho de hacérselo saber a la entrevistadora o de no responderlas.

Para información adicional, puede usted dirigirse al correo de la tesista señalado al inicio. Desde ya le agradecemos por su participación en la entrevista.

Respuesta

Acepto participar voluntariamente en esta entrevista conducida por Paula Recoba Leo. He sido informado (a) de que el objetivo de la entrevista es conocer las experiencias de personas diagnosticadas con bipolaridad, sobre el proceso de diagnóstico y la aceptación del mismo, de modo que se pueda recoger para el análisis de vivencias comunes, y así poder incorporar esta información en su proyecto de tesis.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas durante la entrevista, lo cual tomará aproximadamente 45 minutos de mi tiempo. También me consultaron si la entrevista podría ser grabada en audio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta entrevista será confidencial y tampoco será usada para ningún otro propósito fuera de los fines de investigación sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto

acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada. Por consiguiente, acepto mi participación voluntaria.

- Sí
- No

Mi nombre es:



Apéndice B. Protocolo de contención

Ante la observación de un grado de malestar significativo, llanto o quiebre de la persona:

1. Pausar la grabación y la conversación
2. Se indica que se hará una pausa a la entrevista y a la grabación, *“vamos a parar aquí por un momento la entrevista, y también vamos a detener la grabación”*.
3. En todo momento, hacer contacto visual (dentro de lo posible) con la persona afectada, de modo que se pueda facilitar una sensación de calidez, compañía, y que la persona participante perciba que se encuentra con alguien en quien puede confiar.
4. Validar la reacción y la expresión afectiva del participante.
5. Brindar un espacio de silencio en caso el participante lo solicite o se considere necesario.
6. Esperar a que el participante se calme.
7. Cuando la persona haya logrado mayor tranquilidad, se le pregunta cómo está, si se siente más tranquilo, y si desea continuar con la entrevista, prefiere no contestar la pregunta, la sección, o no continuar participando.
8. En caso el participante decida no continuar en la entrevista, se le pregunta si estaría bien programar una nueva entrevista para otra fecha, o si desea dejar de participar en el proceso de investigación por completo.
9. En cualquiera de ambos escenarios, se le agradece por su tiempo y por compartir sus experiencias con la investigadora. Asimismo, se le envía la Ficha Informativa (Apéndice C), en la cual se encuentra el número de un centro psicológico con el que se mantenía contacto en caso el participante desee ayuda profesional con su malestar. De ser así, se le envía vía WhatsApp.

Lineamientos para el autocuidado

La presente investigadora tomó en cuenta que algunos de los comentarios mencionados sobre las experiencias de los participantes podrían ser movilizadores si estos van alineados a las suyas. Frente a ello se tomaron en cuenta ciertos criterios de autocuidado previo, durante y después de finalizar la investigación.

En este sentido se realizaron las siguientes actividades:

- Continuidad de la medicación y acompañamiento psicológico y psiquiátrico a lo largo del proceso, de modo que se pudiera monitorear la posible desregulación emocional u ocurrencia de algún episodio.
- Comunicación constante sobre fechas de entrega y progreso esperado con la asesora de esta investigación, para poder hacer un seguimiento, y comunicar cualquier inquietud.

Apéndice C. Ficha Informativa

En esta ficha encontrarás una serie de recursos que pueden ser de utilidad para ti.

Blogs, podcasts y páginas informativas en redes sociales

- De-mentes: ONG peruana que busca combatir el estigma en la salud mental.
 - o Instagram en @dementesperu
 - o Sitio web: dementes.org.pe
- Multitud: plataforma peruana online por la salud mental comunitaria.
 - o Instagram en @multitud_pe
 - o Podcast “Alócate”, que se puede encontrar en Spotify y YouTube

Centros de Salud Mental

Sentido: Centro peruano de suicidiología y prevención del suicidio (centro contactado previamente para apoyo en caso los participantes decidan buscar ayuda psicológica)

- Servicios:
 - o Terapia psicológica
 - o Danza terapia
 - o Grupos de apoyo en el duelo
- Contacto
 - o Correo electrónico: info@sentido.pe
 - o Teléfono: (01) 498 2711
 - o Sitio web: <https://www.sentido.pe/>

Centros de Salud Mental Comunitaria

- Directorio por departamento: <https://www.gob.pe/10942-conocer-centros-de-salud-mental-comunitaria-en-el-peru>
 - o Si necesitas información sobre un Centro de Salud Mental Comunitaria, puedes llamar al 113, opción 5, las 24 horas de los 365 días del año.

Hospital Víctor Larco Herrera

- Servicios:
 - o Emergencias (24 horas)
 - o Consulta externa de psicología y psiquiatría
 - o Evaluación y diagnóstico psicológico y psiquiátrico
- Contacto:
 - o Dirección: Av. Del Ejército N° 600 – Magdalena del Mar – Lima
 - o Teléfonos de contacto:
 - 2615302
 - 2615516
 - o Sitio web: <https://larcoherrera.gob.pe/>

Apéndice D. Guía de entrevista

Proceso de diagnóstico

1. ¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron?
2. ¿Cómo fue el proceso de descubrimiento de tu diagnóstico de bipolaridad?
 - 2.1. ¿Cuántos años tenías?
 - 2.2. ¿Cómo te sentiste cuando te dieron el diagnóstico de bipolaridad?
 - 2.3. ¿Tienes algún otro diagnóstico de salud mental además de la bipolaridad?
3. ¿Hubo alguna dificultad durante el proceso?
4. ¿Alguien te acompañó durante el proceso de diagnóstico? ¿Quién(es)?*
 - 4.1. ¿Cómo fue este acompañamiento?
5. ¿Experimentaste cambios en tu estilo de vida a partir del diagnóstico?
 - 5.1. ¿Cuáles?
 - 5.2. ¿En qué áreas?
 - 5.3. ¿Cómo te sentiste frente a esto?

Creencias sobre la bipolaridad

6. ¿Tenías conocimiento sobre lo que era la bipolaridad antes de tu diagnóstico? (Sí/No)
 - 6.1. (En caso “Sí”)¿Qué sabías de la bipolaridad antes del diagnóstico?
 - 6.2. ¿Cómo creías que era una persona con bipolaridad?
 - 6.3. ¿Cómo creías que era la vida de alguien diagnosticada con bipolaridad? (familiar, en los estudios, en el trabajo)
7. ¿De dónde provenía esta información?
8. Retomando el momento de tu diagnóstico, ¿cómo crees que las creencias sobre la bipolaridad que tenías en ese momento influyeron en cómo te veías a ti misma en ese momento?
9. ¿Ha cambiado lo que sabes de la bipolaridad luego de haber recibido el diagnóstico?
 - 9.1. ¿Cómo así?
 - 9.2. ¿A partir de qué experiencias/recursos?
10. ¿Cómo crees que la sociedad ve a una persona con bipolaridad?
 - 10.1. ¿De dónde crees que proviene esa información?
11. ¿Cómo crees que se manifiestan estas creencias en la vida real frente a las personas con bipolaridad?
12. ¿Cómo crees que esto afecta la vida de personas con bipolaridad en el día a día?
13. Retomando tu experiencia, ¿qué piensas ahora sobre la bipolaridad?
 - 13.1. ¿Crees que esto difiere de la visión que mantiene la sociedad sobre la bipolaridad? ¿Cómo así?
 - 13.2. ¿De qué manera influye esto en cómo te ves?
14. ¿Qué opinas de las creencias/visión que tenías sobre la bipolaridad antes de tu diagnóstico comparadas a las que mantienes ahora?

15. Entorno, creencias, actitudes y diagnóstico

16. ¿Has compartido el diagnóstico con otras personas?
 - 16.1. ¿Con quién/quienes?
 - 16.2. ¿Estas personas son parte de tu círculo cercano?
(Aclaración: Con “círculo cercano” me refiero a familia nuclear, amigos más cercanos, y con “entorno” me refiero a amistades no tan cercanas, compañeros de trabajo/estudio, familia extendida)
 - 16.3. ¿Cómo lo recibieron?
 - 16.4. ¿Cómo te sentiste con esta reacción?
 - 16.5. ¿A qué crees que se debió esa reacción?
17. ¿Crees que la manera en la que te ve tu entorno ha cambiado a partir del diagnóstico?
 - 17.1. ¿Cómo así?
 - 17.2. ¿Cómo te sientes con respecto a esto?
18. ¿Alguna de tus relaciones ha cambiado a partir de que tienen conocimiento de tu diagnóstico?
 - 18.1. ¿Quién(es)?
 - 18.2. ¿Cómo así?
 - 18.3. ¿Cómo te sentiste frente a esto?
 - 18.4. ¿Por qué crees que cambiaron?
19. ¿Hubo personas que se enteraron del diagnóstico a pesar de que no lo compartiste?
 - 19.1. ¿Cómo así?
 - 19.2. ¿Cómo te sentiste con esta situación?
 - 19.3. ¿Cómo lo recibieron?
 - 19.4. ¿Cómo te sentiste con esta reacción?
 - 19.5. ¿A qué crees que se debió esa reacción?
20. ¿Has sentido algún cambio en el trato de personas de tu entorno* que saben de tu diagnóstico?
 - 20.1. ¿Cuáles?
 - 20.2. ¿Cómo te sientes con respecto a esto?
 - 20.3. ¿A qué crees que se debió este cambio?
21. ¿Alguna vez has sentido que tu diagnóstico ha generado rechazo en alguna persona o situación?
 - 21.1. ¿Cómo así?
 - 21.2. ¿A qué crees que se debió esta reacción?
22. ¿Las reacciones de tu entorno (cercano o en general) han tenido un impacto en cómo te sientes con respecto a tu diagnóstico?
 - 22.1. ¿Cómo así?
 - 22.2. ¿Crees que este impacto ha sido positivo o negativo?
 - 22.3. ¿Cómo se ha manifestado este impacto en tu vida?
23. ¿En algún momento has sentido la necesidad de ocultar tu diagnóstico?
 - 23.1. ¿Por qué?
 - 23.2. ¿Qué personas estaban involucradas?
 - 23.3. ¿Cuáles crees que habrían sido las consecuencias de no ocultarlo?
 - 23.4. ¿Cómo te sentiste?

24. ¿Crees que el diagnóstico podría ser razón de rechazo?
- 24.1. ¿Por qué?
 - 24.2. ¿Cómo te sientes frente a esto?
25. ¿Sientes diferencias en las creencias que sostiene tu círculo cercano en comparación con tu entorno y la sociedad en general?
- 25.1. ¿Cuáles?
 - 25.2. ¿Cómo así?

26. Expectativas hacia el futuro

27. ¿Ha habido modificaciones en tu plan de vida a partir del diagnóstico?
- 27.1. ¿Cómo así?
 - 27.2. ¿A qué se deben estas modificaciones?
 - 27.3. ¿Qué piensas de esto? (El hecho de que haya habido modificaciones)
28. ¿Cómo crees que el diagnóstico impactará en tus estudios/trabajo?
29. ¿Cómo ves tus relaciones en el futuro? ¿Crees que habrá cambios?
30. ¿Crees que puedan haber cambios en las ideas que la sociedad tiene sobre la bipolaridad?
31. Además de lo mencionado, a partir de tu experiencia con el diagnóstico, ¿se te ocurre algo más que te podría haber ayudado y que podría ayudar a personas que hayan recibido el diagnóstico recientemente?

