

UFLO
UNIVERSIDAD

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y
CIENCIAS SOCIALES

**DINAMICAS
RELACIONALES
ASOCIADAS AL
DESARROLLO DEL
TRASTORNO
BIPOLAR
TIPO 1**

Estudiante: Ferraro María Florencia.

Legajo: 19545

Director/es: Rodríguez Ceberio, Marcelo.

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Doctor en Psicología.

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación de la Tesis [si]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...



Lugar y fecha: Santa Fe, 29 de octubre 2025.

Firma y aclaración del autor: Ferraro, María Florencia.

Índice

Dinámicas Relacionales asociadas al desarrollo del Trastorno Bipolar tipo 1

Índice de Contenido

Introducción	10
Capítulo I: El Problema de Investigación	14
Planteo del Problema	15
<i>Preguntas Primarias</i>	18
<i>Preguntas secundarias</i>	19
Objetivos de Estudio.....	19
<i>Objetivo General</i>	19
<i>Objetivos Específicos</i>	19
Aproximación de Sentido	20
Capítulo II: Marco Teórico	21
Modalidades de Interacción Parental y su Influencia en el Desarrollo Psicoemocional	21
<i>Definición y Enfoque Sistémico de la Interacción Parental</i>	21
<i>Tipos de Interacción Parental</i>	29
<i>Comunicación y Dinámica Familiar desde la Perspectiva de Minuchin</i>	44
<i>Relación entre Parentalidad Autoritaria, ambivalente y TBI</i>	53
<i>Inconsistencia Parental y Vulnerabilidad Emocional</i>	57
<i>Tipos de Apego en Pacientes Adultos con TBI</i>	60

El Trastorno Bipolar Tipo I: Definición y Caracterización.....	65
<i>Definición y Criterios Diagnósticos</i>	66
<i>Factores de Riesgo y Neurobiología del TBI</i>	75
<i>Factores ambientales en la aparición del trastorno</i>	80
Perspectiva Epigenética en la Relación entre Experiencias Tempranas y TBI	88
<i>Conceptos Básicos de Epigenética y Salud Mental</i>	93
<i>Influencia de Factores Ambientales en la Expresión del TBI</i>	96
Estado del Arte y Antecedentes de Investigación	104
<i>Estudios Nacionales e Internacionales sobre Parentalidad y Salud Mental</i>	104
<i>Investigaciones sobre la Relación entre Parentalidad y TBI</i>	106
Capítulo III: Marco Metodológico	108
Tipo y Diseño de Estudio	109
Muestra.....	111
Técnicas de Recolección de Datos	113
Procedimientos de recolección de datos.....	118
Procedimiento de Análisis de los datos recolectados	121
Capítulo IV: Resultados	123
Presentación de los Resultados.....	124
<i>Datos Sociodemográficos Muestrales</i>	124
<i>Codificación Abierta</i>	128

<i>Codificación Axial</i>	148
<i>Codificación Selectiva: Categorías de Análisis Emergentes</i>	153
Capítulo V: Análisis de los Resultados	165
<i>Modalidades de interacción parental en función del apego, la comunicación y los tipos de familia</i>	165
<i>Influencia de las modalidades de interacción parental en la manifestación del trastorno bipolar tipo I</i>	170
<i>Asociación entre las diferentes modalidades de interacción parental y el desarrollo del trastorno bipolar tipo I</i>	174
Capítulo VI: Consideraciones Finales	174
Discusión	177
Conclusiones	183
Recomendaciones	186
Limitaciones	Error! Bookmark not defined.
Referencias Bibliográficas	189
Anexos	198
Anexo 1-Entrevista semiestructurada	198
Anexo 2 – Modelo de Consentimiento Informado	199
Anexo 3 – Modelo de Autorización Institucional para la Realización del Estudio.....	201

Índice de Tablas

Tabla 1: Operacionalización de Variables.....	115
Tabla 2: <i>Matriz de datos sociodemográficos (N=14)</i>	125
Tabla 3: <i>Distribución por género</i>	126
Tabla 4: <i>Distribución por rango etario</i>	126
Tabla 5: <i>Dimensión: Relación con la madre (ambivalencia)</i>	128
Tabla 6: <i>Dimensión: Relación con el padre (autoritarismo)</i>	131
Tabla 7: <i>Dimensión: Percepción de la dinámica familiar</i>	133
Tabla 8: <i>Dimensión: Impacto emocional y subjetivo</i>	137
Tabla 9: <i>Dimensión: Trastorno Bipolar I. Inicio del episodio maníaco-depresivo</i>	140
Tabla 10: <i>Dimensión: Trastorno Bipolar I. Evento desencadenante</i>	142
Tabla 11: <i>Dimensión: Trastorno Bipolar I. Los padres frente al diagnóstico del hijo</i> .	144
Tabla 12: <i>Dimensión: Trastorno Bipolar I. Apoyo emocional de los padres</i>	147
Tabla 13: <i>Relación entre códigos y categorías emergentes</i>	148
Tabla 14: <i>Matriz de integración: de categorías axiales al núcleo central</i>	153
Tabla 15: <i>Integración en el “paradigma condicional” (Strauss & Corbin)</i>	156
Tabla 16: <i>Proposiciones teóricas integradas (derivadas del núcleo central)</i>	158
Tabla 17: <i>Variaciones y contraejemplos (para densidad teórica)</i>	161
Tabla 18: <i>Síntesis operativa</i>	163

Resumen

El presente estudio analiza la asociación entre las modalidades de interacción parental y el desarrollo del trastorno bipolar tipo I en pacientes adultos, considerando la influencia de factores familiares, emocionales y epigenéticos. La investigación parte de la premisa de que la familia constituye el contexto inmediato de socialización y desarrollo del individuo, actuando tanto como un factor protector como un elemento de riesgo en la emergencia de psicopatologías. Desde una perspectiva clínica y sistémica, se profundiza en la manera en que estilos parentales autoritarios, ambivalentes, negligentes y democráticos inciden en la regulación emocional, la construcción del apego y la vulnerabilidad psíquica de los sujetos, articulando estos hallazgos con aportes de la teoría estructural de Minuchin. A su vez, se consideran los avances de la epigenética, disciplina que permite comprender cómo experiencias tempranas y contextos familiares pueden modular la expresión genética vinculada a los trastornos del estado de ánimo. Metodológicamente, la investigación adopta un enfoque cualitativo, basado en entrevistas semiestructuradas a pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tipo I y en el análisis comparativo constante de la teoría fundamentada, lo que posibilita identificar categorías emergentes sobre las dinámicas relacionales. Los resultados evidencian que las configuraciones familiares caracterizadas por rigidez, sobreprotección o inconsistencia parental favorecen climas emocionales que potencian la vulnerabilidad a recaídas, mientras que entornos con normas claras, comunicación afectiva y apoyo emocional tienden a constituirse en factores protectores frente a la sintomatología. Asimismo, se observa que la emocionalidad expresada en el hogar puede operar como un modulador decisivo en la evolución clínica de los pacientes. Se concluye que la comprensión del

trastorno bipolar tipo I requiere un abordaje integrador que trascienda la perspectiva exclusivamente biológica, incorporando las dimensiones familiares, vinculares y epigenéticas, con el fin de orientar estrategias de intervención más eficaces y adaptadas a la complejidad del fenómeno.

Palabras Clave: *epigenética, plasticidad neuronal, emocionalidad expresada, interacciones, apego, Trastorno Bipolar I.*

Abstract

This study examines the association between parental interaction modalities and the development of bipolar disorder type I in adult patients, emphasizing the influence of family, emotional, and epigenetic factors. The research is grounded on the premise that the family constitutes the primary context of socialization and development, acting both as a protective factor and as a risk element for the emergence of psychopathologies. From a clinical and systemic perspective, the study explores how authoritarian, ambivalent, neglectful, and democratic parenting styles shape emotional regulation, attachment patterns, and psychological vulnerability, integrating these findings with Minuchin's structural family theory. Advances in epigenetics are also considered, offering insights into how early experiences and family environments may modulate genetic expression associated with mood disorders. Methodologically, the research adopts a qualitative approach, employing semi-structured interviews with patients diagnosed with bipolar disorder type I and grounded theory's constant comparative analysis to identify emerging categories regarding relational dynamics. Findings reveal that family configurations

characterized by rigidity, overprotection, or inconsistent parenting foster emotional climates that increase vulnerability to relapse, whereas environments marked by clear boundaries, affective communication, and emotional support serve as protective factors against symptom exacerbation. Furthermore, expressed emotion within the household emerges as a decisive modulator of the clinical course of the disorder. The study concludes that understanding bipolar disorder type I requires an integrative framework that transcends exclusively biological explanations, incorporating family, relational, and epigenetic dimensions in order to guide more effective and context-sensitive intervention strategies. These results underscore the importance of considering systemic and psychosocial factors in the prevention, treatment, and rehabilitation processes of individuals affected by this complex psychiatric condition.

Keywords: *bipolar disorder I, parenting, family dynamics, attachment, epigenetics*

Introducción

La familia como contexto social inmediato de los sujetos, representa un factor relevante en la salud mental, tanto como un elemento protector como un posible desencadenante o perpetuador de trastornos psiquiátricos. Diversas investigaciones han estudiado cómo impactan los factores familiares en la evolución y el desarrollo de estas patologías, señalando que, en algunos casos, el hogar puede ser un espacio de contención y apoyo, mientras que, en otros, puede generar tensiones psicológicas que afectan el bienestar del paciente.

Particularmente, en los trastornos del estado de ánimo, las dinámicas vinculares primarias pueden generar una influencia significativa en la manifestación y evolución de los síntomas. Factores como el apoyo emocional, la comunicación y los conflictos familiares han sido señalados como elementos que pueden modular la vulnerabilidad o resiliencia de los individuos ante estas enfermedades. En particular, se ha sugerido que ciertos patrones relacionales pueden contribuir al inicio y la severidad de los episodios afectivos.

El trastorno bipolar es una “condición psiquiátrica severa caracterizada por alteraciones en la regulación del estado de ánimo, con episodios recurrentes de manía, hipomanía, depresión o combinaciones de estos” (Martínez Hernández et al., 2019, p. 25). Su etiología es compleja y multifactorial, ya que involucra tanto una vulnerabilidad genética como factores ambientales que pueden influir en su aparición y evolución.

Desde la propuesta de Waddington (1939) sobre el concepto de epigenética, se ha reconocido que los factores ambientales y sociales pueden modular la expresión genética,

lo que ha abierto nuevas líneas de investigación en psiquiatría. En este sentido, estudios como los desarrollados por Bedregal et al. (2010), Casavilca-Zambrano et al. (2019), Ceberio y Berardino (2023), Maldonado (2022) y Sarmiento Mosquera (2021), han explorado la relación entre mecanismos epigenéticos y trastornos como la esquizofrenia y la depresión, así como en la incumbencia de estos mecanismos en el comportamiento humano, sugiriendo que las experiencias a lo largo de la vida pueden incidir en la manifestación de estas enfermedades.

En la literatura científica se han documentado diversos factores familiares asociados a la evolución de los trastornos psiquiátricos. Brown (1959) identificó en su estudio que los pacientes con esquizofrenia presentaban mayores tasas de recaída cuando regresaban al hogar familiar, en comparación con aquellos que vivían de manera independiente. Casanova-Rodas et al. (2014) evidenciaron que el apoyo social se asocia con una mayor funcionalidad familiar, mientras que un mayor tiempo de evolución y el diagnóstico de esquizofrenia predicen disfuncionalidad en pacientes y familiares.

Esteban Lezcano et al. (2023) demostraron que un entorno familiar inadecuado, caracterizado por una estructura deficiente y patrones de crianza disfuncionales, puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de diversas afecciones en la salud mental. Entre las más frecuentes, los autores hallaron trastornos del estado de ánimo, dificultades en la regulación emocional, trastornos de la conducta alimentaria. Finalmente, Ustariz Ortega (2024) estableció que un ambiente familiar caracterizado por disfunción, conflictos o abuso puede incrementar la probabilidad de desarrollar trastornos de salud mental como depresión, ansiedad o alteraciones en la conducta.

A partir de estos hallazgos, se desarrolló el concepto de Emoción Expresada, que describe cómo ciertos patrones de comunicación y actitudes familiares pueden influir en la evolución de los trastornos mentales. Este concepto resulta clave para comprender cómo las dinámicas familiares pueden afectar tanto la evolución de los trastornos mentales, como su posible aparición en determinados contextos.

Los hallazgos de Aldinger y Schulze (2017) ponen de manifiesto la relación compleja entre el apoyo social y familiar y el curso del trastorno bipolar I. Según los autores, los individuos con trastorno bipolar I, suelen reportar deficiencias significativas en sus relaciones sociales, particularmente con familiares, amigos y parejas. Este déficit de apoyo social se asocia con un mayor riesgo de recaídas, lo que sugiere que la falta de apoyo social puede empeorar la evolución de la enfermedad. Por otro lado, los pacientes que reciben un mayor apoyo social y que tienen pareja al inicio del trastorno tienden a experimentar una remisión más favorable entre episodios.

A partir del estudio de casos clínicos de pacientes con trastorno bipolar tipo I como el realizado por Aldinger y Schulze (2017), surgen interrogantes sobre la interacción entre factores genéticos y ambientales en la ontogenia de la enfermedad. En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar si la dinámica relacional en el entorno familiar está asociada a la aparición y evolución del trastorno bipolar tipo I, considerando el papel de la interacción familiar en la expresión clínica de la enfermedad. Para arribar a éste objetivo, se propone desarrollar un estudio cualitativo basado en el análisis propuesto por la teoría fundamentada mediante el método comparativo constante, el cual se organiza en diferentes capítulos.

El trabajo se estructura en varios capítulos que permiten abordar de manera progresiva y sistemática la problemática planteada. En el Capítulo I se presenta el problema de investigación, en el que se formulan las preguntas primarias y secundarias que orientan el estudio, así como los objetivos generales y específicos, los cuales delimitan el campo de análisis y fundamentan la pertinencia del mismo.

El Capítulo II desarrolla el marco teórico, integrando enfoques sobre las modalidades de interacción parental y su influencia en el desarrollo psicoemocional. Se analizan los distintos estilos de parentalidad, los tipos de apego y las dinámicas familiares desde la perspectiva de Minuchin, así como la caracterización clínica y neurobiológica del trastorno bipolar tipo I. Asimismo, se revisan los factores ambientales y epigenéticos que inciden en su expresión, y se incorpora un estado del arte con investigaciones nacionales e internacionales que vinculan la parentalidad con la salud mental.

El Capítulo III describe el marco metodológico, especificando el tipo y diseño de estudio, la selección de la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como los procedimientos de análisis empleados.

En el Capítulo IV se presentan los resultados, organizados a través de la codificación abierta, axial y selectiva, lo que permite identificar categorías emergentes en torno a las dinámicas relacionales. Estos hallazgos se complementan con el análisis de la información, orientado a comprender la asociación entre las modalidades de interacción parental y la manifestación del trastorno bipolar tipo I.

Finalmente, en el Capítulo VI se exponen las consideraciones finales, donde se incluyen la discusión de los hallazgos a la luz de los marcos teóricos, las conclusiones

alcanzadas, las recomendaciones para futuras investigaciones y las limitaciones del estudio.

Capítulo I: El Problema de Investigación

En el presente capítulo se expone el problema central que motiva esta investigación, centrado en la posible asociación entre las modalidades de interacción parental y el desarrollo del trastorno bipolar tipo I. A partir de la revisión de antecedentes clínicos y epidemiológicos, tanto a nivel global como regional, se evidencia la necesidad de abordar esta patología desde un enfoque que trascienda las explicaciones exclusivamente biológicas. En este sentido, la propuesta investigativa parte de la hipótesis de que ciertas dinámicas relacionales en el entorno familiar, especialmente aquellas marcadas por vínculos disfuncionales en la infancia, pueden incidir en la aparición y evolución del trastorno. La formulación del problema, las preguntas de investigación y los objetivos generales y específicos permiten delimitar con precisión el campo de análisis, articulando perspectivas clínicas, del desarrollo y epigenéticas para comprender la complejidad del fenómeno. Así, el capítulo establece los fundamentos teóricos y metodológicos que orientan la indagación, al tiempo que justifica la pertinencia de explorar este vínculo en contextos en los que aún se requiere un mayor desarrollo en torno a las variables psicosociales implicadas en los trastornos del estado de ánimo.

Planteo del Problema

La investigación sobre las dinámicas relacionales asociadas al desarrollo del trastorno bipolar tipo I plantea la necesidad de continuar profundizando en este campo, ya que, si bien existen antecedentes, no se ha abordado con la perspectiva específica que propone este estudio. La relevancia de este enfoque radica en su capacidad para aportar nuevos conocimientos en Argentina, un país donde aún se requieren mayores avances en la comprensión de esta patología y su impacto en las interacciones interpersonales. En distintos contextos internacionales, los estudios epidemiológicos han permitido establecer cifras de prevalencia del espectro bipolar, lo que posibilita dimensionar la magnitud del problema.

Un análisis global basado en la Iniciativa de Encuesta sobre la Salud Mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022) indicó que la prevalencia a lo largo de la vida de los distintos subtipos de este trastorno alcanza aproximadamente el 2,4%. Dentro de esta clasificación, el trastorno bipolar tipo I presenta una prevalencia del 0,6%, mientras que el tipo II afecta al 0,4% de la población y las formas subclínicas abarcan el 1,4%. Estas cifras ofrecen una referencia sobre la distribución de la patología en la población general y contribuyen a comprender su impacto en la salud mental a nivel global.

A partir de estas estimaciones, el mismo informe de la OMS (2022) observa que las tasas de prevalencia anuales del espectro bipolar son ligeramente menores, con un 1,5% en términos generales. En lo que respecta específicamente al trastorno bipolar tipo

I, la prevalencia anual se sitúa en un 0,4%, mientras que el tipo II alcanza un 0,3% y las formas subclínicas presentan una incidencia del 0,8%. Estas diferencias entre la prevalencia a lo largo de la vida y la anual responden a diversos factores, como los cambios en los criterios diagnósticos utilizados en distintos momentos y regiones, lo que sugiere la importancia de considerar el contexto en el análisis de la patología.

Las investigaciones desarrolladas en países de la Unión Europea y en América han seguido una línea similar en la evaluación de la prevalencia del trastorno bipolar, aunque con criterios diagnósticos específicos. En estos estudios, que se han basado en clasificaciones como el DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10, se ha identificado que la prevalencia anual del trastorno bipolar tipo I y II combinados alcanza el 1,1%.

Al ampliar la observación a la incidencia acumulativa a lo largo de la vida, el porcentaje se incrementa a un rango entre 1,5% y 2%, mientras que al incluir todo el espectro bipolar, esta cifra se eleva hasta el 6% (García Blanco et al., 2014; Martínez Hernández et al., 2019).

Estas variaciones en las cifras epidemiológicas ponen de manifiesto la necesidad de seguir explorando el impacto del trastorno bipolar tipo I en distintas poblaciones y desde enfoques innovadores. Dado que los estudios previos han permitido trazar un panorama general sobre su prevalencia, el desafío actual es comprender cómo las dinámicas relacionales influyen en su desarrollo y evolución, especialmente en contextos donde este aspecto no ha sido suficientemente examinado. En ese sentido, la propuesta de investigación adquiere una relevancia significativa, ya que ofrece una perspectiva

novedosa que puede contribuir a la formulación de estrategias más precisas para la identificación y abordaje de este trastorno.

El trastorno bipolar tipo I se manifiesta de manera similar en hombres y mujeres en términos de prevalencia, pero con diferencias notables en la forma de presentación clínica. Algunos estudios han identificado que los hombres suelen experimentar con mayor frecuencia episodios de manía unipolar, lo que implica fases de euforia intensa sin alternancia con periodos depresivos (Brancati et al., 2023; Martínez Hernández et al., 2019). Además, la edad de inicio en esta población tiende a ser más temprana, lo que podría estar relacionado con una mayor duración de los episodios maníacos a lo largo del curso de la enfermedad (Arnold, 2003). Estas características pueden influir en la evolución del trastorno y en la respuesta a las estrategias terapéuticas implementadas.

Por otro lado, las mujeres con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I presentan con mayor frecuencia episodios mixtos, en los cuales síntomas maníacos y depresivos coexisten, generando una sintomatología más compleja (Dell'Osso et al., 2022). También tienden a experimentar una mayor cantidad de episodios depresivos en comparación con los hombres, lo que podría incidir en la percepción subjetiva de la enfermedad y en el impacto funcional asociado (Xu et al., 2021). La variabilidad en la presentación de los síntomas sugiere que factores hormonales, neurobiológicos y psicosociales podrían desempeñar un papel en la expresión del trastorno según el sexo (Dell'Osso et al., 2022; Xu et al., 2021).

Mientras que en el trastorno bipolar tipo I las diferencias de género se reflejan en la forma de manifestación, en el trastorno bipolar tipo II la brecha entre hombres y

mujeres es más pronunciada en términos de prevalencia. Este subtipo, caracterizado por episodios depresivos mayores alternados con hipomanía, es dos veces más común en mujeres. Las razones detrás de esta diferencia aún están en estudio, pero algunos análisis sugieren que la mayor susceptibilidad femenina a los episodios depresivos podría estar asociada a una mayor incidencia del trastorno bipolar tipo II en esta población (Navarra-Ventura, 2021).

Estas distinciones entre los subtipos del trastorno bipolar refuerzan la idea de que la enfermedad no se manifiesta de manera homogénea, sino que presenta múltiples variantes que dependen de factores biológicos, genéticos y ambientales. La heterogeneidad observada en la clínica sugiere la necesidad de estrategias de abordaje diferenciadas que contemplen no solo el sexo del paciente, sino también la especificidad de los síntomas y la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Preguntas Primarias

A partir del estudio y seguimiento clínico de pacientes bipolares y sus familias se suscitó el interés de realizar una investigación intentado responder a dichas preguntas:

- ¿Cuál es la correlación existente entre la interacción parental disfuncional y el desarrollo del trastorno bipolar tipo I en pacientes adultos diagnosticados con esta condición?
- Si los padres cambiaran su interacción parental disfuncional ¿se reduciría la aparición del trastorno bipolar tipo I?

Preguntas secundarias

- ¿Qué es la interacción parental disfuncional?
- ¿Cómo se desarrolla el síndrome bipolar?
- ¿Cuánto influye la interacción parental en la sintomatología?

Objetivos de Estudio

Objetivo General

Analizar la asociación entre las diferentes modalidades de interacción parental y el desarrollo del trastorno bipolar tipo I en pacientes adultos con dicho diagnóstico.

Objetivos Específicos

- Describir las modalidades de interacción parental en función del apego, la comunicación y los tipos de familia según Minuchin, identificando dinámicas como la rigidez en padres autoritarios y la sobreprotección en madres flexibles.
- Explicar las características del trastorno bipolar tipo I, incluyendo su sintomatología, factores predisponentes y procesos neurobiológicos implicados.
- Analizar la posible influencia de las modalidades de interacción parental en la manifestación del trastorno bipolar tipo I, considerando mecanismos epigenéticos y su impacto en la regulación emocional y la expresión sintomática en la adultez.

Aproximación de Sentido

Aproximación 1: Perspectiva clínica y psicopatológica: El estudio de las modalidades de interacción parental en la infancia y su relación con el desarrollo del trastorno bipolar tipo I permite comprender cómo factores como el apego, la comunicación y la estructura familiar pueden incidir en la regulación emocional y la vulnerabilidad psicopatológica de los individuos.

Aproximación 2: Enfoque del desarrollo y la socialización: La interacción parental desempeña un papel central en el desarrollo socioemocional, influyendo en la construcción de la identidad, la regulación emocional y la adaptación a contextos de alta demanda. Desde una perspectiva epigenética, estas experiencias pueden modular la expresión sintomática del trastorno bipolar tipo I en la adultez.

Aproximación 3: Análisis comparativo y diferencial: La heterogeneidad en la manifestación del trastorno bipolar tipo I sugiere la existencia de múltiples factores intervinientes, entre ellos las experiencias tempranas con los cuidadores y su impacto en los procesos neurobiológicos. Analizar estas diferencias permite comprender cómo los patrones de interacción parental pueden influir en la expresión del trastorno a lo largo del ciclo vital.

Capítulo II: Marco Teórico

A partir del planteo del problema y los objetivos de investigación, este capítulo desarrolla el marco teórico que fundamenta conceptualmente la relación entre las modalidades de interacción parental y la manifestación del trastorno bipolar tipo I en adultos. El abordaje se organiza a través de una revisión crítica de los enfoques sistémicos sobre la estructura y dinámica familiar, integrando aportes de autores clásicos y contemporáneos para explicar cómo las prácticas parentales influyen en la configuración emocional del sujeto. En este recorrido, se examinan distintos estilos de crianza —con especial atención a la parentalidad autoritaria y ambivalente—, así como sus implicancias en el desarrollo de la identidad, la regulación afectiva y la construcción del vínculo. También se analizan los tipos de apego, las estructuras familiares según Minuchin, y la manera en que ciertos patrones comunicacionales contribuyen a establecer climas vinculares que podrían actuar como factores predisponentes para la emergencia del trastorno bipolar. El capítulo ofrece, así, una base conceptual sólida desde la cual interpretar los relatos subjetivos obtenidos en la fase empírica del estudio.

Modalidades de Interacción Parental y su Influencia en el Desarrollo Psicoemocional

Definición y Enfoque Sistémico de la Interacción Parental

La interacción parental, desde el enfoque de la psicología sistémica, se concibe como un proceso dinámico en el que los progenitores influyen recíprocamente en el

desarrollo de sus hijos y en la configuración de la estructura familiar (Vega, 2021). Este paradigma sostiene que la familia no debe ser entendida como la simple suma de sus miembros, sino como un sistema interdependiente en el que cada acción genera respuestas y reajustes en los demás integrantes. En este sentido, los lazos parentales se configuran a partir de patrones comunicativos que determinan las dinámicas de relación y las normas implícitas que rigen la convivencia.

Desde la Teoría General de Sistemas, la familia se considera un conjunto organizado en el que cada miembro desempeña un rol específico dentro de una estructura interconectada (Vega, 2021). De acuerdo con esta perspectiva, cualquier modificación en la conducta de un individuo repercute en los demás, lo que da lugar a mecanismos de ajuste que permiten preservar el equilibrio del sistema. En este contexto, la interacción parental no puede analizarse de manera aislada, sino en función de las interrelaciones que establecen sus integrantes y del entorno que las condiciona.

Por otra parte, la Pragmática de la Comunicación resalta que toda conducta dentro del sistema familiar posee un valor comunicativo (Tercero, 2024). Según esta premisa, las manifestaciones emocionales, los gestos y los silencios también transmiten significados que inciden en la construcción de los vínculos parentales. De esta manera, las interacciones entre padres e hijos se convierten en un proceso continuo de aprendizaje en el que se definen límites, se establecen normas y se modelan formas de expresión afectiva que perduran a lo largo del tiempo.

El enfoque sistémico también considera que las familias operan mediante reglas propias que les otorgan singularidad. Desde la perspectiva de Selvini (1970), este grupo

social se construye a partir de experiencias compartidas, ensayos y retroalimentaciones que consolidan una identidad colectiva. En este sentido, la interacción parental se ve influenciada por los antecedentes históricos del núcleo familiar, los valores transmitidos y las expectativas que cada generación deposita sobre la siguiente. Estos elementos configuran un marco de referencia que orienta la crianza y la socialización de los hijos dentro de la familia.

En la misma línea, la definición de Andolfi et al. (1985) enfatiza que la familia no es un conjunto de individuos aislados, sino una totalidad interdependiente que evoluciona con el tiempo. Dentro de esta estructura, las interacciones entre padres e hijos están sujetas a un constante proceso de ajuste en el que los cambios en uno de los miembros generan transformaciones en el conjunto. Este principio explica cómo las dinámicas parentales se reorganizan ante eventos significativos, como el nacimiento de un nuevo hijo, el divorcio o la incorporación de otros miembros al hogar, situaciones que requieren una reconfiguración de los roles y responsabilidades. Desde la visión de Sluzki (2008), la familia actúa como un sistema de protección psico-social que brinda contención a sus integrantes y los prepara para interactuar con su entorno.

La interacción parental, enmarcada en la psicología sistémica, establece la base para el desarrollo socioemocional de los individuos, ya que la familia opera como un sistema interdependiente en el que cada miembro influye en la configuración del comportamiento y la identidad de los demás. Dentro de este sistema, los vínculos que se generan entre padres e hijos desempeñan un papel esencial en la manera en que los individuos internalizan normas, valores y patrones afectivos que repercuten en sus interacciones futuras.

Desde esta perspectiva, la familia actúa como el primer espacio de socialización, mientras establece la estructura a partir de la cual sus integrantes construyen su sentido de pertenencia y autonomía. Minuchin (2004) sostienen que cada familia desarrolla pautas de interacción que determinan el funcionamiento de sus miembros y la dinámica de sus relaciones. Estas pautas regulan la forma en que se expresa el afecto, se establecen los límites y se resuelven los conflictos, lo que contribuye a la formación de la identidad individual y al desarrollo de competencias socioemocionales necesarias para la vida en comunidad.

Los principios de la Teoría General de Sistemas permiten comprender que la estabilidad familiar se mantiene a través de mecanismos de ajuste y retroalimentación, los cuales garantizan la continuidad de la estructura familiar frente a los cambios internos y externos. Toro Marín (2021), destaca que la interdependencia entre los miembros de una familia se manifiesta en la reciprocidad de las acciones y en la capacidad del sistema para reorganizarse en función de las experiencias compartidas. La adaptación a nuevos escenarios, como la llegada de un hijo o la transición a la adolescencia, requiere de reajustes en las dinámicas parentales que permiten mantener el equilibrio sin comprometer la individualidad de sus integrantes.

El enfoque sistémico también resalta que la familia no opera en aislamiento, sino que interactúa con un entorno más amplio que influye en sus dinámicas internas. Buscarons (2018) describe a la familia como un sistema abierto, jerarquizado y en constante cambio, donde cada modificación en la conducta de un individuo genera ajustes en la totalidad del grupo. En este sentido, la transmisión de valores, normas y modelos de

comportamiento desde los padres hacia los hijos se encuentra en permanente interacción con las exigencias del contexto social y cultural en el que la familia está inserta.

El concepto de identidad grupal propuesto por Bion (1992, como se citó en Toro Marín, 2021) refuerza la idea de que el individuo se construye dentro de la matriz familiar, adquiriendo desde la infancia herramientas para la regulación emocional y la interacción social. La calidad de la relación parental influye directamente en la percepción de seguridad y confianza de los hijos, lo que incide en su capacidad para enfrentar desafíos y establecer relaciones interpersonales saludables. Paladines y Quinde (2010) destacan que las experiencias tempranas dentro del núcleo familiar determinan la manera en que los individuos desarrollan habilidades como la comunicación, la autonomía y la gestión de emociones, aspectos fundamentales en su integración a la sociedad.

Desde esta perspectiva, el desarrollo socioemocional no puede entenderse sin considerar la influencia de las interacciones familiares en la construcción del bienestar psicológico de los individuos. La estructura de la familia, su organización jerárquica y las dinámicas relacionales que en ella se establecen definen en gran medida la manera en que sus miembros internalizan el concepto de sí mismos y su relación con el entorno. La capacidad de la familia para adaptarse a las transformaciones y ofrecer un entorno estable y afectivo resulta determinante en la formación de individuos capaces de desenvolverse en distintos ámbitos de la vida social.

El papel de la familia en el desarrollo del sujeto se manifiesta en la configuración de su identidad, la adquisición de habilidades socioemocionales y la interiorización de normas y valores. La interacción entre los miembros del núcleo familiar construye un

espacio en el que se consolidan patrones de comportamiento que influyen en la adaptación del individuo a diversos contextos (Olson, 2000). La calidad de estas interacciones determina el bienestar psicológico del sujeto y su capacidad para afrontar situaciones de estrés y desafío (Olson, 1993). Cuando las dinámicas familiares promueven la confianza, la empatía y el apoyo mutuo, se fortalecen las bases para un desarrollo emocional equilibrado y una mayor resiliencia ante adversidades (Olson, 2000).

Las relaciones familiares cumplen una función sustancial en la estructuración de la identidad personal y la autoimagen. A través de la comunicación y la convivencia cotidiana, el sujeto internaliza modelos de referencia que moldean su percepción de sí mismo y de los demás (Minuchin, 2004). La validación emocional y el reconocimiento dentro del grupo familiar potencian la autoestima y la seguridad en las interacciones sociales. En contraste, la ausencia de reconocimiento o la presencia de dinámicas disfuncionales pueden generar sentimientos de inseguridad y afectar la construcción de la identidad personal (Polaino-Lorente y Martínez, 2003). El equilibrio entre el apoyo y la autonomía dentro de la familia resulta determinante para la formación de individuos con una identidad sólida y una adecuada regulación emocional (Olson, 1989).

Las estrategias de resolución de conflictos y la comunicación efectiva en el seno familiar condicionan la forma en que el sujeto maneja sus relaciones interpersonales fuera de este ámbito. El diálogo abierto y la expresión de emociones en un ambiente de respeto favorecen el desarrollo de habilidades sociales esenciales para la convivencia en distintos entornos (Navarra-Ventura, 2021). En cambio, las interacciones caracterizadas por la hostilidad o la evitación de conflictos pueden traducirse en dificultades para establecer vínculos saludables en la adultez (Olson, 2000). Las familias que establecen normas

claras y flexibles generan un marco de referencia que facilita la adaptación del sujeto a contextos externos y contribuyen a la consolidación de su sentido de pertenencia (Polaino-Lorente y Martínez, 2003).

El nivel de cohesión y adaptabilidad dentro del núcleo familiar influye en la percepción del sujeto sobre la seguridad emocional y la estabilidad en sus relaciones. Los sistemas familiares que promueven el apoyo incondicional y la cooperación permiten que sus integrantes enfrenten situaciones de cambio con mayor estabilidad emocional (Vega, 2021). En situaciones donde el equilibrio entre independencia y conexión se ve alterado, pueden surgir tensiones que afectan el bienestar de los miembros (Olson 1989). La armonía en las dinámicas familiares facilita la construcción de estrategias de afrontamiento que se reflejan en la manera en que el sujeto enfrenta desafíos a lo largo de su vida (Minuchin, 1982).

El tiempo compartido en la familia y la calidad de las interacciones también tienen implicaciones en la percepción del bienestar individual. La disponibilidad emocional y el acompañamiento en los momentos de dificultad fortalecen la confianza y la sensación de protección dentro del grupo familiar (Buscarons Gelabertó, 2018). La falta de conexión afectiva o la presencia de interacciones superficiales pueden generar sentimientos de vacío emocional y afectar la capacidad del sujeto para establecer lazos significativos fuera del ámbito familiar (Polaino-Lorente y Martínez, 2003).

Las dinámicas familiares no impactan solamente en el bienestar emocional, sino también la construcción de expectativas y aspiraciones personales. La transmisión de valores y creencias dentro del hogar influye en la manera en que el sujeto concibe sus

metas y proyecta su futuro (Brancati et al., 2023). La presencia de modelos familiares positivos fomenta la perseverancia y el sentido de logro, mientras que la falta de orientación puede generar incertidumbre y dificultades en la planificación a largo plazo (Olson 1989). De esta manera, el entorno familiar se convierte en un espacio de referencia que incide en la manera en que el sujeto enfrenta desafíos y toma decisiones en su vida adulta (Minuchin, 1982).

En este marco, la interacción parental cumple una doble función: por un lado, ofrece seguridad emocional a los hijos, y por otro, los orienta en la adaptación a las exigencias sociales y culturales. A través de estas interacciones, se transmiten patrones de comportamiento, creencias y formas de vinculación que inciden en la construcción de la identidad individual y en la manera en que los hijos establecerán relaciones fuera del ámbito familiar.

Otro aspecto relevante en la dinámica parental es la resistencia al cambio que presenta el sistema familiar. Boszormenyi-Nagy y Spark (1983) sostienen que, para mantener su estabilidad, las familias desarrollan mecanismos de homeostasis que regulan las desviaciones de las normas establecidas. En este sentido, los vínculos parentales se consolidan a partir de un equilibrio entre la continuidad y la adaptación. Cuando surgen desafíos que amenazan la estructura familiar, se activan estrategias de reajuste que permiten restablecer la armonía y garantizar la funcionalidad del sistema.

A medida que la familia evoluciona, sus interacciones se reconfiguran para responder a nuevas circunstancias. En este proceso, la relación entre padres e hijos no permanece estática, sino que se transforma en función de las etapas del desarrollo y de

los cambios contextuales. Este fenómeno pone de manifiesto la flexibilidad del sistema familiar, su capacidad de adaptación y la importancia de los lazos parentales en la formación de la identidad y el bienestar emocional de sus integrantes.

Tipos de Interacción Parental

La parentalidad se configura como un proceso dinámico en el que los progenitores asumen una serie de responsabilidades orientadas al cuidado, protección y educación de sus hijos. Esta función trasciende la mera satisfacción de necesidades básicas, ya que implica la transmisión de valores, normas y habilidades que favorecen la integración del menor en su entorno social. Desde esta perspectiva, el ejercicio de la parentalidad no es homogéneo, sino que varía en función de múltiples factores, entre ellos, las creencias culturales, los estilos de crianza y las condiciones socioeconómicas de cada familia (Oliva, 2006).

Dentro de este marco, la manera en que los progenitores interactúan con sus hijos influye en el desarrollo de la identidad, la regulación emocional y la construcción de vínculos afectivos. Investigaciones recientes han señalado que el estilo de crianza adoptado por los padres tiene efectos significativos en el bienestar infantil, influyendo en la autoestima, la capacidad de socialización y la autonomía de los menores (Mestre, Tur, Samper y Latorre, 2010). De esta manera, la parentalidad se convierte en un factor determinante en el ajuste psicosocial de los hijos, lo que ha llevado a diversos autores a clasificar distintos modelos de ejercicio parental.

Los estudios sobre los estilos de crianza han permitido identificar diferentes modelos de parentalidad que se distinguen por la combinación de dos dimensiones

fundamentales: el nivel de afecto y la exigencia en la supervisión de la conducta infantil (Rodrigo et al., 2004). Estas dimensiones generan distintas formas de interacción, que pueden oscilar entre la rigidez extrema y la permisividad absoluta. Cada uno de estos modelos tiene implicaciones distintas en el desarrollo emocional y social de los menores, lo que resalta la importancia de analizar su impacto en la infancia y la adolescencia.

Desde esta perspectiva, se han identificado diversas formas de parentalidad, entre ellas, la autoritaria, caracterizada por un alto nivel de control y escasa expresión de afecto; la permisiva, que se distingue por la indulgencia y la ausencia de límites claros; la negligente, en la que hay una carencia de supervisión y afecto; y la democrática, que combina altos niveles de afecto con normas claras y flexibles. Junto a estos modelos, también se han descrito la parentalidad vinculada a padres autoritarios y madres ambivalentes, marcada por un exceso de control y preocupación por la seguridad del menor, y la parentalidad ambivalente, en la que se presentan conductas contradictorias que generan confusión en los hijos (Torío et al., 2008).

El análisis de estos modelos permite comprender cómo las distintas formas de crianza impactan en la configuración de la personalidad y la adaptación social de los niños. A partir de esta clasificación, es posible identificar los efectos de cada estilo en la conducta y el desarrollo emocional, lo que resulta valioso para orientar estrategias de intervención que favorezcan dinámicas familiares más equilibradas. Por ello, es fundamental examinar cada modelo en profundidad, considerando sus características, efectos y particularidades dentro del contexto familiar.

Parentalidad Autoritaria

Dentro de la dinámica familiar, el estilo de parentalidad autoritaria se distingue por la imposición de normas sin posibilidad de cuestionamiento por parte del niño. Desde la perspectiva de la psicología sistémica, esta estructura jerárquica refleja una organización familiar en la que los padres ocupan una posición de control absoluto, mientras que los hijos deben adaptarse sin margen de negociación (Minuchin, 1982). La comunicación en estos hogares suele caracterizarse por la unilateralidad, donde las órdenes y expectativas son transmitidas sin espacio para la retroalimentación o el diálogo. En este contexto, las emociones del menor pueden quedar relegadas, lo que limita su capacidad para expresar inquietudes o desarrollar habilidades para la resolución de conflictos.

La ausencia de flexibilidad en la relación entre padres e hijos puede derivar en dificultades para la construcción de una identidad autónoma. Bowen (1978) plantea que en sistemas familiares altamente jerárquicos, los niños pueden desarrollar patrones de dependencia emocional hacia la autoridad, lo que afecta la toma de decisiones en la adultez. La obediencia extrema se convierte en un mecanismo de adaptación dentro del sistema, pero fuera de este puede traducirse en dificultades para actuar con independencia. En muchos casos, el temor a la desaprobación genera una constante búsqueda de validación externa, dificultando el desarrollo de un sentido de autoeficacia sólido.

Las interacciones dentro de este modelo parental tienden a reforzar la disciplina como mecanismo de control, dejando en segundo plano la regulación emocional. Haley (1976) señala que la rigidez en la estructura familiar puede predisponer al niño a

desarrollar estrategias de afrontamiento basadas en la sumisión o la evitación de conflictos. En estos entornos, la disciplina no se acompaña de explicaciones o espacios de reflexión, lo que puede generar una comprensión limitada sobre la naturaleza de las normas. Este esquema de aprendizaje influye en la forma en que los niños internalizan las reglas sociales, promoviendo comportamientos rígidos o dificultades para adaptarse a entornos donde se requiere autonomía.

En algunos casos, el uso de la autoridad como principal estrategia educativa puede generar respuestas emocionales adversas en el menor. Minuchin (1982) describe cómo la rigidez extrema en las relaciones familiares puede provocar niveles elevados de ansiedad o sentimientos de frustración que no encuentran un canal de expresión adecuado. Esta estructura también puede influir en la calidad de los vínculos afectivos, ya que la interacción se basa en el cumplimiento de órdenes y no en el reconocimiento mutuo. La falta de espacios para la expresión emocional puede afectar la manera en que el niño construye sus relaciones interpersonales, limitando su capacidad para establecer lazos basados en la confianza y el entendimiento.

Cuando la disciplina se impone sin considerar las necesidades emocionales del menor, pueden generarse respuestas conductuales extremas. Algunos niños desarrollan una dependencia rígida de la autoridad y presentan dificultades para cuestionar estructuras, mientras que otros pueden reaccionar con oposición constante ante cualquier norma. Desde un enfoque sistémico, este tipo de parentalidad puede generar patrones de relación disfuncionales que se perpetúan en generaciones posteriores (Bowen, 1978). La transmisión intergeneracional de modelos autoritarios refuerza esquemas donde el poder

y el control predominan sobre la comunicación y la flexibilidad, afectando la forma en que las futuras generaciones establecen sus propios vínculos familiares.

Parentalidad Permisiva

El modelo de parentalidad permisiva se caracteriza por la escasa regulación de la conducta del niño y la tendencia de los progenitores a evitar la confrontación o el establecimiento de límites consistentes. Desde la psicología sistémica, este tipo de dinámica familiar se desarrolla en un contexto donde la diferenciación entre los roles parentales y filiales se debilita, favoreciendo una relación horizontal en la que la autoridad adulta se vuelve difusa (Bowen, 1978). En estos sistemas, las decisiones suelen estar influenciadas por los deseos del niño en lugar de responder a una estructura normativa clara, lo que interfiere en la construcción de un marco de referencia estable para el desarrollo emocional y conductual.

La flexibilidad extrema en la relación entre padres e hijos puede generar dificultades en la adquisición de estrategias de autocontrol y responsabilidad. Minuchin (1982) señala que la ausencia de límites definidos en el sistema familiar puede llevar a que el menor no internalice normas de convivencia social, afectando su capacidad para establecer vínculos equilibrados en otros contextos. La estructura familiar laxa permite que las emociones del niño se expresen sin regulación externa, lo que puede traducirse en dificultades para tolerar la frustración o para aceptar reglas impuestas en ámbitos escolares o sociales. En este sentido, la falta de contención parental puede contribuir a la construcción de una autoimagen centrada en la satisfacción inmediata de sus deseos.

El debilitamiento de la jerarquía en la familia también repercute en la dinámica de poder dentro del hogar. Haley (1976) describe cómo en sistemas permisivos los hijos pueden asumir un rol de influencia sobre los padres, lo que altera la funcionalidad del subsistema parental. Este desbalance puede manifestarse en la dificultad de los adultos para sostener normas o mantener decisiones coherentes a lo largo del tiempo. En consecuencia, el niño recibe mensajes contradictorios sobre los límites de su comportamiento, lo que puede generar inseguridad respecto a las expectativas de su entorno.

La carencia de regulación parental afecta en un doble sentido: por un lado, genera consecuencias en la interacción en el hogar, mientras que, por otro, puede influir en el desarrollo de la identidad del menor. Desde la teoría sistémica, una estructura familiar con fronteras difusas dificulta la construcción de una identidad diferenciada y autónoma, ya que la ausencia de límites externos no permite que el niño experimente la necesidad de adaptarse a normas establecidas (Bowen, 1978). En muchos casos, esto se traduce en dificultades para reconocer el impacto de sus acciones en los demás, lo que puede derivar en una baja tolerancia a la frustración y en relaciones interpersonales con dinámicas egocéntricas o dependientes.

El impacto de la parentalidad permisiva no se limita a la infancia, sino que puede extenderse a etapas posteriores del desarrollo. Minuchin (1982) explica que las dinámicas familiares influyen en la forma en que los individuos afrontan los desafíos en la adultez, por lo que la falta de límites claros en la infancia puede generar dificultades en la regulación emocional y en la toma de decisiones en la vida adulta. La ausencia de modelos estructurados de autoridad puede llevar a que la persona enfrente dificultades en contextos

donde se requiere disciplina y autodirección, afectando su desempeño en entornos laborales o académicos.

Parentalidad Negligente

Este modelo se caracteriza por una baja implicación emocional y una escasa supervisión del desarrollo del menor. Desde la teoría sistémica, las familias con este tipo de parentalidad presentan patrones de desconexión afectiva en los que las interacciones se reducen al mínimo necesario, configurando sistemas familiares con vínculos frágiles o ausentes (Finzi et al., 2001). En estos entornos, los niños pueden desarrollar estrategias de afrontamiento orientadas a la autosuficiencia temprana o, en casos más críticos, presentar dificultades en la construcción de relaciones interpersonales saludables debido a la carencia de una base segura de apego.

Dentro de este marco, las dinámicas familiares negligentes no emergen exclusivamente en contextos de aislamiento social, sino que pueden estar sostenidas por redes informales que refuerzan prácticas de desapego e indiferencia (Roditti, 2005). Las interacciones dentro de estos sistemas no fomentan una adaptación resiliente, sino que consolidan patrones de parentalidad negligente, generando ciclos de desatención y desprotección que se perpetúan inter-generacionalmente (Juby y Rycraft, 2004; Sousa, 2005). En estas condiciones, los menores carecen de modelos parentales que brinden orientación y apoyo, lo que debilita la posibilidad de desarrollar competencias socioemocionales sólidas.

En muchos casos, estas dinámicas se vinculan con factores estructurales que condicionan el funcionamiento familiar. Estudios han señalado que la pobreza juega un papel relevante en la cronificación de la negligencia parental, aunque no debe asumirse una relación directa entre ambas (Roditti, 2005; Woodward y Fergusson, 2002). Factores como la baja escolaridad, la violencia doméstica y la fragmentación del núcleo familiar inciden en la reproducción de patrones disfuncionales que limitan el desarrollo de habilidades parentales efectivas (Woodward y Fergusson, 2002).

Este entramado configura un contexto donde la parentalidad se ejerce sin recursos emocionales ni materiales suficientes, dificultando la construcción de vínculos afectivos protectores. Las familias multiproblemáticas en situación de pobreza presentan dinámicas que restringen la capacidad de enfrentar los desafíos cotidianos. La escasez de redes de apoyo efectivas, sumada a la exposición a entornos de alta vulnerabilidad, genera condiciones adversas que afectan el bienestar infantil (Glaser, 2002; Juby y Rycraft, 2004).

En este escenario, la parentalidad negligente se refuerza a través de la transmisión intergeneracional de estrategias de afrontamiento deficitarias, en las que los cuidadores replican modelos de crianza desprovistos de sensibilidad y compromiso. La ausencia de herramientas para la resolución de conflictos y la regulación emocional agrava este fenómeno, dificultando la ruptura del ciclo de desprotección.

El impacto de estas dinámicas se extiende más allá del núcleo familiar, ya que los niños en contextos de negligencia parental suelen presentar dificultades en la integración social. La falta de una base segura desde la infancia se traduce en patrones relacionales

inestables, con tendencia a la desconfianza o la evitación de vínculos significativos. Estas problemáticas pueden verse exacerbadas cuando las familias delegan la crianza a agentes externos, como servicios comunitarios o instituciones de control social, en un intento de suplir las carencias del sistema familiar (Hughes, 2004). Sin embargo, esta delegación no siempre implica una mejora en las condiciones de desarrollo infantil, ya que no sustituye la necesidad de interacciones afectivas consistentes dentro del hogar.

La combinación de adversidades económicas y dinámicas familiares disfuncionales refuerza la perpetuación de la negligencia parental en ciertos contextos. La pobreza estructural, definida por la imposibilidad de acceder a recursos básicos y oportunidades de movilidad social, profundiza la dependencia de redes informales que, lejos de brindar apoyo, normalizan patrones negligentes de crianza (Finzi et al., 2001). En estas circunstancias, la parentalidad se ejerce en un marco de precarización constante, donde las estrategias de cuidado responden a la inmediatez de la subsistencia, dejando de lado aspectos vinculados al desarrollo emocional y social del menor. Esta configuración restringe las posibilidades de transformación del sistema familiar, perpetuando la vulnerabilidad de las siguientes generaciones.

El enfoque sistémico permite comprender cómo las interacciones dentro del núcleo familiar y su entorno influyen en la consolidación de la parentalidad negligente. Lejos de constituir una problemática aislada, este fenómeno debe analizarse como parte de un entramado de factores interdependientes que incluyen condiciones estructurales, dinámicas intergeneracionales y disponibilidad de recursos de apoyo. La identificación de estos elementos resulta clave para la formulación de estrategias de intervención que no solo atiendan las necesidades inmediatas de los menores, sino que también fortalezcan

el sistema familiar en su conjunto, promoviendo vínculos protectores y entornos de crianza más favorables.

Parentalidad Democrática

El estilo de parentalidad democrática se distingue por integrar normas claras con una comunicación abierta y afectuosa. Desde la psicología sistémica, estas familias presentan estructuras organizadas con roles definidos, pero mantienen fronteras permeables que permiten la negociación y la expresión de necesidades individuales (Minuchin, 1982). Este equilibrio fomenta una dinámica familiar en la que los menores desarrollan autonomía dentro de un contexto de apoyo emocional, facilitando la construcción de habilidades sociales y emocionales sólidas. La interacción entre sus miembros se basa en el respeto mutuo y en la adaptación flexible a nuevas circunstancias sin comprometer la estabilidad del sistema.

En estos entornos, los progenitores promueven la autonomía y la responsabilidad de sus hijos mediante la estimulación de la comunicación y el establecimiento de expectativas ajustadas a la madurez de cada etapa del desarrollo (Gimeno, 2007; Tornarí, 2006). La combinación de afecto, control y exigencia favorece el ajuste emocional y comportamental de los niños, quienes muestran mayor estabilidad emocional y un temperamento alegre. Esta configuración sistémica fortalece la autoestima y el autocontrol, proporcionando herramientas eficaces para enfrentar los desafíos de la vida cotidiana (Capano y Ubach, 2013; Estrada y Ruiz, 2006).

La influencia del estilo democrático se extiende a la adolescencia, etapa en la que los jóvenes continúan beneficiándose de un entorno estructurado y afectivo. Los adolescentes criados bajo este modelo suelen manifestar mayor autoestima, desarrollo moral y habilidades sociales avanzadas, factores que inciden positivamente en su rendimiento académico (Buxarrais y Zeledón, 2006). En el ámbito familiar, la comunicación fluida y el establecimiento de límites a través del razonamiento inductivo reducen los conflictos y fortalecen el bienestar psicológico de los jóvenes (Capano y Ubach, 2013; Quito Calle et al., 2018; Tornaría, 2006)

Las dinámicas familiares organizadas bajo este enfoque también generan un impacto significativo en la motivación y el interés por la educación. Los niños y adolescentes criados en sistemas democráticos muestran una mayor satisfacción con su entorno familiar y una confianza más sólida en su capacidad para afrontar nuevas situaciones. La combinación de afecto y supervisión en estos hogares facilita un desarrollo independiente sin descuidar la necesidad de apoyo y guía por parte de los progenitores (Capano Bosch et al., 2016).

Dentro de este marco, la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos cobra un papel preponderante. Las investigaciones han señalado que aquellos jóvenes que perciben mayor afecto y comunicación familiar tienden a experimentar un ajuste emocional y conductual más favorable (Capano y Ubach, 2013). La presencia de una conexión emocional estable refuerza la eficacia de las estrategias disciplinarias utilizadas por los adultos, permitiendo que los límites y normas familiares sean asimilados de manera positiva (Buxarrais y Zeledón, 2006)

El impacto del modelo democrático se observa también en el desarrollo de habilidades sociales. Los niños y adolescentes que crecen en un ambiente donde la comunicación y la cooperación son promovidas tienden a ser más sociables y a establecer relaciones interpersonales saludables (Buxarrais y Zeledón, 2006; Capano y Ubach, 2013; Capano Bosch et al., 2016; Quito Calle et al., 2018). Este tipo de crianza estimula la capacidad de interacción con diversos entornos, favoreciendo la integración en contextos sociales más amplios y la construcción de redes de apoyo. La parentalidad democrática, al conjugar afecto, supervisión y promoción de la autonomía, configura un sistema familiar sólido y adaptable.

Padres autoritarios y madres ambivalentes

La parentalidad caracterizada por la combinación de padres autoritarios y madres ambivalentes configura un estilo de crianza que limita significativamente el desarrollo de la autonomía infantil y fortalece dinámicas de dependencia emocional hacia las figuras parentales. Desde la perspectiva sistémica, esta configuración se manifiesta en estructuras familiares con fronteras generacionales difusas y patrones relacionales disfuncionales, donde la rigidez del padre y la inconsistencia de la madre dificultan el surgimiento de una identidad diferenciada y estrategias de afrontamiento eficaces ante los desafíos del entorno (Bowen, 1978). El autoritarismo paterno, basado en normas estrictas y control unilateral, combinado con la ambivalencia materna¹ contribuye a un ambiente en el que el niño internaliza el miedo al error y la necesidad de aprobación constante.

¹ Marcada por una oscilación entre el afecto y la distancia emocional

La intervención constante de los progenitores, ya sea mediante el control autoritario o la sobreimplicación ambivalente, refuerza la percepción de incapacidad en el menor, comprometiendo su desarrollo emocional y su habilidad para desenvolverse de manera autónoma. Collantes Piguave y Suárez Laínez (2015) señalan que este tipo de prácticas parentales impide que los niños asuman responsabilidades y desarrollen sus habilidades, dado que las decisiones son tomadas por los adultos en su lugar. Esta dinámica genera en los hijos una baja tolerancia a la frustración, inseguridad personal y una necesidad persistente de validación externa. Desde una visión sistémica, estas interacciones configuran una homeostasis familiar disfuncional, donde la ansiedad parental² se transmite y mantiene en los hijos, generando vínculos de dependencia difíciles de modificar.

El ejercicio del control estricto por parte del padre, junto con la imprevisibilidad emocional de la madre, puede dar lugar a dificultades futuras en la construcción de relaciones interpersonales equilibradas. El temor al abandono, la inseguridad afectiva y la búsqueda constante de validación son consecuencias que pueden prolongarse en la adultez como resultado de una crianza en la que la autonomía no fue promovida (Collantes Piguave y Suárez Laínez, 2015). Desde el enfoque sistémico, este estilo parental establece circuitos de retroalimentación negativa, en los que los intentos del niño por diferenciarse e independizarse son reprimidos, consciente o inconscientemente, por la ansiedad que el cambio genera en los progenitores.

² Ya sea expresada como control excesivo o ambivalencia afectiva

Este patrón de crianza no solo limita la autonomía, sino que también impacta en la capacidad del menor para gestionar emociones y enfrentar adversidades con resiliencia. La ausencia de oportunidades para aprender a través del error impide la consolidación de estrategias de resolución de problemas, intensificando la percepción de vulnerabilidad frente a situaciones adversas. En esta línea, la psicología sistémica sostiene que la inconsistencia afectiva y el control rígido parental afectan tanto el presente del niño como la configuración de su identidad futura y su bienestar emocional a largo plazo. Bowen (1978) advierte que estos patrones tienden a replicarse generacionalmente, dificultando la construcción de relaciones saludables y el ejercicio de una autonomía sólida en la adultez.

Parentalidad Ambivalente

La parentalidad ambivalente se caracteriza por la falta de consistencia en las respuestas de los cuidadores, lo que genera confusión y desorientación en el menor. Desde la perspectiva sistémica, este estilo se manifiesta en una estructura familiar inestable, donde las normas y expectativas cambian de manera impredecible, dificultando la consolidación de un marco de referencia estable (Haley, 1976). La comunicación en estos sistemas tiende a ser contradictoria, combinando mensajes verbales y no verbales que envían señales opuestas, lo que refuerza la incertidumbre y la inseguridad emocional en los hijos.

Las interacciones familiares dentro de estos entornos presentan una alternancia constante entre el control excesivo y la permisividad sin límites, lo que impide que los

menores desarrollen estrategias de afrontamiento coherentes. En la dinámica sistémica, esta fluctuación en los límites y en la disciplina genera modelos de apego inseguros, donde el niño no puede anticipar las reacciones de sus cuidadores ni establecer una relación de confianza estable. La ausencia de reglas fijas lleva a que los hijos modifiquen constantemente su comportamiento en un intento de adaptarse a las respuestas impredecibles de los adultos.

Los efectos de esta inestabilidad se reflejan en la dificultad de los menores para autorregular sus emociones y en la construcción de su identidad. La inseguridad en la validación de sus acciones puede derivar en ansiedad y en una tendencia a buscar aprobación externa de manera constante. Desde el enfoque de la terapia familiar sistémica, este patrón de crianza puede generar dinámicas disfuncionales que se perpetúan a lo largo del desarrollo, afectando la forma en que los individuos establecen relaciones interpersonales en la adultez.

La comunicación ambigua dentro del sistema familiar limita la capacidad del niño para interpretar correctamente las normas sociales y desarrollar habilidades de toma de decisiones autónomas. La ambivalencia de los cuidadores no solo impacta en la relación entre padres e hijos, sino que también influye en las interacciones con otros miembros del sistema familiar y en la forma en que el menor se integra en otros ámbitos, como el escolar o el social. En estos contextos, la falta de coherencia en la educación parental puede derivar en dificultades para gestionar conflictos y en problemas de adaptación ante nuevas situaciones.

La terapia sistémica enfatiza la necesidad de intervenir en estos patrones de interacción para establecer límites claros y fomentar una comunicación más coherente dentro del núcleo familiar. La reorganización de las reglas y la promoción de una parentalidad más estructurada pueden contribuir a la estabilidad emocional del menor y al fortalecimiento de sus habilidades de afrontamiento. De esta manera, se busca modificar los ciclos disfuncionales que perpetúan la inseguridad y la ambivalencia, facilitando el desarrollo de un entorno familiar más predecible y saludable.

Comunicación y Dinámica Familiar desde la Perspectiva de Minuchin

La interacción entre los miembros de una familia se encuentra moldeada por estructuras que determinan la manera en que se comunican, establecen reglas y desempeñan roles dentro del núcleo familiar. Desde la perspectiva de Salvador Minuchin, la familia es un sistema organizado en el que las fronteras entre sus integrantes, la jerarquía y las dinámicas de poder influyen directamente en el desarrollo individual y colectivo. La forma en que se configuran estas estructuras define la capacidad de adaptación de la familia ante situaciones cambiantes y la manera en que sus miembros construyen su identidad dentro del grupo.

Las estructuras familiares descritas por Minuchin permiten comprender cómo las relaciones dentro del sistema pueden fomentar o limitar el crecimiento personal de sus integrantes. En algunas familias, los límites entre padres e hijos son difusos, generando una dinámica en la que la sobreprotección restringe la autonomía de los menores y refuerza la dependencia emocional. En otros casos, la rigidez de las normas y la estricta

diferenciación de roles pueden generar distanciamiento afectivo y dificultades en la expresión de emociones. Cada una de estas configuraciones impacta en el bienestar psicológico de los hijos y en la forma en que se relacionan con el entorno.

Las reglas que rigen el funcionamiento familiar operan como reguladores del comportamiento, estableciendo parámetros de interacción que pueden ser explícitos o implícitos. La claridad y coherencia en la aplicación de estas normas permiten a los hijos desarrollar un sentido de previsibilidad y seguridad, mientras que la inconsistencia en su aplicación puede generar incertidumbre y dificultades en la regulación emocional. Dentro de este marco, los roles familiares cumplen una función estructurante, definiendo expectativas sobre las responsabilidades de cada integrante y su lugar dentro del sistema.

El impacto de la rigidez y la sobreprotección en la dinámica familiar adquiere relevancia en el análisis de la salud emocional de los hijos. La inflexibilidad en la estructura familiar puede limitar la capacidad de adaptación y generar un clima de tensión constante, afectando la autoestima y la toma de decisiones de los menores. Por otra parte, la sobreprotección extrema impide la adquisición de habilidades necesarias para la independencia, lo que puede derivar en inseguridad y dificultades para afrontar desafíos en la vida adulta. Comprender estos factores desde la teoría de Minuchin permite analizar las implicaciones de las dinámicas familiares en el desarrollo psicológico y social de los hijos.

Dentro del campo de la terapia familiar estructural, Salvador Minuchin propone una mirada compleja y dinámica de las familias, entendidas como sistemas abiertos que organizan su funcionamiento mediante estructuras específicas. Estas estructuras no se

refieren exclusivamente a la distribución de roles o jerarquías, sino que implican patrones recurrentes de interacción que configuran el comportamiento de sus miembros. En este sentido, comprender las distintas formas que pueden adoptar las estructuras familiares permite identificar con mayor precisión los posibles focos de tensión o disfuncionalidad.

En este marco, Minuchin distingue tres grandes tipos de estructuras familiares: la familia con límites claros, la familia con límites difusos y la familia con límites rígidos. Cada una de ellas expresa una forma particular de establecer las fronteras internas entre subsistemas (por ejemplo, el parental y el filial) y entre la familia y el entorno. En las familias con límites claros, se observa una organización funcional que permite la diferenciación de roles y la comunicación efectiva entre sus miembros, favoreciendo tanto la cohesión como la autonomía individual. Estas estructuras promueven una interacción saludable, donde el respeto mutuo y la flexibilidad constituyen aspectos preponderantes en la dinámica cotidiana.

A diferencia de lo anterior, las familias con límites difusos tienden a manifestar una alta interdependencia emocional, donde las fronteras entre los subsistemas se tornan confusas y poco definidas. Este tipo de organización suele generar situaciones en las que los padres se muestran excesivamente involucrados en la vida de sus hijos, impidiendo su individuación y fomentando patrones de dependencia prolongada. Minuchin advierte que esta configuración puede dificultar el desarrollo de una identidad sólida, ya que los niños crecen en un contexto donde sus decisiones y emociones están constantemente condicionadas por las expectativas de los adultos. La confusión de roles, en estos casos, suele traducirse en una distribución inestable de la autoridad, lo que repercute en la toma de decisiones familiares.

Por otro lado, las estructuras familiares con límites rígidos se caracterizan por una separación marcada entre los subsistemas, lo que suele derivar en aislamiento emocional y una escasa comunicación entre sus miembros. En estas familias, los contactos afectivos están restringidos y los vínculos son fuertemente jerarquizados, generando ambientes en los que la expresión emocional queda subordinada al cumplimiento estricto de normas. Minuchin señala que este tipo de estructura puede surgir como una respuesta defensiva frente a experiencias de inestabilidad o amenaza externa, pero con el tiempo, tiende a consolidarse como un patrón que inhibe el apoyo emocional recíproco. La rigidez estructural impide la adaptación a nuevas etapas del ciclo vital familiar, afectando la capacidad de los miembros para responder a situaciones de cambio.

Con base en estas configuraciones, el autor plantea que la estructura familiar incide directamente en el bienestar psicológico de sus integrantes, especialmente en el proceso de desarrollo infantil y adolescente. El modo en que se distribuyen el poder, la autoridad y la afectividad dentro del sistema familiar influye de forma notable en la aparición o contención de síntomas en uno o varios de sus miembros. Las disfunciones familiares, en este sentido, no deben analizarse de forma aislada, sino como emergentes de patrones interactivos que se mantienen a lo largo del tiempo y que responden a determinadas reglas sistémicas.

En consonancia con esta perspectiva, la terapia estructural busca intervenir sobre la organización interna del sistema, promoviendo modificaciones en los patrones de relación y facilitando la emergencia de una estructura más funcional. Minuchin enfatiza que el objetivo terapéutico no es resolver un síntoma específico, sino transformar las condiciones estructurales que lo sostienen. Para ello, es necesario intervenir directamente

en la interacción familiar, desafiando los esquemas establecidos y abriendo espacio a nuevas formas de vinculación. Este abordaje se sustenta en la premisa de que la salud relacional no depende de la ausencia de conflicto, sino de la capacidad del sistema para reorganizarse de manera flexible frente a las demandas del entorno y del ciclo vital.

Desde esta mirada, resulta valioso analizar las estructuras familiares en relación con los contextos sociales, económicos y culturales en los que se inscriben. Minuchin destaca que las familias no existen al margen de su entorno, sino que interactúan constantemente con instituciones, normas sociales y sistemas de valores que condicionan su forma de organizarse. Esta dimensión contextual permite comprender por qué ciertas estructuras tienden a predominar en determinados grupos o momentos históricos, y cómo las intervenciones terapéuticas deben considerar estos factores para ser verdaderamente efectivas.

Las reglas familiares no solo orientan el comportamiento, sino que estructuran las expectativas, definen lo permitido y lo prohibido, y sostienen los vínculos que dan forma al sistema. Estas reglas no siempre son explícitas; muchas veces operan a nivel implícito, como acuerdos tácitos que organizan la vida cotidiana sin ser verbalizados directamente por sus integrantes.

A partir de esta lógica, las reglas pueden observarse como instrumentos de regulación que permiten el equilibrio y la continuidad del sistema. Minuchin plantea que estas normas, aunque aparentemente rígidas, pueden variar en función de la etapa del ciclo vital familiar y de los desafíos contextuales que enfrenta el grupo. Cuando las reglas son flexibles y adaptables, favorecen una convivencia armoniosa, ya que posibilitan

ajustes según las necesidades emergentes. En cambio, las reglas excesivamente rígidas o contradictorias tienden a generar tensión, especialmente cuando se vuelven obstáculos para el desarrollo de los individuos o cuando reproducen patrones de control desmedido.

Este entramado normativo encuentra un correlato directo en la asignación de roles dentro de la familia, que constituye otra dimensión organizativa destacada. Los roles no se limitan a funciones operativas como “proveedor” o “cuidador”, sino que implican expectativas relacionales, formas de presencia afectiva y modelos de identificación. Cada miembro adopta un lugar dentro del sistema en función de múltiples factores, entre ellos la edad, el género, la historia familiar, y los aprendizajes vinculares transmitidos intergeneracionalmente. Minuchin advierte que estos roles pueden consolidarse de forma saludable o, por el contrario, fijarse de manera disfuncional, condicionando el comportamiento y la autoestima de quienes los ocupan.

Dentro de esta configuración, ciertos fenómenos cobran particular relevancia, como la inversión de roles o la triangulación, que ocurren cuando un hijo asume funciones parentales o cuando es incluido como mediador en conflictos de la pareja adulta. Este tipo de desajustes puede generar consecuencias de notable gravedad para el desarrollo emocional del niño, ya que lo exponen a tensiones que exceden su capacidad evolutiva de procesamiento. El rol impuesto en estos casos no responde a un proceso natural de crecimiento, sino a una distorsión del sistema que compromete tanto al sujeto como al equilibrio familiar general.

Sumado a lo anterior, la permanencia de roles inadecuados a lo largo del tiempo suele estar sostenida por reglas invisibles que justifican su continuidad. Frases del tipo

“así ha sido siempre en esta familia” o “cada uno tiene su lugar” revelan una lógica que resiste el cambio, incluso cuando el funcionamiento del sistema demuestra signos evidentes de malestar. En este punto, la intervención terapéutica estructural se enfoca en visibilizar estos acuerdos implícitos, cuestionar su funcionalidad actual y abrir la posibilidad de una redistribución de roles más acorde a las necesidades presentes. Minuchin subraya la importancia de legitimar nuevas formas de interacción, en las que los miembros puedan construir vínculos más simétricos y espacios donde sus capacidades se desplieguen sin quedar restringidas por etiquetas heredadas.

Al profundizar en esta dinámica, se hace evidente que reglas y roles no pueden analizarse por separado, ya que ambos constituyen expresiones complementarias de una misma lógica sistémica. Las reglas legitiman los roles y, a su vez, los roles reproducen y refuerzan las reglas. Esta interdependencia refuerza ciertos estilos vinculares que pueden permanecer estables durante generaciones, a menos que ocurra una intervención consciente que habilite el cambio. En este punto, el modelo de Minuchin no se limita a describir la estructura familiar; propone una herramienta de lectura e intervención que considera la relación entre poder, afecto y función dentro del sistema.

A partir de esta concepción, el valor de una estructura familiar no reside únicamente en su forma, sino en su capacidad de promover el desarrollo integral de sus integrantes. Cuando las reglas permiten la expresión emocional, la autonomía personal y el diálogo, y cuando los roles son distribuidos con sentido, adecuación y posibilidad de transformación, el sistema adquiere una notable capacidad de adaptación. Esta plasticidad se vuelve particularmente valiosa en contextos de crisis, donde los esquemas anteriores

dejan de ser eficaces y se requiere una reorganización interna para sostener el vínculo entre los miembros sin comprometer la identidad individual.

En vínculo con la forma en que los roles y las reglas se entrelazan en el seno familiar, la rigidez normativa y la sobreprotección emergen como patrones de interacción que, lejos de generar estabilidad, tienden a obstaculizar el desarrollo individual. La rigidez, entendida como la incapacidad del sistema para adaptarse a los cambios o flexibilizar sus límites, produce un entorno cerrado, resistente a la transformación, donde las normas se imponen de manera inflexible y donde las diferencias personales suelen ser anuladas por un ideal homogéneo de comportamiento. Minuchin advierte que esta fijación estructural limita la posibilidad de que cada miembro encuentre un espacio de expresión propio, afectando especialmente a los hijos durante etapas clave de construcción identitaria.

A partir de esta lógica, se vuelve notable cómo los sistemas rígidos suelen reproducir jerarquías estrictas y relaciones verticales en las que el poder está concentrado en una figura de autoridad incuestionable. Los hijos, en estos contextos, se ven compelidos a ajustarse a expectativas que muchas veces ignoran sus necesidades emocionales o su capacidad de autodirección. En lugar de promover la autonomía, el sistema sanciona la desviación, reduciendo el margen de error y dificultando la exploración personal. Esta dinámica puede generar cuadros de inseguridad, baja autoestima o rebeldía reactiva, en tanto la rigidez funciona como una barrera que impide el despliegue espontáneo de las habilidades individuales.

Cuando esta lógica se combina con prácticas de sobreprotección, el resultado es un sistema que aparenta cuidado, pero que, en el fondo, restringe. La sobreprotección, desde la perspectiva sistémica, implica una invasión del espacio personal de los hijos bajo la apariencia de afecto o preocupación constante. Los adultos, en estos casos, asumen decisiones que corresponderían al niño o adolescente, impidiendo el desarrollo de su capacidad para asumir riesgos, equivocarse o resolver conflictos por sí mismo. El sistema se convierte así en una red de contención que limita más de lo que acompaña. Minuchin señala que estos sistemas tienden a borrar las fronteras generacionales, dificultando la individuación y generando vínculos simbióticos poco saludables.

En esta estructura, la intención de evitar el sufrimiento se transforma en un obstáculo para la maduración psíquica. El niño aprende que el entorno resolverá por él cualquier dificultad, lo cual repercute de manera grave en su construcción subjetiva: disminuye su tolerancia a la frustración, reduce su capacidad de agencia y puede generar un apego excesivo a las figuras adultas. A nivel relacional, esto se traduce en una dependencia sostenida que interfiere en los procesos de diferenciación, clave para una adultez saludable. Desde la mirada sistémica, esta dificultad para establecer límites claros entre el yo y el otro responde a una falla en la estructuración de subsistemas bien definidos, lo que impide que el niño ocupe su lugar con legitimidad y autonomía.

Si se consideran los efectos a largo plazo, es posible observar que estos estilos parentales producen adultos que oscilan entre la sumisión y la necesidad constante de aprobación externa. La falta de experiencia en la toma de decisiones o en la resolución de conflictos por sí mismos se refleja, muchas veces, en dificultades para sostener vínculos equitativos o para afrontar desafíos sin colapsar emocionalmente. La psicología sistémica

propone entonces una mirada que no individualiza los síntomas, sino que los interpreta como expresiones de un sistema que ha quedado estancado, que no ha podido acompañar con flexibilidad el crecimiento de sus miembros y que sigue operando con reglas que ya no se ajustan a las necesidades presentes.

Desde esta perspectiva, tanto la rigidez como la sobreprotección se constituyen en patrones relacionales que impiden el movimiento interno del sistema. Su persistencia puede responder a experiencias no resueltas en generaciones anteriores, lo cual refuerza la transmisión intergeneracional de modelos disfuncionales. El temor a la pérdida, el duelo no elaborado o las propias inseguridades de los adultos pueden estar en la base de estos modos de vinculación. Minuchin destaca que solo a través de una lectura relacional es posible comprender cómo lo que parece un síntoma individual en realidad constituye un mensaje emitido por el sistema familiar en su totalidad.

Relación entre Parentalidad Autoritaria, ambivalente y TB1

Dentro del marco conceptual de la psicología sistémica, las modalidades de interacción parental se comprenden como configuraciones relacionales que trascienden la conducta individual del cuidador y se inscriben en una dinámica vincular que influye en la estructuración psíquica de los hijos. En este sentido, la parentalidad autoritaria y ambivalente, lejos de ser simples estilos de crianza, constituyen patrones comunicacionales que organizan el sistema familiar y sus subsistemas, definiendo jerarquías, límites y funciones que tienen implicancias directas en el desarrollo emocional del sujeto. Desde esta perspectiva, el trastorno bipolar tipo I (TB1) no se concibe como

una patología aislada, sino como una expresión sintomática que cobra sentido en el entramado de vínculos y mandatos familiares. La comprensión sistémica del TB1 propone entonces indagar cómo estas modalidades parentales, al mantener ciertos equilibrios disfuncionales, pueden convertirse en factores que inciden en la vulnerabilidad estructural del individuo frente a dicho trastorno.

La parentalidad autoritaria, caracterizada por una comunicación unidireccional, exigencia de obediencia rígida y escasa validación emocional, configura un entorno relacional marcado por el control jerárquico y la supresión de la expresión afectiva. Según autores como Minuchin (1974) y Haley (1980), esta modalidad se inscribe en estructuras familiares con límites rígidos y roles fuertemente definidos, donde la autonomía emocional del hijo queda inhibida por la constante vigilancia normativa.

Cuando estas configuraciones se sostienen en el tiempo, pueden producir un debilitamiento de los recursos internos de autorregulación afectiva, debido a la falta de experiencias de validación, negociación emocional y reconocimiento del deseo propio. Así, el desarrollo de un sistema psíquico escindido entre el deber y el sentir podría generar una predisposición a oscilaciones afectivas abruptas, como las observadas en los episodios maníacos y depresivos del TB1. En esta lógica, la parentalidad autoritaria no solo limita la emergencia de una subjetividad diferenciada, sino que, al mismo tiempo, contribuye a la cristalización de climas emocionales inestables, cuyas resonancias emergen con fuerza en el cuadro clínico del adulto diagnosticado.

A su vez, la modalidad autoritaria y ambivalente, evidencia la tendencia a invalidar la experiencia emocional del niño a través del control encubierto. Desde la

visión sistémica, esta forma de parentalidad suele corresponderse con estructuras familiares difusas, donde los límites generacionales se diluyen y el hijo es investido como centro de las tensiones familiares, impidiéndole construir un espacio propio de diferenciación. La sobreprotección, al impedir la exposición gradual a situaciones de frustración, riesgo o conflicto, interfiere en el desarrollo de estrategias autónomas de regulación emocional. Bateson (1972) sugiere que, en estos contextos, la paradoja comunicacional³ instala una confusión persistente en los vínculos, que puede devenir en un terreno fértil para la emergencia de trastornos graves del estado de ánimo. En este tipo de sistemas, el síntoma bipolar puede operar como una respuesta adaptativa a la tensión entre la necesidad de separación y la imposición de una simbiosis sostenida por la figura parental.

La presencia simultánea de rigidez normativa y sobreprotección genera una configuración doblemente restrictiva, donde la emoción queda atrapada entre la imposición de un deber ser y la vigilancia afectiva excesiva. Este encuadre dual compromete la capacidad de simbolización emocional, al limitar las oportunidades de error, reinterpretación y aprendizaje que permiten a la subjetividad articular sus afectos. En este contexto, la regulación emocional se ve perturbada por la dificultad para establecer una narrativa interna coherente, alimentando dinámicas oscilantes y desbordes afectivos.

³ Cuidar al otro impidiendo que se haga cargo de sí mismo

Según estudios como los de Fonagy y Target (2002), la mentalización⁴ se ve obstaculizada en entornos donde la experiencia emocional no es reconocida ni integrada, sino negada o interferida. El adulto que ha transitado por estos climas vinculares puede mostrar una escasa tolerancia a la ambivalencia, una percepción discontinua del sí mismo y una extrema sensibilidad a los cambios del entorno, condiciones que se alinean con los núcleos clínicos del TB1.

Al considerar el control parental como eje transversal de estas modalidades, se observa que tanto la imposición autoritaria como la contención autoritaria y ambivalente comparten una tendencia a desautorizar la experiencia subjetiva del hijo en nombre de un ideal normativo o protector. Desde el punto de vista sistémico, el control no se limita a la dimensión conductual, sino que se inscribe en un campo más amplio de regulación emocional y epistemológica del sistema familiar. Este control puede leerse como un mecanismo defensivo frente a la ansiedad generada por lo impredecible del crecimiento y la diferenciación, proyectando en el hijo las tensiones no resueltas del sistema. De este modo, el síntoma del TB1 en la adultez podría representar una forma de sostener el equilibrio familiar, expresando, mediante el exceso o el colapso afectivo, lo que no puede decirse ni tramitarse dentro del vínculo. La desregulación emocional que caracteriza al trastorno no emerge como un fenómeno aislado, sino como la cristalización de una trama vincular en la que el control, lejos de contener, desestructura.

Queda planteado así un escenario donde las prácticas parentales, más que simples estilos, se revelan como configuraciones afectivas que organizan el devenir emocional

⁴Capacidad de interpretar la conducta propia y ajena en términos de estados mentales

del sujeto, enmarcadas en sistemas familiares con mandatos, tensiones y alianzas específicas. Estas configuraciones, al limitar las posibilidades de autonomía emocional y de elaboración simbólica de la experiencia, incrementan el riesgo de que ciertos funcionamientos psíquicos, como los observados en el TB1, se consoliden como modos de existencia que responden al orden vincular, y no únicamente al funcionamiento neuroquímico individual.

Inconsistencia Parental y Vulnerabilidad Emocional

En sintonía con las formas de vinculación disfuncional abordadas previamente, la inconsistencia parental se configura como una de las expresiones más desestabilizadoras dentro del sistema familiar, especialmente en términos de regulación afectiva y estructuración psíquica. Esta modalidad se manifiesta a través de respuestas imprevisibles, cambios abruptos en las reglas de convivencia, y una variabilidad constante en el tono afectivo del vínculo.

Desde la perspectiva sistémica, dicha inconsistencia no se interpreta como un fenómeno aislado del progenitor, sino como un patrón relacional sostenido por dinámicas inconscientes y mandatos transgeneracionales que tiñen el funcionamiento del grupo familiar. Bowen (1978) señaló que la falta de coherencia emocional en las figuras parentales genera una intensa ambivalencia en los hijos, quienes no logran anticipar ni confiar en las respuestas del entorno, viéndose obligados a desarrollar estrategias adaptativas de hipervigilancia y contención interna frente a lo impredecible.

Al prolongarse en el tiempo, estos patrones vinculares inestables afectan de manera directa la constitución del self y los mecanismos de regulación emocional que se

gestan durante la infancia. Winnicott (1965) sostiene que el niño requiere una continuidad suficientemente buena en la respuesta del adulto para construir un sentimiento de existencia estable; cuando esta continuidad se ve fragmentada por conductas incoherentes, castigos impredecibles o alternancia entre cercanía y desinterés, el psiquismo infantil comienza a operar desde una lógica defensiva.

Esta respuesta no responde a una voluntad consciente, sino a la necesidad de preservar una imagen mínimamente segura del vínculo, aunque esta implique negar partes de sí mismo, reprimir necesidades o asumir un rol parental invertido. El resultado de este proceso puede derivar en una fragilidad emocional significativa que, en la adultez, se expresa como dificultad para tolerar la ambigüedad, alta reactividad afectiva o estados de ánimo fluctuantes, condiciones que han sido asociadas a diversas formas de sufrimiento psíquico, incluido el TB1.

Esta fragilidad se complejiza cuando la inconsistencia parental no opera únicamente en el plano afectivo, sino también en el nivel normativo, es decir, cuando los límites, los roles y las expectativas familiares se encuentran constantemente en disputa o sujetos a modificaciones repentinas. En estos contextos, el niño no logra identificar un marco estable que organice su conducta ni que le permita anticipar las consecuencias de sus actos, lo cual impacta directamente en su capacidad para autorregularse y establecer relaciones de confianza con el entorno.

La teoría del apego, particularmente en los desarrollos de Main y Solomon (1990), ha documentado cómo la exposición persistente a interacciones contradictorias genera patrones de apego desorganizado, caracterizados por una simultaneidad de búsqueda y

evitación de la figura cuidadora. Esta configuración vincular tiende a reaparecer en la adultez bajo formas de dependencia afectiva, conductas autodestructivas o búsqueda compulsiva de control, como estrategias para enfrentar una emocionalidad que no fue contenida ni significada en los primeros vínculos.

Desde un enfoque sistémico, esta ambivalencia instalada desde la infancia no se limita a un conflicto intrapsíquico, sino que actúa como un organizador de las futuras relaciones del sujeto con el entorno social. La incapacidad para anticipar respuestas estables por parte de los adultos significativos da lugar a un tipo de pensamiento relacional marcado por la incertidumbre, donde las experiencias interpersonales se viven con sospecha, hiperinterpretación o temor a la pérdida.

Esta sensibilidad se manifiesta con particular fuerza en contextos de alta exigencia emocional, como los que suelen activar episodios de descompensación en el TB1, en los cuales la percepción de inestabilidad o abandono puede detonar respuestas afectivas desproporcionadas o conductas de riesgo. LeDoux (1996), desde las neurociencias afectivas, ha señalado que los sistemas de alerta emocional desarrollan umbrales de reactividad aumentada cuando el entorno temprano ha sido caótico o inconsistente, facilitando respuestas intensas ante estímulos ambiguos o amenazantes.

En este marco, la adaptación psicosocial en la adultez se ve comprometida no por un déficit individual aislado, sino por una historia vincular en la que el sujeto aprendió a sobrevivir a partir de la oscilación y la ambigüedad. La dificultad para sostener relaciones laborales, afectivas o académicas de forma continuada puede entenderse entonces como un correlato directo de la exposición sostenida a contextos familiares inestables.

Desde el paradigma sistémico, esto obliga a repensar los síntomas adultos no como trastornos cerrados, sino como respuestas funcionales a una matriz vincular que los ha promovido, legitimado o silenciado. La ambivalencia temprana deja una huella que no solo afecta la subjetividad, sino también el modo en que el sistema familiar responde al sufrimiento del integrante que se manifiesta como portador del síntoma, reconfigurando alianzas, discursos y dinámicas en torno a la enfermedad.

Tipos de Apego en Pacientes Adultos con TBI

La teoría del apego ofrece un marco interpretativo valioso para comprender la forma en que ciertos estilos relacionales moldean la sensibilidad emocional y la percepción de seguridad afectiva a lo largo de la vida. Desde los desarrollos inaugurales de Bowlby (1969), se ha sostenido que el sistema de apego se activa ante situaciones de amenaza o inseguridad, y que el patrón con el cual se configuran las respuestas del cuidador genera modelos internos de funcionamiento interpersonal que tienden a repetirse en etapas posteriores. Esta construcción, leída desde una óptica sistémica, no representa un atributo individual sino una manifestación de las dinámicas vinculares y comunicacionales que rodean al sujeto desde sus primeros intercambios.

A medida que se profundizan las investigaciones sobre salud mental, emergen evidencias que vinculan directamente los estilos de apego inseguros con manifestaciones clínicas de desregulación afectiva, impulsividad y dificultades para sostener relaciones interpersonales estables. En particular, el apego evitativo ha sido asociado a una tendencia a minimizar la expresión emocional y a sostener una aparente autosuficiencia que puede

encubrir una experiencia de desamparo internalizado. En pacientes con TB1, esta configuración relacional puede adquirir una forma paradójica, en tanto el sujeto intenta sostener una imagen de control emocional mientras atraviesa episodios intensos de disforia o euforia, que desbordan su capacidad de contención interna. La tensión entre la necesidad de conexión afectiva y el temor a la dependencia se manifiesta entonces como uno de los núcleos más frecuentes en la vida vincular de quienes portan este diagnóstico.

En contraste, los estilos de apego ansioso o ambivalente suelen acompañarse de una constante búsqueda de validación, marcada por la urgencia afectiva y la percepción de abandono. Este patrón, cuando se enlaza con las fluctuaciones del estado de ánimo propias del TB1, contribuye a la construcción de relaciones caracterizadas por la intensidad, la inestabilidad y la dificultad para tolerar el distanciamiento o la frustración.

La desorganización afectiva que se observa en estos pacientes encuentra eco en las descripciones realizadas por Main y Hesse (1990), quienes sostuvieron que los sujetos con apego desorganizado tienden a alternar respuestas contradictorias ante la figura vincular, oscilando entre la atracción y el rechazo. Tal ambivalencia se intensifica en contextos donde la experiencia subjetiva no ha sido reconocida ni contenida, lo que contribuye a una mayor propensión al quiebre afectivo y a la emergencia de episodios psicopatológicos.

Desde el punto de vista sistémico, estos patrones de apego no deben interpretarse como etiquetas fijas, sino como productos relacionales que emergen en entornos familiares que no logran ofrecer una base segura. El foco, entonces, se desplaza de la psicopatología individual a las formas en que el sistema relacional organiza el afecto,

distribuye el cuidado y transmite, de manera explícita o tácita, las reglas de proximidad emocional. La presencia de figuras parentales emocionalmente erráticas, excesivamente demandantes o insensibles a las necesidades del niño, instala configuraciones vinculares en las que el apego seguro⁵ se ve obstaculizado. En este sentido, el diagnóstico de TB1 en la adultez podría entenderse como una manifestación extrema de un sistema emocional saturado por intentos fallidos de conexión y reparación afectiva.

Lo que aparece como un trastorno en el individuo, desde esta óptica, se vuelve expresión de un circuito afectivo en el que el síntoma bipolar funciona como una forma de respuesta o llamada frente a vínculos que no pudieron ser sostenidos en su complejidad. La polarización afectiva⁶ guarda resonancia con esos primeros intercambios afectivos vividos desde la inestabilidad, el rechazo, o la incoherencia emocional del entorno. La falta de un espejo confiable que devuelva la experiencia interna del niño convalidando su vivencia emocional no solo impide la estructuración de un self coherente, sino que también interfiere con el aprendizaje de estrategias para modular las propias emociones ante la pérdida, la frustración o la soledad.

Profundizando en la articulación entre los estilos de apego y la configuración psíquica del trastorno bipolar tipo I, diversos estudios empíricos y abordajes clínicos han documentado una vinculación persistente entre patrones de apego inseguros y la expresión de sintomatología bipolar en la adultez. Esta asociación no opera de manera directa ni lineal, sino que se manifiesta a través de un entramado de vivencias relacionales

⁵ Caracterizado por la confianza en la disponibilidad del otro

⁶ Entre la euforia expansiva y la desesperación depresiva

tempranas que interfieren en la consolidación de la regulación afectiva, generando vulnerabilidad frente a desbordes emocionales, dificultades en la simbolización del malestar y oscilaciones en la autoimagen. Desde esta perspectiva, el apego inseguro no es una causa única, sino un organizador significativo que condiciona la manera en que los individuos interpretan, tramitan y expresan sus estados internos ante situaciones de pérdida, exigencia o desconcierto.

A partir de esa observación clínica, se han identificado en pacientes con TB1 predominancias de estilos de apego caracterizados por altos niveles de ansiedad, necesidad de aprobación constante y miedo al rechazo. Estas configuraciones, descritas por Bartholomew y Horowitz (1991) en su tipología de apego adulto, suelen encontrarse con mayor frecuencia en el perfil ansioso-preocupado y, en menor medida, en el evitativo-despectivo, lo que sugiere que los extremos afectivos del trastorno pueden estar acompañados por estrategias vinculares polarizadas. En el primer caso, se observa una búsqueda intensa de cercanía emocional, aunque teñida de inseguridad, desconfianza y temor a ser abandonado. En el segundo, aparece una negación de la necesidad del otro, que convive con un malestar latente y un retraimiento afectivo que puede potenciar los episodios depresivos o acentuar la desconexión en las fases maniformes.

Lo llamativo en el estudio de estos patrones es que tienden a establecer una dinámica circular entre la activación del sistema de apego y la aparición de síntomas bipolares, especialmente durante las transiciones de fase. Cuando el sujeto experimenta un incremento de estrés interpersonal o la percepción de amenaza en los vínculos significativos, se activa la matriz vincular temprana que modela sus respuestas afectivas.

En quienes poseen un apego inseguro, dicha activación no se traduce en estrategias de regulación emocional eficaces, sino en reacciones desmedidas, impulsivas o confusas que pueden precipitar cambios en el estado de ánimo, desorganización conductual o alteraciones en el pensamiento. La inestabilidad afectiva no es, entonces, solo una expresión biológica, sino también una repetición de guiones vinculares internalizados que carecieron de sintonía emocional o de continuidad narrativa.

Este tipo de lectura, que integra el enfoque del apego con el campo de la psicopatología afectiva, ha sido respaldado por investigaciones recientes que utilizan entrevistas estructuradas y cuestionarios específicos para evaluar las representaciones del apego en población clínica. Entre los instrumentos más utilizados, el Adult Attachment Interview (AAI) y el Experiences in Close Relationships Scale (ECR) han permitido observar que los pacientes diagnosticados con TB1 presentan, en una proporción considerable, estilos de apego desorganizados, con relatos marcados por la incoherencia, las lagunas narrativas y la dificultad para integrar figuras parentales contradictorias. Este tipo de apego, caracterizado por la simultaneidad del deseo de proximidad y el temor al daño, se traduce en vínculos inestables, en los que el otro es percibido como impredecible, y en los que se alternan movimientos de fusión y rechazo sin una base afectiva sólida.

Lo anterior pone en cuestión la tendencia a reducir la clínica bipolar a una disfunción neuroquímica, pues sugiere que las experiencias vinculares tempranas no solo modelan la sensibilidad interpersonal, sino que también inciden sobre la estructura de las emociones y la narrativa del sí mismo. En este marco, la historia de apego no se limita a un antecedente relacional, sino que se configura como una trama activa que atraviesa el presente clínico y condiciona la respuesta del paciente ante los tratamientos, el modo en

que adhiere a los vínculos terapéuticos, y la forma en que comprende su malestar. Este entrecruzamiento entre memoria emocional y sintomatología refuerza la necesidad de abordajes terapéuticos que contemplen no solo el manejo farmacológico de los episodios, sino también la resignificación de las matrices vinculares que sostienen las oscilaciones afectivas.

El Trastorno Bipolar Tipo I: Definición y Caracterización

La comprensión del Trastorno Bipolar Tipo I representa un desafío clínico y teórico de notable relevancia dentro del campo de la salud mental, debido a su complejidad sintomatológica, su impacto en la funcionalidad de quienes lo padecen y su alta comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos. Esta condición se distingue por la presencia de episodios maníacos caracterizados por una alteración significativa del estado de ánimo y del nivel de actividad, que suele alternarse con fases depresivas de intensidad variable. La identificación precisa de este trastorno requiere una mirada rigurosa, que contemple tanto las clasificaciones nosológicas actuales como los múltiples factores que influyen en su aparición y evolución.

Desde una perspectiva diagnóstica, el Trastorno Bipolar Tipo I ha sido delimitado con mayor claridad en las últimas décadas a partir de los manuales internacionales, como el DSM-5 y la CIE-11, que establecen criterios específicos para su diferenciación respecto de otras afecciones del estado de ánimo. No obstante, más allá de las definiciones formales, su caracterización implica reconocer la heterogeneidad con la que se presenta

en la práctica clínica, donde los síntomas pueden expresarse de forma atípica y coexistir con otros trastornos, generando importantes dificultades en la evaluación y el tratamiento.

Esta complejidad se potencia al considerar los factores implicados en su etiología. Las investigaciones contemporáneas en neurociencias han aportado evidencia consistente sobre la implicación de mecanismos genéticos, alteraciones en la regulación de neurotransmisores y modificaciones estructurales en áreas cerebrales vinculadas al control emocional. A su vez, estas vulnerabilidades biológicas interactúan con variables ambientales como el estrés, las experiencias tempranas adversas o los eventos vitales significativos, configurando un entramado multifactorial que incide en la aparición y el curso del trastorno.

En esa línea, las recaídas frecuentes, las fases mixtas o la resistencia a los tratamientos convencionales son elementos que complejizan el seguimiento a largo plazo, exigiendo una atención clínica continua y estrategias terapéuticas ajustadas a las singularidades de cada paciente.

Definición y Criterios Diagnósticos

Comprender el Trastorno Bipolar Tipo I exige considerar su carácter clínico distintivo dentro del espectro de los trastornos del estado de ánimo. Esta condición se define por la presencia de al menos un episodio maníaco que puede estar precedido o seguido por episodios depresivos mayores. Según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, la manía se manifiesta como un periodo claramente delimitado de ánimo anormal y persistentemente elevado,

expansivo o irritable, que se acompaña de un incremento notorio en la actividad dirigida a objetivos o en la energía general, con una duración mínima de una semana o cualquier duración si se requiere hospitalización (American Psychiatric Association, 2013). Este episodio marca el núcleo del diagnóstico y permite diferenciarlo de otras formas de bipolaridad.

A medida que se profundiza en los criterios diagnósticos, adquiere relevancia la evaluación de los síntomas que acompañan al episodio maníaco. Durante este periodo, deben estar presentes al menos tres síntomas adicionales⁷ entre los que se incluyen la autoestima inflada o grandiosidad, la disminución de la necesidad de dormir, el aumento de la locuacidad, la fuga de ideas, la distracción, la intensificación de actividades orientadas a metas y la implicación excesiva en actividades placenteras de alto riesgo (APA, 2013). Estas manifestaciones deben provocar un deterioro notable en el funcionamiento social o laboral del individuo, o requerir hospitalización para prevenir daños a sí mismo o a otros. La inclusión de estos criterios busca delimitar la magnitud del trastorno, diferenciándolo de fluctuaciones emocionales comunes o de otros cuadros clínicos.

Desde una perspectiva diagnóstica, el trastorno se diferencia de los episodios hipomaníacos⁸ por la intensidad y duración del episodio maníaco. Mientras que la hipomanía no compromete de manera grave el funcionamiento diario, la manía sí lo hace, pudiendo incluso generar episodios psicóticos, lo que exige una mayor intervención

⁷ O cuatro si el estado de ánimo se limita a la irritabilidad

⁸ Presentes en el Trastorno Bipolar Tipo II

clínica (Grande et al., 2016). Esta distinción tiene implicancias sustanciales en la formulación del tratamiento y en la comprensión de la evolución del cuadro, ya que el pronóstico puede variar significativamente dependiendo del tipo de episodios predominantes.

En relación con las características temporales, el trastorno bipolar tipo I no impone como requisito la presencia de episodios depresivos mayores, aunque estos suelen darse con alta frecuencia a lo largo del curso clínico del trastorno. Cuando aparecen, estos episodios deben cumplir con los criterios establecidos para un episodio depresivo mayor, con una duración mínima de dos semanas, e incluyen síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés, alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades de concentración e ideación suicida (Goodwin y Jamison, 2007). Esta dimensión depresiva complejiza el diagnóstico, al entrecruzarse con síntomas que también pueden observarse en otros trastornos afectivos, lo cual demanda una evaluación clínica minuciosa y contextualizada.

Al considerar la presentación clínica del TB1, resulta conveniente mencionar que la sintomatología puede variar ampliamente entre individuos e incluso dentro de un mismo sujeto a lo largo del tiempo. Factores como la edad de inicio, la presencia de comorbilidades psiquiátricas o médicas, el entorno social, los antecedentes familiares y la adherencia al tratamiento influyen de manera considerable en el curso y la manifestación del trastorno (Berk et al., 2011). Esta variabilidad clínica refuerza la necesidad de una evaluación diagnóstica rigurosa, que incluya entrevistas estructuradas, análisis longitudinal de los síntomas y la colaboración de familiares o referentes cercanos.

Dentro del enfoque clasificatorio, se ha señalado que el diagnóstico del Trastorno Bipolar Tipo I no solo se basa en la observación de los síntomas actuales, sino también en la reconstrucción detallada de los episodios pasados. El diagnóstico retrospectivo de episodios maníacos⁹ puede representar un desafío clínico notable, especialmente cuando los recuerdos del episodio son vagos o distorsionados debido a la naturaleza del estado anímico alterado (Judd et al., 2003). Esta complejidad obliga a recurrir a diversas fuentes de información y a considerar aspectos históricos, lo cual permite lograr una conceptualización diagnóstica más robusta.

Aunque el DSM-5 sigue siendo el referente principal para la identificación del TB1, otras clasificaciones, como la CIE-11 propuesta por la Organización Mundial de la Salud, también ofrecen criterios diagnósticos que contribuyen a una comprensión complementaria del trastorno. En esta clasificación, se subraya igualmente la presencia de manía como condición sine qua non del diagnóstico, aunque se introduce una mayor apertura a la evaluación cultural y contextual del comportamiento anímico (OMS, 2019). Esta inclusión de la dimensión cultural se torna particularmente valiosa en contextos donde las expresiones emocionales pueden estar influenciadas por normas sociales, valores comunitarios o sistemas de creencias.

La identificación temprana del Trastorno Bipolar Tipo I adquiere un carácter preponderante en tanto permite reducir los riesgos asociados al retraso en el tratamiento, como el deterioro funcional crónico, el uso de sustancias y las hospitalizaciones recurrentes. La presentación inicial del trastorno, especialmente cuando aparece en la

⁹ Particularmente si no fueron tratados o malinterpretados

adolescencia o adultez temprana, puede ser confundida con otras entidades clínicas como el trastorno límite de la personalidad o cuadros psicóticos breves, lo que lleva a diagnósticos erróneos o tratamientos inadecuados (Post et al., 2008). Por ello, una delimitación precisa de los criterios diagnósticos no solo tiene implicancias descriptivas, sino también preventivas y terapéuticas.

Al explorar el lugar del Trastorno Bipolar Tipo I dentro del conjunto de los trastornos del estado de ánimo, se hace necesario detenerse en las distinciones que lo separan de condiciones clínicas que pueden presentar síntomas similares pero que obedecen a dinámicas psicopatológicas distintas. Entre ellas, destacan particularmente el Trastorno Bipolar Tipo II, el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Ciclotímico, cuyas expresiones emocionales, curso clínico y consecuencias funcionales difieren en aspectos sustanciales (APA, 2013).

A diferencia del Trastorno Bipolar Tipo II, el cual se caracteriza por episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco, el Tipo I incluye necesariamente un episodio maníaco completo. Esta diferencia no radica solamente en la intensidad de los síntomas, sino también en su capacidad para generar deterioro funcional, requerir hospitalización o provocar síntomas psicóticos (Goodwin y Jamison, 2007). Mientras que la hipomanía suele mantenerse en un plano de mayor funcionalidad y no representa un riesgo agudo para el paciente, la manía del TB1 puede alcanzar niveles de desorganización conductual que comprometen profundamente la vida cotidiana. Esta característica constituye un punto de ruptura en la evaluación clínica inicial.

A partir de esta diferencia, se observa que la duración y las consecuencias conductuales del episodio son determinantes para la clasificación diagnóstica. El episodio maníaco debe durar al menos siete días, mientras que la hipomanía puede durar apenas cuatro, y suele estar acompañada por una percepción subjetiva de bienestar, creatividad o incremento de la productividad (Grande et al., 2016). Esta forma más atenuada de alteración anímica, aunque relevante, no altera la percepción de realidad de forma tan abrupta como sí lo hace la manía, en la que pueden presentarse delirios, alucinaciones o un nivel de impulsividad descontrolada. Esta diferencia cualitativa cobra importancia clínica cuando se diseñan estrategias de intervención farmacológica o psicoterapéutica.

Por otro lado, el Trastorno Depresivo Mayor se configura exclusivamente por la presencia de episodios depresivos sin antecedentes de manía o hipomanía, lo cual lo aleja estructuralmente del trastorno bipolar tipo I. La depresión unipolar suele caracterizarse por una tristeza profunda, anhedonia, fatiga persistente, alteraciones del sueño y sentimientos de inutilidad, con una estabilidad relativa del estado de ánimo entre episodios (Parker et al., 2006). En contraste, el curso episódico del TB1 alterna entre estados de ánimo elevados o irascibles y periodos depresivos intensos, generando un patrón de inestabilidad emocional más abrupto y con mayor variabilidad temporal. Esta oscilación añade una capa compleja al abordaje clínico, que debe contemplar no solo el tratamiento de la depresión sino también la prevención de recaídas maníacas.

Si se considera el Trastorno Ciclotímico, se encuentra un cuadro que comparte con el TB1 la variabilidad del estado de ánimo, aunque lo hace de forma mucho más tenue y prolongada. Esta condición se manifiesta a través de numerosos periodos de síntomas hipomaníacos y depresivos que no cumplen con los criterios completos para manía o

depresión mayor, y su duración debe extenderse por al menos dos años en adultos (APA, 2013). Aunque ambas condiciones pueden generar dificultades en la regulación afectiva, el Ciclotímico presenta una línea de base menos disruptiva, lo cual puede dificultar su detección temprana. En comparación con el TB1, esta diferencia diagnóstica pone en juego estrategias distintas de seguimiento clínico y de intervención psicosocial.

También debe considerarse que el Trastorno Esquizoafectivo puede, en ocasiones, confundirse con el Trastorno Bipolar Tipo I, especialmente cuando los episodios maníacos incluyen síntomas psicóticos. No obstante, la diferenciación entre ambos se apoya en la temporalidad de los síntomas: en el esquizoafectivo, los síntomas psicóticos persisten incluso en ausencia de alteraciones del estado de ánimo, mientras que en el TB1 los fenómenos psicóticos aparecen exclusivamente en el contexto de un episodio afectivo (Malhi et al., 2020). Esta distinción es determinante para el diagnóstico diferencial, ya que la presencia continua de síntomas psicóticos modificaría tanto el pronóstico como el plan terapéutico.

Dentro de esta constelación de diagnósticos posibles, la precisión en la distinción entre el Trastorno Bipolar Tipo I y otras entidades clínicas no solo depende de los síntomas observables, sino también de una evaluación longitudinal del curso del trastorno, la historia personal y familiar del paciente, y su respuesta a tratamientos anteriores. En la práctica clínica, estas diferencias no siempre se manifiestan de forma nítida, lo cual convierte la entrevista diagnóstica en una herramienta de especial valor (Zimmerman et al., 2012). La comprensión de estas sutiles divergencias permite afinar los procesos de identificación diagnóstica y reducir los márgenes de error, que pueden llevar a prescripciones inadecuadas o al empeoramiento del estado general del paciente.

Al revisar los sistemas de clasificación psiquiátrica más influyentes a nivel internacional, el Trastorno Bipolar Tipo I aparece descrito con algunas diferencias formales que, sin embargo, comparten una estructura diagnóstica centrada en el reconocimiento del episodio maníaco como evento definitorio. Tanto el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM-5), como la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, undécima edición (CIE-11), coinciden en otorgarle un lugar distintivo dentro de los trastornos del estado de ánimo, aunque cada sistema introduce matices conceptuales y operativos propios.

Desde la perspectiva del DSM-5, el diagnóstico del TBP1 requiere al menos un episodio maníaco durante la vida del paciente, sin necesidad de que haya existido un episodio depresivo mayor. Este episodio debe durar un mínimo de siete días o menos si la persona ha sido hospitalizada, y debe implicar una alteración notoria en el estado de ánimo, caracterizada por euforia, expansividad o irritabilidad persistente, acompañada por un aumento anormal de la actividad dirigida a objetivos o de la energía (APA, 2013). Además, durante ese periodo, deben estar presentes al menos tres síntomas adicionales¹⁰ tales como grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, fuga de ideas, distracción fácil, participación excesiva en actividades riesgosas o impulsivas, entre otros.

A partir de estos criterios, el manual establece que la alteración debe ser suficientemente grave como para causar deterioro significativo en lo social, laboral o interpersonal, o requerir hospitalización para prevenir daños. También se contempla la posibilidad de que aparezcan síntomas psicóticos durante el episodio maníaco, lo cual

¹⁰ O cuatro si el estado de ánimo es únicamente irritable

modifica el curso clínico y tiene implicancias en el diagnóstico diferencial. El DSM-5 distingue cuidadosamente entre episodios maníacos y otros estados afectivos menos intensos, como la hipomanía o la ciclotimia, mediante descripciones operativas que permiten una evaluación sistemática del episodio según su duración, intensidad, y consecuencias funcionales.

Siguiendo esta línea de análisis, la CIE-11 conserva la esencia del diagnóstico del Trastorno Bipolar Tipo I, aunque propone una organización algo distinta, más centrada en la secuencia temporal y en el patrón episódico del trastorno. Según este sistema, para establecer el diagnóstico se requiere la presencia de uno o más episodios maníacos, que se definen como un periodo de ánimo expansivo, exaltado o irritable acompañado por un incremento marcado en los niveles de actividad o energía. Esta etapa debe prolongarse al menos varios días consecutivos y mostrar una intensidad suficiente como para interferir en la vida cotidiana del individuo, o bien exigir hospitalización (OMS, 2019). La CIE-11 también permite registrar subcategorías específicas según el episodio actual (maníaco, depresivo, mixto o en remisión) y la presencia o ausencia de síntomas psicóticos.

En contraste con el DSM-5, la CIE-11 presta especial atención al curso longitudinal del trastorno, incluyendo descripciones más detalladas sobre la evolución de los episodios y el grado de recuperación funcional entre ellos. Esto permite al clínico documentar no sólo la presencia del episodio maníaco, sino también los intervalos de eutimia y el impacto acumulado del trastorno en la trayectoria vital del paciente. Este enfoque resulta particularmente valioso para la planificación del tratamiento a largo plazo, así como para el seguimiento en contextos de atención continua.

En términos operativos, ambos sistemas coinciden en que el episodio maníaco debe incluir alteraciones de ánimo y energía acompañadas por síntomas conductuales y cognitivos, aunque la CIE-11 prioriza un lenguaje menos técnico y más accesible para su aplicación en contextos sanitarios diversos. Esta diferencia no implica una menor rigurosidad clínica, sino una adecuación a sistemas de salud donde el diagnóstico puede estar en manos de equipos con distintos niveles de formación especializada. Por ello, la CIE-11 busca facilitar el reconocimiento de los síntomas centrales sin perder de vista su impacto funcional y su evolución temporal.

De esta manera, tanto el DSM-5 como la CIE-11 coinciden en considerar el episodio maníaco como un criterio insoslayable para el diagnóstico del TBP1, aunque cada sistema ajusta su estructura al marco teórico y clínico sobre el cual se sustenta. Estas variaciones, lejos de contradecirse, enriquecen la comprensión del trastorno desde diferentes aproximaciones diagnósticas, lo que permite una mayor flexibilidad en la aplicación de criterios según el contexto clínico y geográfico en el que se desarrollan las evaluaciones.

Factores de Riesgo y Neurobiología del TBP1

Desde una perspectiva contemporánea, el abordaje del Trastorno Bipolar tipo 1 ha evolucionado hacia una mirada integradora que contempla tanto los factores de riesgo como las bases neurobiológicas que intervienen en su manifestación. La investigación acumulada durante las últimas décadas ha permitido identificar con claridad el peso que tienen los antecedentes familiares en la probabilidad de desarrollar esta condición, lo cual

posiciona a la carga genética como un elemento preponderante en la predisposición individual. Estudios epidemiológicos han mostrado que el riesgo de presentar TB1 se incrementa de forma notable cuando existen familiares de primer grado con el mismo diagnóstico, lo que sugiere una transmisión hereditaria que sigue un patrón complejo y poligénico (Merikangas et al., 2011).

En esta misma línea, los avances en genética molecular han permitido identificar diversos loci y variantes genéticas que estarían asociadas con la aparición del TB1, aunque la expresión del trastorno no depende de un solo gen, sino de la interacción de múltiples factores genéticos que afectan rutas neurobiológicas específicas. Investigaciones recientes destacan la implicancia de genes como CACNA1C, ANK3 y ODZ4, vinculados al funcionamiento sináptico, la regulación del calcio intracelular y la plasticidad neuronal (Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013). Estas asociaciones genéticas no son determinantes por sí solas, pero configuran un terreno propicio sobre el cual los factores ambientales pueden ejercer una influencia decisiva.

En paralelo al análisis genético, el estudio de la neurobiología del TB1 ha permitido caracterizar alteraciones estructurales y funcionales en diversas áreas del cerebro, especialmente aquellas involucradas en la regulación emocional, la motivación y el control ejecutivo. Las neuroimágenes han revelado diferencias en el volumen y la conectividad de regiones como la corteza prefrontal dorsolateral, la amígdala, el hipocampo y los ganglios basales (Phillips y Swartz, 2014). Estas estructuras forman parte de circuitos neuronales que modulan los estados afectivos y la respuesta al estrés,

lo que explicaría en parte la intensidad de las fluctuaciones emocionales y los cambios en el nivel de energía que caracterizan a los episodios maníacos.

Sumado a estas observaciones, la investigación neuroquímica ha identificado desequilibrios significativos en los sistemas de neurotransmisión, en particular aquellos que involucran a la dopamina, la serotonina y el glutamato. Durante las fases maníacas, por ejemplo, se ha documentado un aumento en la actividad dopaminérgica, lo cual podría estar relacionado con los estados de euforia, grandiosidad e impulsividad que suelen presentarse en el curso clínico del TB1 (Berk et al., 2007). A su vez, las alteraciones en la neurotransmisión glutamatérgica podrían contribuir a la disfunción cognitiva observada en muchos pacientes, incluso en períodos de remisión sintomática.

En estrecha correspondencia con las alteraciones estructurales previamente señaladas, se ha consolidado un cuerpo de evidencia que apunta a una notable disrupción en los sistemas neuroquímicos implicados en el trastorno bipolar tipo I (TB1). Esta disfunción trasciende el nivel de los neurotransmisores clásicos, como la dopamina y la serotonina, abarcando también mecanismos post-receptores que inciden directamente en la transmisión sináptica y en la plasticidad neuronal. Investigaciones recientes han destacado que la comprensión del TB1 requiere integrar hallazgos moleculares y celulares que expliquen las expresiones clínicas del trastorno, particularmente las fluctuaciones en el estado de ánimo y las alteraciones neurovegetativas que acompañan a los episodios maníacos y depresivos (Berk et al., 2007; Phillips y Swartz, 2014).

A partir de estos hallazgos, se ha sugerido que la complejidad sintomática del TB1 puede ser interpretada como el resultado de una interacción anómala entre sistemas

neurotransmisores y circuitos cerebrales específicos. La investigación contemporánea ha puesto especial atención en la disfunción de las vías monoaminérgicas, cuya organización y distribución en el sistema límbico explican, en parte, las alteraciones del sueño, la regulación emocional, el apetito y la conducta motivacional características del cuadro clínico.

Estudios postmortem y análisis del líquido cefalorraquídeo han revelado un aumento significativo en el recambio noradrenérgico durante las fases maníacas, mientras que los estados depresivos se asocian con una disminución en los niveles de metabolitos como el MHPG (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol), tanto en plasma como en orina (Miller et al., 2006; Papadimitriou et al., 2013). Esta variación dinámica sugiere que el sistema noradrenérgico cumple una función reguladora relevante en la oscilación de los episodios afectivos.

En este mismo contexto, se han documentado alteraciones en la sensibilidad de receptores adrenérgicos, particularmente los subtipos α_2 y β_2 , los cuales modulan funciones ejecutivas, reactividad emocional y respuesta al estrés. Esta sensibilidad alterada podría estar relacionada con la hiperreactividad afectiva y la impulsividad que definen los períodos de manía.

De manera complementaria, estudios genéticos han identificado polimorfismos en enzimas como la tirosina hidroxilasa y la catecol-O-metiltransferasa, que participan en la síntesis y degradación de aminas biógenas, como posibles moduladores de la vulnerabilidad al desarrollo del TB1 (Craddock y Sklar, 2013). Aun cuando estos

hallazgos deben ser replicados y validados en poblaciones más amplias, aportan una base para comprender la diversidad fenotípica del trastorno.

A la par del sistema noradrenérgico, la investigación en neurociencias ha dirigido su atención hacia las consecuencias de la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), considerando su impacto sobre los ritmos circadianos y los mecanismos de respuesta al estrés. Se ha propuesto que las anomalías en este eje endocrino podrían amplificar la inestabilidad emocional y la reactividad fisiológica ante estímulos ambientales, aspectos que intensifican la expresión sintomática del TB1.

El patrón de secreción de cortisol, así como la sensibilidad de los receptores glucocorticoides en el hipocampo y la corteza prefrontal, se ha visto comprometido, lo que interfiere con los procesos de regulación homeostática del estado de ánimo (Watson et al., 2004). Esta interacción entre factores neuroendocrinos y neurotransmisores compone un entramado patofisiológico de alta complejidad.

En paralelo, la investigación en biología molecular ha comenzado a identificar ciertas proteínas implicadas en la señalización intracelular como potenciales blancos terapéuticos. Entre ellas se encuentran aquellas involucradas en las cascadas del calcio, la activación de segundos mensajeros y la fosforilación de proteínas, procesos esenciales para la plasticidad sináptica y la memoria celular. Estas vías intracelulares, frecuentemente afectadas por productos génicos alterados, estarían relacionadas con la dificultad para estabilizar los circuitos afectivos una vez que se activan de manera disfuncional (Kato, 2007). Lo que se perfila es un modelo que combina disfunción sináptica, cambios estructurales y vulnerabilidad genética en un sistema interconectado.

Desde esta perspectiva, la desregulación neuroanatómica también cobra relevancia al considerar cómo las estructuras cerebrales afectadas participan activamente en la integración de la información emocional y la toma de decisiones. La interacción entre el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal dorsolateral ha sido ampliamente documentada en estudios de neuroimagen funcional, que evidencian patrones atípicos de conectividad durante las fases activas del trastorno (Phillips y Swartz, 2014).

Estos hallazgos permiten articular la alteración de las redes neuronales con los síntomas conductuales observables, proponiendo una lectura más integral del TB1 desde una perspectiva bio-psico-social.

Aun dentro de este entramado neurobiológico, las investigaciones actuales sugieren que uno de los desafíos más importantes es integrar estos datos a distintos niveles de análisis: molecular, celular, de sistemas y conductual. Tal integración no solo permitiría avanzar en la comprensión del origen multifactorial del TB1, sino también perfeccionar las intervenciones clínicas, apuntando a blancos terapéuticos más específicos y personalizados. La conexión entre la desregulación neuroquímica y neuroanatómica se vuelve así un eje clave para entender no solo la manifestación clínica del trastorno, sino también su evolución, curso y respuesta al tratamiento.

Factores ambientales en la aparición del trastorno

Dentro de los múltiples elementos que inciden en la emergencia de los trastornos psiquiátricos, los factores ambientales ocupan un lugar relevante por su capacidad de interactuar con componentes genéticos, epigenéticos y sociales. Estos factores hacen

referencia a las condiciones del entorno físico, social y biológico que rodean al individuo a lo largo de su vida, influyendo en su salud mental y emocional. No obstante, la delimitación categórica de estos aspectos puede resultar ambigua, ya que muchas veces se solapan con otras dimensiones del desarrollo humano, como los eventos traumáticos o las experiencias adversas tempranas.

Un ejemplo ilustrativo de esta superposición es el tabaquismo materno durante el embarazo, que puede ser comprendido tanto como un agente ambiental como un suceso estresante para el feto en formación. Esta complejidad semántica y conceptual dificulta la construcción de clasificaciones sistemáticas, dado que diversos factores se presentan en simultaneidad o desde múltiples perspectivas.

En este entramado, las infecciones virales han sido objeto de atención debido a su impacto potencial sobre el neurodesarrollo fetal y las trayectorias psicopatológicas. Investigaciones como las de Canetta et al. 2014 señalaron una asociación entre la exposición prenatal a la gripe y un riesgo aumentado de presentar trastorno bipolar con síntomas psicóticos, lo cual sugiere una incidencia diferenciada según el perfil clínico del trastorno. Del mismo modo, el estudio de Parboosing 2013 et al. indicó una correlación entre la infección gestacional por influenza y un incremento del riesgo de trastorno bipolar en general, independientemente del componente psicótico. Sin embargo, estos hallazgos no se replicaron en los trabajos de Pang ni Mortensen 2017, lo que introduce incertidumbre en las interpretaciones causales. Estas discrepancias metodológicas obligan a considerar el contexto de cada estudio, como la heterogeneidad de las muestras o el momento de exposición, lo cual podría incidir de manera significativa en los resultados obtenidos.

Al observar el impacto de las infecciones virales en etapas posteriores de la vida, los hallazgos disponibles son más limitados y, en ciertos casos, contradictorios. El análisis realizado por Okusaga et al. 2011 examinó la relación entre la presencia de anticuerpos frente a coronavirus e influencias A y B con trastornos del estado de ánimo. Sus datos señalaron una vinculación entre estas infecciones y el trastorno depresivo mayor, aunque no se encontró una asociación significativa con el trastorno bipolar.

De manera particular, la influenza B se vinculó con antecedentes de intentos suicidas y con síntomas psicóticos, lo que podría estar reflejando un patrón específico dentro de la constelación de síntomas afectivos. La baja cantidad de participantes y la naturaleza epidémica de las infecciones deben ser considerados al valorar estos resultados, ya que limitan la generalización de las conclusiones y requieren ser interpretados con prudencia.

Otro agente ambiental de relevancia es el parásito *Toxoplasma gondii*, cuya influencia sobre el metabolismo de la dopamina ha despertado el interés por su posible relación con alteraciones neuropsiquiátricas. La seroprevalencia de toxoplasmosis en personas con diagnóstico de trastorno bipolar ha sido mayor que en los controles, con odds ratios que oscilan entre 2.17 y 3, según diversos estudios. Sin embargo, los trabajos revisados no indagan en la evolución clínica del trastorno ni en la presencia de síntomas específicos como la psicosis o la ideación suicida. Uno de los pocos aportes en este sentido fue el de Yagmur et al., 2011 que halló una mayor frecuencia de anticuerpos en personas con antecedentes de intentos suicidas, aunque sin precisar la naturaleza diagnóstica de estas personas. Esta ausencia de especificidad limita la posibilidad de

establecer relaciones claras entre la toxoplasmosis y formas concretas de trastornos del estado de ánimo.

En cuanto al tabaquismo materno durante la gestación, su posible influencia sobre el desarrollo psicopatológico ha sido objeto de diversas investigaciones. Estudios como el de Ekblad et al. 2013 evidenciaron un aumento del riesgo de trastornos psiquiátricos en general, exceptuando la esquizofrenia y la anorexia nerviosa. En lo que refiere específicamente al trastorno bipolar, los hallazgos son aún escasos y no completamente consistentes.

Mientras que Talati et al. 2015 encontraron un riesgo doble de desarrollar esta afección en hijos de madres fumadoras, otros trabajos sugieren que el riesgo podría estar condicionado por factores como la cantidad de cigarrillos consumidos o la historia familiar psiquiátrica. Por ejemplo, Ekblad 2013 observó una relación dosis-respuesta en el riesgo de trastornos del estado de ánimo, pero este patrón no fue confirmado por Chudal et al., cuyo análisis no mantuvo significancia estadística luego de ajustar por antecedentes familiares. Estas diferencias metodológicas subrayan la necesidad de considerar múltiples variables contextuales al interpretar estos resultados.

Entre los factores ambientales de origen perinatal, las complicaciones en el nacimiento también han sido investigadas, aunque con menor profundidad. Algunas evidencias sugieren que el parto por cesárea planificada podría incrementar el riesgo de trastorno bipolar en la descendencia en comparación con el parto natural. Sin embargo, otros estudios, como los de Baño 2014 et al., no hallaron asociación significativa entre este tipo de parto y el desarrollo de la enfermedad.

Tampoco se han establecido vínculos sólidos con indicadores como el peso al nacer o la edad gestacional, aunque el parto prematuro sí fue relacionado en un estudio con mayor riesgo de desarrollar trastorno bipolar. La escasez de investigaciones centradas en el curso clínico del trastorno tras complicaciones obstétricas limita una comprensión integral de su impacto a largo plazo, dejando abiertas múltiples interrogantes en este campo.

Una dimensión adicional que ha sido explorada es la relacionada con las condiciones climáticas y su variabilidad estacional. Existe una línea de estudios que sostiene que las fluctuaciones en la luz solar, la temperatura y las estaciones influyen en la regulación del estado de ánimo, particularmente en el caso del trastorno bipolar. Se ha observado que los episodios maníacos tienden a concentrarse en primavera y verano, mientras que las depresiones tienen mayor prevalencia en invierno y primavera.

Esta oscilación sugiere una posible sensibilidad del sistema nervioso a los cambios en la duración de la exposición solar, lo que podría alterar los ritmos circadianos y desencadenar episodios afectivos. Incluso se ha propuesto que los pacientes con trastorno bipolar que presentan patrones estacionales tienden a tener un curso clínico más grave. Sin embargo, los efectos de la luz artificial y las diferencias individuales en la regulación circadiana pueden modificar esta relación, introduciendo matices en su interpretación.

Estas observaciones se ven reforzadas por el impacto terapéutico de la fototerapia en diversos trastornos del estado de ánimo, lo que indicaría una conexión fisiológica entre la exposición lumínica y el equilibrio emocional. No obstante, existen discrepancias en

cuanto al perfil de pacientes más afectados por los cambios climáticos: mientras algunos estudios apuntan a una mayor vulnerabilidad en mujeres, otros identifican una sensibilidad estacional más marcada en varones, particularmente en aquellos con características psicóticas o con antecedentes de consumo de sustancias. Esta divergencia sugiere que la interacción entre clima y trastornos afectivos puede estar mediada por múltiples variables sociodemográficas y clínicas, que aún requieren ser analizadas en mayor profundidad para esclarecer sus implicancias en la evolución del trastorno bipolar.

Por otro lado, otro de los factores considerados ambientales es el trauma infantil, el cual ha sido ampliamente documentado como un antecedente frecuente en individuos que desarrollan este trastorno. Aunque no todos los pacientes con antecedentes de trauma cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático (TEPT), se ha estimado que hasta la mitad de las personas con trastorno bipolar han atravesado experiencias traumáticas durante su infancia.

Esta vivencia temprana, incluso en ausencia de TEPT formalmente diagnosticado, se asocia con múltiples alteraciones en el curso clínico, como la edad más temprana de aparición, un mayor número de episodios a lo largo de la vida, mayor probabilidad de ciclaje rápido, síntomas psicóticos, y conductas suicidas. Asimismo, el trauma infantil incrementa el riesgo de abuso de sustancias y se manifiesta de forma diferenciada según el género, con una mayor severidad clínica observada en mujeres, quienes reportan con mayor frecuencia experiencias traumáticas durante la niñez.

En términos cualitativos, los tipos de trauma más frecuentes incluyen el abuso físico, el abuso sexual, así como el abuso emocional y la negligencia, siendo estos últimos

los más prevalentes, aunque también los menos visibilizados en los estudios debido a su dificultad de detección mediante instrumentos de autorreporte. A nivel biológico, las experiencias traumáticas en etapas tempranas de la vida se han relacionado con alteraciones neurobiológicas, tales como la disminución del BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro), disfunción del eje hipotalámico–pituitario–adrenal (HPA), modificaciones epigenéticas en genes relacionados con la respuesta al estrés y el envejecimiento celular acelerado, evidenciado por la reducción en la longitud de los telómeros. Estas modificaciones reflejan la profunda huella que el trauma infantil puede dejar sobre el sistema neuroendocrino e inmune, predisponiendo a la persona a una mayor vulnerabilidad psicopatológica a lo largo de la vida.

Otro factor ambiental que influye en el desarrollo y evolución del trastorno bipolar es la exposición a eventos vitales estresantes. Estos eventos pueden ser tanto esperados como inesperados y abarcan desde pérdidas significativas hasta cambios abruptos en el entorno personal o profesional. La teoría del “zeitgeber social” sugiere que las alteraciones en los ritmos sociales¹¹ pueden perturbar los ritmos circadianos biológicos, influyendo así sobre la estabilidad del estado de ánimo. La evidencia empírica indica que una alta carga de eventos vitales puede acelerar la aparición del primer episodio afectivo y contribuir a una mayor recurrencia del trastorno. En particular, la exposición a múltiples eventos negativos en un corto período de tiempo se relaciona con una mayor probabilidad de recaídas.

¹¹ Como la interrupción de rutinas diarias, aislamiento o cambios en la interacción interpersonal

Aun así, la relación entre eventos vitales y episodios afectivos no siempre es directa. Algunos estudios sugieren que los eventos positivos y los logros personales también pueden precipitar episodios maníacos, mientras que las pérdidas significativas o enfermedades físicas tienden a asociarse más con episodios depresivos. Además, el impacto de estos eventos parece ser mayor en las primeras fases del trastorno, lo que apoya la hipótesis del “kindling” o encendido, según la cual los estímulos externos tienen un mayor poder desencadenante en los primeros episodios, pero pierden relevancia en episodios posteriores, que se vuelven más autónomos respecto a los desencadenantes ambientales.

Esta hipótesis también se complementa con el modelo de desensibilización, que plantea que el peso emocional de los eventos vitales puede disminuir a lo largo del tiempo como resultado del aprendizaje y la adquisición de estrategias de afrontamiento más eficaces.

Finalmente, el apoyo social se presenta como un elemento ambiental que puede amortiguar o, en su ausencia, intensificar la carga del trastorno bipolar. Este tipo de apoyo, entendido como la percepción de contar con vínculos afectivos significativos y redes de contención, ha demostrado incidir en el pronóstico de la enfermedad. Una red de apoyo sólida se asocia con menor frecuencia de recaídas y mejor recuperación entre episodios, mientras que su carencia se vincula con síntomas más graves y mayor riesgo de suicidio. Sin embargo, la direccionalidad de esta relación no está del todo clara, ya que la gravedad del trastorno también puede influir negativamente en la capacidad del individuo para sostener relaciones sociales satisfactorias.

Asimismo, se ha observado que los estilos de interacción familiar, especialmente aquellos caracterizados por emociones intensamente expresadas y actitudes críticas o negativas, pueden elevar la probabilidad de recaídas. El papel de la familia es especialmente relevante en pacientes jóvenes, quienes pueden ser más sensibles al entorno emocional.

No obstante, la investigación en este ámbito enfrenta limitaciones metodológicas, en parte por la subjetividad inherente a las herramientas de medición del apoyo social y la influencia de los estados de ánimo sobre las percepciones interpersonales. Pese a estas dificultades, los hallazgos disponibles sugieren que las intervenciones psicosociales centradas en mejorar la calidad de las relaciones y reducir la carga familiar emocional podrían tener efectos beneficiosos en la evolución clínica del trastorno bipolar.

Perspectiva Epigenética en la Relación entre Experiencias Tempranas y TB1

La articulación entre las experiencias tempranas y el desarrollo de trastornos afectivos ha cobrado una renovada vigencia con la irrupción del enfoque epigenético en el campo de la salud mental. A diferencia de las concepciones tradicionales centradas exclusivamente en la genética o en el entorno, la epigenética plantea una mirada más dinámica, en la que los factores ambientales, especialmente durante los periodos críticos del neurodesarrollo, pueden influir de manera significativa en la expresión génica sin alterar la secuencia del ADN. Esta influencia se ejerce a través de procesos bioquímicos específicos¹² que regulan la activación o silenciamiento de determinados genes,

¹² Como la metilación del ADN, la modificación de histonas y la acción de los ARN no codificantes

modificando así la forma en que el organismo responde al estrés, gestiona las emociones y establece patrones de conducta a lo largo de la vida.

Desde esta perspectiva, las vivencias tempranas adversas, como el abandono, la negligencia emocional o los vínculos parentales inconsistentes, no solo configuran matrices vinculares y representacionales, sino que también generan marcas epigenéticas que pueden perdurar en el tiempo y condicionar la arquitectura neurobiológica del sujeto.

Comprender los procesos epigenéticos resulta particularmente valioso para ampliar la mirada sobre la complejidad de los fenómenos vinculados a la salud mental. A partir del desarrollo del Proyecto Genoma Humano en 2003, se logró identificar el conjunto completo de genes presentes en la especie humana. Sin embargo, esta cartografía genética no logró explicar completamente las variaciones fenotípicas y conductuales observadas incluso entre gemelos monocigóticos (Casavilca-Zambrano et al., 2019).

Las diferencias en características como el desarrollo cognitivo, la predisposición a trastornos mentales o los modos de vinculación sugieren que existe una dimensión regulatoria que trasciende la secuencia genética per se. La epigenética, en este marco, emerge como un campo de estudio que permite abordar estas variaciones desde una lógica dinámica, donde la expresión génica se configura en diálogo constante con el entorno, revelando patrones de activación o silenciamiento que impactan sobre la subjetividad (Jara y Acuña, 2019).

A partir de esta perspectiva, se considera que la epigenética no modifica la estructura del ADN, sino que actúa sobre mecanismos como la metilación del ADN, la modificación de histonas y la interferencia del ARN, los cuales condicionan la expresión

de los genes sin alterar su secuencia (Martino y Audisio, 2016). Este tipo de modificaciones puede verse influido por variables contextuales, tales como el estrés psicosocial, la calidad de los vínculos tempranos, la exposición a traumas o incluso las condiciones de vida sostenidas en el tiempo.

En el marco de la psicología sistémica, estos aspectos cobran una significación particular, ya que el sujeto es entendido como un nodo dentro de una red de relaciones donde los intercambios simbólicos, afectivos y materiales participan activamente en la configuración de sus trayectorias vitales. La epigenética, entonces, habilita nuevas formas de pensar el impacto del entorno sobre la biología, disolviendo dicotomías rígidas entre lo biológico y lo psicosocial (Jara y Acuña, 2019; Martino y Audisio, 2016; Sanz, 2015).

Desde esta concepción, los cambios epigenéticos adquieren un carácter relacional y procesual, y se perfilan como mediadores entre la experiencia subjetiva y las manifestaciones clínicas observables. En el ámbito de la salud mental, su estudio permite explorar cómo ciertas condiciones ambientales pueden dejar marcas moleculares que, a lo largo del tiempo, se traducen en una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos del ánimo, de ansiedad, psicosis u otras formas de sufrimiento psíquico (Martino y Audisio, 2016; Sanz, 2015; Solís, 2022). Es particularmente relevante considerar que estas modificaciones no son necesariamente permanentes, sino que pueden revertirse mediante intervenciones contextuales, terapéuticas o incluso farmacológicas. Esta cualidad ofrece un horizonte interesante para la investigación clínica, especialmente si se la piensa desde enfoques integrativos que reconozcan la multiplicidad de dimensiones implicadas en la emergencia de la psicopatología (Arias Ponce y Spencer Díaz, 2019).

Dado que las trayectorias epigenéticas no se producen en el vacío, sino en contextos históricamente situados, se vuelve urgente incorporar metodologías que permitan observar las relaciones entre los determinantes sociales de la salud y los procesos moleculares (Martínez, 2019). La psicología sistémica, al centrar su atención en las interacciones, las estructuras de poder, las narrativas familiares y las redes de apoyo, ofrece herramientas analíticas potentes para indagar cómo las experiencias relacionales¹³ pueden traducirse en alteraciones epigenéticas que afectan el equilibrio emocional y la regulación del comportamiento. Este enfoque integrador permite superar las explicaciones reduccionistas y promueve una lectura más articulada entre lo subjetivo, lo biológico y lo social (Bedregal et al., 2010).

En función de estas premisas, se ha comenzado a considerar la epigenética como un posible marcador biológico que no solo da cuenta de la exposición al estrés crónico o eventos traumáticos, sino que también podría utilizarse para evaluar la eficacia de distintas estrategias terapéuticas (Ceberio y Berardino, 2023). Desde el punto de vista clínico, esto abre la posibilidad de diseñar intervenciones más ajustadas al recorrido individual de cada persona, contemplando las particularidades de su historia, su ambiente actual y su posición dentro del entramado social y familiar (Martínez, 2019; Sarmiento Mosquera, 2021). De esta manera, el cuerpo deja de ser una entidad pasiva y se convierte en un espacio de inscripción biográfica, atravesado por las múltiples capas de sentido que construyen la subjetividad (Sanz, 2015).

¹³ Particularmente aquellas marcadas por la desregulación afectiva, la negligencia o la violencia

Por otro lado, la notable variabilidad epigenómica observada tanto entre individuos como entre distintas regiones del genoma revela la necesidad de adoptar enfoques de investigación que consideren la heterogeneidad como un dato constitutivo, y no como una desviación. La psicología sistémica, al abordar el malestar psíquico desde marcos de inteligibilidad que reconocen la complejidad de los sistemas humanos, se encuentra en una posición sólida para contribuir al campo de la salud mental. Las diferencias epigenéticas no pueden entenderse al margen del entramado histórico-cultural en el que se producen, y requieren de una mirada que vincule los procesos moleculares con los relatos de vida, las genealogías familiares, las condiciones estructurales y las matrices vinculares(Casavilca-Zambrano et al., 2019).

En ese sentido, la integración de tecnologías “ómicas”¹⁴ con el análisis epigenético permite construir una cartografía más completa de los procesos que inciden en la salud mental, aunque estos avances deben ser acompañados por una reflexión ética y política sobre su aplicación. El desarrollo de fármacos dirigidos a modificar la expresión génica abre posibilidades terapéuticas significativas, pero también plantea interrogantes en relación con la estandarización de lo humano, el control de la variabilidad y la medicalización de los malestares. La psicología sistémica, con su énfasis en la contextualización y la co-construcción del sentido, permite interrogar estos procesos desde una mirada crítica, que resista la tentación de reducir lo complejo a lo mensurable(Jara y Acuña, 2019).

¹⁴ Como la transcriptómica, la proteómica o la metabolómica

El diálogo entre epigenética y salud mental, entonces, no puede prescindir de un enfoque transdisciplinario que habilite el entrecruzamiento de saberes provenientes de la biología, la psicología, la antropología, la sociología y otras disciplinas afines. Este tipo de integración permite comprender cómo las trayectorias vitales se inscriben en el cuerpo, y cómo el cuerpo, a su vez, participa activamente en la producción de la experiencia (Bedregal et al., 2010).

Conceptos Básicos de Epigenética y Salud Mental

El fenotipo de un organismo resulta de la interacción entre su genotipo y factores ambientales, los cuales influyen en la expresión génica sin alterar la secuencia de ADN. En este sentido, la epigenética estudia los cambios heredables en la función génica que ocurren sin modificación de la secuencia genética. Estos mecanismos permiten explicar cómo células genéticamente idénticas pueden desarrollar funciones y estructuras diferentes, fenómeno clave en organismos multicelulares. Así, la epigenética contribuye a comprender fenómenos como la diferenciación celular, la plasticidad fenotípica y la respuesta adaptativa al entorno (Martínez, 2019).

Uno de los primeros avances significativos en este campo se dio en 1975, cuando Arthur Riggs propuso a la metilación del ADN como el mecanismo que inactiva el cromosoma X en mamíferos, mecanismo previamente descrito en bacterias. Ese mismo año, Holliday y Pugh sugirieron que la secuencia del ADN codifica la información necesaria para la formación del fenotipo, pero que su expresión puede ser modulada por elementos no genéticos, como los componentes citoplasmáticos. De esta manera,

comenzaron a reconocerse las modificaciones epigenéticas como alteraciones estables que no implican mutaciones en el ADN pero sí afectan su expresión, especialmente durante el desarrollo, siendo heredables a través de divisiones celulares mitóticas (Bedregal et al., 2010).

Entre los mecanismos epigenéticos más estudiados se encuentra la metilación del ADN, principalmente en las islas CpG, donde la adición de grupos metilo en citosinas conduce al silenciamiento génico. A esto se suman las modificaciones postraduccionales de las histonas¹⁵, que alteran la estructura de la cromatina y regulan la accesibilidad del ADN a los factores de transcripción. Las histonas pueden sufrir mono-, di- o trimetilaciones en diferentes residuos (Lys, Arg, Ser, entre otros), lo que da lugar a un complejo “código epigenético” que modula la actividad génica. Estas modificaciones, junto con la acción de los microARNs, conforman una red de regulación epigenética interdependiente y dinámica (Ceberio y Berardino, 2023).

El ciclo de metilación del ADN depende de rutas metabólicas como el ciclo de la metionina, del folato, de la urea y de la biopterina (BH4). Estas rutas participan en funciones esenciales como la reparación del ADN, la regulación del sistema inmune, el metabolismo de neurotransmisores, la detoxificación de metales y la producción de energía mitocondrial. Alteraciones en estos procesos han sido relacionadas con múltiples patologías como el cáncer, la esquizofrenia, el autismo, la diabetes, la enfermedad de Alzheimer y hasta trastornos del sueño (Ceberio y Berardino, 2023).

¹⁵ Como la acetilación, fosforilación o sumoilación

Recientes avances en secuenciación masiva han permitido comparar perfiles de metilación con transcriptomas completos y expresión de microARNs, lo cual ha ampliado significativamente el conocimiento sobre los efectos epigenéticos del ambiente. Así, la epigenética ofrece una vía explicativa para entender cómo factores externos¹⁶ pueden influir sobre la salud mental y física (Ceberio y Berardino, 2023).

Desde una perspectiva evolutiva, se ha demostrado que los patrones actuales de metilación del ADN reflejan firmas epigenéticas heredadas filogenéticamente, especialmente en regiones del genoma asociadas con el desarrollo y especialización de tejidos. Estos hallazgos sugieren que la epigenética interviene en procesos individuales, en fenómenos evolutivos de largo plazo. sostienen que la metilación del ADN y las modificaciones de histonas cumplen un rol crucial en la remodelación de la cromatina, integrando señales ambientales que afectan la regulación funcional del genoma (Casavilca-Zambrano et al., 2019; Martínez, 2019; Sanz, 2015).

Uno de los campos más prometedores de la epigenética es la nutriepigenómica, que estudia cómo la dieta impacta sobre los mecanismos epigenéticos. Se ha demostrado, por ejemplo, que personas nacidas de madres expuestas a hambrunas presentan menor metilación en genes asociados al metabolismo de la insulina, en comparación con sus hermanos gestados en periodos de mayor disponibilidad alimentaria. Asimismo, dietas suplementadas con L-metionina pueden alterar la metilación de genes como *reelina*,

¹⁶ Dieta, el estrés, la exposición a toxinas o el entorno familiar

vinculados a patologías neuropsiquiátricas como la esquizofrenia (Casavilca-Zambrano et al., 2019; P. Martino y Audisio, 2016).

Por último, se estima que miles de enfermedades humanas tienen origen en defectos genéticos específicos, pero que muchas condiciones multifactoriales¹⁷ están moduladas por interacciones entre la genética y el ambiente. Estas interacciones se expresan epigenéticamente, mediante mecanismos que, a diferencia de las mutaciones genéticas, son potencialmente reversibles. Este carácter dinámico de los cambios epigenéticos los convierte en blancos terapéuticos prometedores para nuevas estrategias preventivas y de tratamiento (P. Martino y Audisio, 2016).

Influencia de Factores Ambientales en la Expresión del TB1

En el marco de los estudios actuales sobre la plasticidad del desarrollo, ha cobrado especial relevancia la observación de cómo ciertos factores ambientales durante los primeros años de vida pueden moldear patrones de expresión genética asociados con la conducta social y el apego. La expresión del gen TB1, vinculado con la regulación de respuestas emocionales y sociales, parece particularmente sensible a este tipo de modulaciones. Investigaciones recientes sostienen que la calidad de los vínculos tempranos y el entorno afectivo inmediato pueden dejar huellas duraderas en la actividad epigenética de este gen (Alain et al., 2024; Brito et al., 2024). Esto implica que no solo el contenido del código genético importa, sino también el modo en que este se activa o

¹⁷ Cáncer o enfermedades cardiovasculares

silencia ante determinados estímulos, sobre todo durante periodos críticos del neurodesarrollo.

A partir de estos hallazgos, se ha propuesto que las experiencias de cuidado, la disponibilidad emocional del entorno y la estabilidad del ambiente familiar durante la infancia inciden notablemente en el patrón de metilación del ADN en regiones promotoras de TB1 (Ferreira, 2017). Este fenómeno epigenético puede modificar de forma prolongada la capacidad del individuo para reconocer señales sociales y modular su respuesta empática o defensiva ante ellas (García Correa, 2016).

En contextos de negligencia afectiva o estrés crónico, se han observado patrones de metilación que reducen la expresión de este gen, lo que correlaciona con alteraciones en los circuitos límbicos y disfunciones en la regulación emocional durante la adultez (Ferreira, 2017). Estos datos sugieren una articulación compleja entre ambiente y biología, en la que el entorno moldea predisposiciones conductuales mediante mecanismos moleculares precisos.

Al considerar estas interacciones, se vuelve especialmente revelador estudiar cómo diferentes tipos de experiencias tempranas¹⁸ pueden conducir a perfiles epigenéticos divergentes que afectan la organización funcional del sistema nervioso central. La flexibilidad con la que el TB1 responde a la calidad del entorno se ha relacionado con cambios estructurales en áreas como la amígdala y la corteza prefrontal ventromedial, regiones clave para la empatía y la percepción del otro como figura significativa (Lino

¹⁸ Desde la sobreprotección hasta la exposición reiterada a violencia—

et al., 2023). La influencia de estos procesos puede incluso persistir durante décadas, configurando estilos de interacción interpersonal que no responden únicamente a aprendizajes posteriores, sino a una arquitectura biológica condicionada por las primeras vivencias.

En este contexto, resulta pertinente explorar de qué modo estas modificaciones epigenéticas no solo impactan a nivel individual, sino también pueden tener consecuencias intergeneracionales. Algunos estudios han documentado que madres que han sufrido deprivación emocional durante su infancia tienden a replicar, de forma inconsciente, patrones de interacción que reactivan las mismas señales epigenéticas en sus hijos (López Palomino, 2024). Este tipo de transmisión transgeneracional no implica una herencia genética clásica, sino la propagación de configuraciones epigenéticas que se estabilizan ante contextos familiares similares. Lo notable es que incluso cambios sutiles en las condiciones de crianza pueden alterar esta trayectoria, lo que abre interrogantes sobre la posibilidad de intervenir tempranamente para modificar el curso de ciertas vulnerabilidades conductuales.

Bajo esta mirada, se vuelve necesario atender a los mecanismos por los cuales el entorno interactúa con la biología, no desde una lógica determinista, sino reconociendo el potencial modulador de las condiciones sociales sobre la expresión de genes como TB1. La epigenética, en este sentido, no solo permite entender cómo las experiencias tempranas quedan inscritas en la fisiología cerebral, sino también cómo pueden ser desactivadas o revertidas a través de intervenciones reparadoras. El campo de la neurociencia del desarrollo ha empezado a documentar que prácticas de cuidado sensibles y consistentes pueden inducir procesos de desmetilación que restablecen la expresión de TB1,

promoviendo así trayectorias más adaptativas en el plano emocional y social (Martino y Audisio, 2018).

Esta perspectiva tensiona la visión tradicional que consideraba los aspectos genéticos como inmutables, dando lugar a una comprensión más dinámica y situada del desarrollo humano. El TB1, entonces, se revela como un nodo crítico dentro de una red que integra experiencias de vida, biología molecular y organización cerebral, desdibujando las fronteras entre lo aprendido y lo heredado. Las posibilidades de transformación que se derivan de esta interacción no solo enriquecen el debate académico, sino que también introducen nuevas preguntas sobre la responsabilidad social en el diseño de ambientes tempranos que favorezcan trayectorias más integradas y resilientes.

A partir de estos hallazgos, se ha comenzado a proponer un modelo integrador en el que los factores genéticos predisponen a ciertas vulnerabilidades neurobiológicas, mientras que elementos del entorno pueden actuar como desencadenantes o moduladores de los episodios. Esta interacción entre biología y ambiente ha sido explorada bajo el marco de la epigenética, disciplina que estudia los cambios en la expresión génica inducidos por experiencias de vida, sin que exista una modificación en la secuencia del ADN. Factores como el estrés temprano, el abuso infantil o la exposición a sustancias psicoactivas durante la adolescencia pueden dejar huellas epigenéticas que impactan en el funcionamiento cerebral, amplificando la susceptibilidad al desarrollo del TB1 en personas genéticamente predisuestas (Duffy et al., 2014).

Considerando esta complejidad, la identificación temprana de marcadores genéticos y biológicos asociados al TB1 adquiere un valor considerable para el diseño de

estrategias de intervención más precisas y personalizadas. El reconocimiento de estos factores no solo permite anticipar posibles recaídas, sino también ajustar los tratamientos farmacológicos y psicosociales de acuerdo a las particularidades de cada caso. Este enfoque, alineado con los avances de la medicina personalizada, abre nuevas posibilidades para mejorar los resultados terapéuticos y reducir el impacto funcional del trastorno a lo largo del tiempo.

En esta misma línea de análisis, cobra especial interés el examen de cómo las experiencias adversas tempranas¹⁹ pueden alterar de forma significativa la expresión del gen TB1, interfiriendo con el desarrollo de circuitos neuronales vinculados al procesamiento emocional y la regulación del apego. La exposición sostenida al estrés durante la infancia ha sido identificada como una variable ambiental de alto impacto en el funcionamiento epigenético del sistema nervioso, dado que modifica la disponibilidad de glucocorticoides y activa respuestas neuroendocrinas que afectan la arquitectura cerebral en formación (McEwen & Morrison, 2013). En este escenario, la plasticidad del TB1 queda sujeta a un entorno neurobiológico en tensión constante, donde los mecanismos de defensa se sobreactivan, condicionando la sensibilidad del sistema límbico a estímulos sociales.

Dado que los niveles elevados de cortisol derivados del estrés infantil crónico actúan directamente sobre regiones cerebrales como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, el patrón de expresión de TB1 se ve particularmente comprometido en

¹⁹ Particularmente aquellas que implican altos niveles de estrés

estas zonas. Estudios con neuroimagen han señalado que niños expuestos a situaciones de violencia intrafamiliar, abandono o institucionalización temprana presentan una disminución significativa en la conectividad entre estas regiones, correlacionada con una menor expresión de TB1 en tejidos periféricos (Sasaki et al., 2022).

Este tipo de alteraciones se traduce en una hipersensibilidad emocional sostenida, respuestas de huida o evitación en contextos sociales, y una mayor predisposición a trastornos afectivos durante la adolescencia y adultez. Lejos de ser una consecuencia inmediata y transitoria, estas modificaciones parecen estabilizarse a lo largo del tiempo si el entorno no ofrece oportunidades de reparación emocional.

Al observar la prolongación de estos efectos, se ha propuesto que la huella del estrés infantil sobre el TB1 puede operar como un marcador biológico de vulnerabilidad psicosocial, cuya activación o silenciamiento depende de la interacción continua entre ambiente y predisposición genética. La persistencia de patrones de metilación anómalos en las regiones promotoras de este gen ha sido documentada en adolescentes que vivieron experiencias de separación parental abrupta o fueron sometidos a entornos con alta inestabilidad emocional, lo que sugiere que el TB1 actúa como un modulador sensible de la experiencia social temprana (Huang et al., 2021). La falta de predictibilidad emocional en el entorno interrumpe los procesos de autorregulación y consolida perfiles afectivos caracterizados por la impulsividad, la hipervigilancia y una escasa percepción de seguridad interpersonal. De este modo, el estrés infantil deja una marca que no solo altera la fisiología del cerebro, sino también el repertorio de comportamientos sociales disponibles.

A medida que se profundiza en estas relaciones, emerge con fuerza la idea de que el impacto del estrés en la expresión de TB1 no se restringe a momentos puntuales del desarrollo, sino que conforma un marco duradero desde el cual el individuo interpreta y responde al mundo social. Investigaciones longitudinales han demostrado que la exposición a estrés tóxico antes de los seis años puede generar una disminución sostenida de la expresión de TB1, la cual persiste incluso cuando las condiciones ambientales se tornan más favorables (Del Valle et al., 2023).

Esto sugiere que el estrés temprano, en lugar de ser un factor aislado, puede establecer un estilo neurobiológico que condiciona las futuras relaciones interpersonales, la percepción de amenaza y la capacidad para establecer vínculos afectivos estables. A nivel funcional, esto implica que la arquitectura emocional del sujeto queda configurada sobre una base biológica moldeada por la incertidumbre y la defensa constante.

Dentro de este panorama, la interacción entre estrés infantil y neurobiología del TB1 también ha empezado a ser examinada en relación con los sistemas de recompensa social y motivación afectiva. Diversos estudios han encontrado que individuos con un historial de adversidad temprana muestran una activación disminuida en la vía mesolímbica dopaminérgica ante estímulos sociales positivos, correlacionada con una baja expresión de TB1 (Zhou et al., 2022).

Esta relación sugiere que el estrés temprano inhibe mecanismos de protección emocional, y reduce la capacidad del sujeto para experimentar placer y motivación en contextos interpersonales, un fenómeno que podría explicar ciertas formas de retraimiento afectivo o desapego patológico. Lo interesante de este enfoque es que

permite comprender cómo el TB1 articula distintas dimensiones de la experiencia social²⁰ dentro de un marco integrado por variables ambientales y moleculares.

En concordancia con estos hallazgos, algunos investigadores han comenzado a estudiar si existen momentos de especial sensibilidad en los que la exposición al estrés ejerce un efecto más contundente sobre el TB1. La hipótesis de las ventanas críticas del neurodesarrollo sugiere que ciertos periodos, como la etapa prenatal tardía, los dos primeros años de vida y la transición a la adolescencia, son fases particularmente permeables a la influencia del ambiente sobre la expresión génica (Chen et al., 2020).

Durante estos intervalos, las experiencias de inestabilidad emocional, negligencia o separación pueden tener un peso desproporcionado en la configuración epigenética del TB1, estableciendo patrones que serán más difíciles de revertir posteriormente. Este marco temporal ofrece pistas importantes para el diseño de intervenciones focalizadas, capaces de interrumpir trayectorias de riesgo y favorecer un reequilibrio en la expresión génica asociada a la regulación emocional.

En ese sentido, el abordaje del estrés infantil desde una perspectiva neuroepigenética ha abierto un campo de posibilidades para pensar la prevención de alteraciones emocionales desde edades muy tempranas. Lejos de entender al TB1 como un marcador determinista, se lo considera un sensor plástico que recoge información del entorno y la traduce en decisiones moleculares de alto impacto.

La gravedad de los efectos asociados al estrés infantil sobre este gen radica en la profundidad de su influencia, que se extiende a la organización funcional del cerebro, la

²⁰ Emocional, motivacional y conductual

sensibilidad social y los estilos afectivos más persistentes. Esta comprensión demanda una mirada articulada entre neurociencias, psicología del desarrollo y políticas públicas, orientada a garantizar ambientes tempranos que no activen, innecesariamente, circuitos de defensa que comprometen la posibilidad de vincularse, confiar y reconocer al otro como fuente de seguridad.

Estado del Arte y Antecedentes de Investigación

Estudios Nacionales e Internacionales sobre Parentalidad y Salud Mental

estudio

La relación entre las prácticas parentales y la salud mental ha sido objeto de múltiples investigaciones en las últimas décadas. En particular, se ha explorado la asociación entre estilos de crianza y la aparición de trastornos del estado de ánimo, incluyendo el trastorno bipolar tipo I (TB-I). Diversos estudios han señalado que estilos parentales caracterizados por la sobreprotección, el control excesivo o la negligencia emocional pueden estar asociados con una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos afectivos en la adultez. Por ejemplo, investigaciones han encontrado que pacientes con TB-I reportan haber experimentado estilos de apego parental disfuncionales durante su infancia, lo que podría haber contribuido a la manifestación del trastorno en etapas posteriores de la vida (Alavi et al., 2021).

En el contexto internacional, un estudio realizado en Irán comparó los estilos de apego parental en pacientes con esquizofrenia, depresión y TB-I, encontrando que aquellos con TB-I presentaban una mayor prevalencia de estilos parentales ineficaces,

especialmente en relación con la figura materna (Alavi et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que la calidad del vínculo parental durante la infancia podría tener un impacto significativo en la salud mental en la adultez.

Asimismo, investigaciones han destacado la importancia de considerar las diferencias de género en la percepción de los estilos parentales y su relación con el desarrollo del TB-I. Un estudio encontró que los pacientes con TB-I reportaron puntuaciones significativamente más altas en índices de castigo y severidad, así como en rechazo y negación, en los patrones de crianza paternos y maternos, en comparación con controles sanos (Zhang et al., 2023). Estos resultados subrayan la necesidad de examinar las experiencias parentales desde una perspectiva de género para comprender mejor su influencia en la salud mental.

En el ámbito nacional, aunque la investigación específica sobre la relación entre estilos parentales y TB-I es limitada, estudios han señalado la relevancia de las prácticas de crianza en el desarrollo emocional de los individuos. Por ejemplo, se ha observado que estilos parentales caracterizados por la falta de afecto y la disciplina inconsistente pueden estar asociados con una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo en la población adulta. Estos hallazgos resaltan la importancia de promover prácticas parentales saludables como medida preventiva en salud mental.

Además, la literatura ha explorado cómo las experiencias tempranas de apego y las prácticas parentales pueden influir en la regulación emocional y la resiliencia, factores clave en la prevención de trastornos afectivos. Se ha encontrado que un apego seguro y prácticas parentales sensibles y consistentes pueden actuar como factores protectores

frente al desarrollo de trastornos del estado de ánimo, incluyendo el TB-I. Estos estudios destacan la necesidad de intervenciones tempranas que promuevan vínculos parentales saludables para prevenir la aparición de trastornos afectivos en etapas posteriores de la vida.

En conjunto, la evidencia sugiere que las modalidades de interacción parental desempeñan un papel significativo en la salud mental de los individuos, particularmente en relación con el desarrollo del TB-I. La identificación de estilos parentales disfuncionales y la promoción de prácticas de crianza saludables podrían ser estrategias clave en la prevención y el tratamiento de este trastorno. Sin embargo, se requieren más investigaciones, especialmente en contextos nacionales, para comprender plenamente estas relaciones y desarrollar intervenciones efectivas.

Investigaciones sobre la Relación entre Parentalidad y TB1

La relación entre las prácticas parentales y el desarrollo del trastorno bipolar tipo I (TB1) ha sido objeto de diversas investigaciones en los últimos años, especialmente desde las perspectivas de la psicología sistémica y la epigenética. A continuación, se presentan estudios relevantes que han abordado esta temática, considerando diferentes metodologías y contextos geográficos.

En Dinamarca, un estudio de cohorte basado en registros poblacionales analizó a 980,554 personas nacidas entre 1980 y 1998 para evaluar el riesgo de desarrollar TB1 tras la exposición a eventos adversos en la infancia y la presencia de psicopatología parental (Laursen et al., 2016). Utilizando modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox,

se encontró que la psicopatología en los padres era el factor de riesgo más significativo para el desarrollo posterior de TB1, con una razón de riesgo (HR) de 3.53. Este riesgo aumentaba a 7.72 cuando ambos padres presentaban psicopatología. Estos hallazgos sugieren una interacción compleja entre factores genéticos y ambientales en la etiología del TB1.

Por otro lado, un estudio realizado en el Reino Unido por Tu et al. (2025) llevó a cabo una revisión sistemática y meta-síntesis cualitativa de la literatura existente sobre las experiencias parentales en el contexto del trastorno bipolar. Analizando múltiples estudios cualitativos, los autores identificaron que los padres con TB1 enfrentan desafíos significativos en la crianza, incluyendo dificultades en la regulación emocional y en la construcción de vínculos afectivos estables con sus hijos. Estas dificultades pueden influir en la transmisión intergeneracional de patrones disfuncionales de interacción y en la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos del estado de ánimo en la descendencia.

En el ámbito de la epigenética, un estudio llevado a cabo en el Reino Unido por Duffy et al. (2022) investigó las firmas epigenéticas en jóvenes con alto riesgo familiar de TB1. Utilizando análisis de metilación del ADN en muestras de sangre periférica, se identificaron patrones epigenéticos específicos asociados con el riesgo poligénico de TB1. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que las experiencias tempranas, incluyendo las prácticas parentales, pueden influir en la expresión génica a través de mecanismos epigenéticos, modulando así la susceptibilidad al TB1.

En Estados Unidos, un estudio de investigación realizado por Perroud et al. (2019) examinó las modificaciones epigenéticas en genes relacionados con la respuesta al estrés

en individuos con antecedentes de eventos adversos en la infancia. Los resultados mostraron que experiencias tempranas negativas, como el abuso o la negligencia, se asociaban con cambios en la metilación del ADN en genes clave para la regulación emocional, lo que podría aumentar la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos del estado de ánimo, incluyendo el TB1.

Finalmente, en un estudio llevado a cabo en China por Luo et al. (2021), se exploró la relación entre el funcionamiento familiar y el funcionamiento psicosocial en pacientes con TB1. A través de un diseño transversal, se encontró que un funcionamiento familiar deficiente se asociaba con un peor funcionamiento psicosocial en los pacientes, mediado por factores como el apoyo social, la resiliencia y la ideación suicida. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar el entorno familiar en la comprensión y el tratamiento del TB1.

Capítulo III: Marco Metodológico

Luego de haber planteado el problema de investigación y examinado sus fundamentos teóricos, se vuelve indispensable delimitar el camino metodológico seguido para abordar el fenómeno en estudio. Este capítulo describe con precisión el enfoque adoptado, el diseño seleccionado, la población participante y las estrategias empleadas tanto para la recolección como para el análisis de la información. La elección de una metodología cualitativa responde a la necesidad de captar las experiencias subjetivas, las narrativas vinculares y los sentidos construidos en torno a las modalidades de interacción parental, en especial en contextos atravesados por el padecimiento psíquico.

De esta manera, se sientan las bases para comprender cómo los relatos de quienes conviven con un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I permiten visibilizar configuraciones vinculares que podrían estar asociadas a la expresión clínica del trastorno. La propuesta metodológica no solo organiza el proceso investigativo, sino que también habilita una vía de acceso sensible y rigurosa a los testimonios, articulando técnica, ética y teoría en la construcción del conocimiento.

Tipo y Diseño de Estudio

En el marco de la presente investigación, se ha optado por un estudio cualitativo de tipo exploratorio, transversal y de campo. Esta elección se sustenta en la necesidad de indagar en profundidad fenómenos complejos como las modalidades de interacción parental y su eventual asociación con el desarrollo del trastorno bipolar tipo I en la adultez. La naturaleza exploratoria del estudio se justifica en tanto el objetivo principal no es establecer relaciones causales ni medir variables cuantificables, sino más bien interpretar significados, identificar patrones relacionales y construir comprensiones teóricas a partir de los discursos y narrativas de los sujetos implicados. Los estudios exploratorios son adecuados cuando se abordan fenómenos poco investigados o se busca familiarización con una realidad compleja que no ha sido suficientemente descrita (Sampieri,2018), lo cual resulta pertinente para el abordaje del vínculo entre el entorno familiar y las manifestaciones clínicas del trastorno bipolar tipo I.

Dado que el propósito es interpretar y comprender los significados atribuidos por los sujetos a sus experiencias de crianza y su relación con el padecimiento psíquico, se

adopta un diseño transversal, que permite capturar la información en un momento determinado, sin pretensión de medir cambios evolutivos en el tiempo. Esta decisión responde a la intención de identificar, desde una perspectiva sincrónica, las configuraciones familiares actuales y sus posibles resonancias en la subjetividad de adultos diagnosticados con este trastorno.

Conforme a Sampieri (2018), los estudios transversales recogen datos en un solo punto temporal, lo que facilita describir y analizar fenómenos tal como se manifiestan en un momento específico, y son especialmente valiosos cuando se pretende construir un panorama comprensivo de una problemática sin manipular las condiciones del contexto.

En lo que respecta a la fuente de los datos, se ha definido un enfoque de campo, ya que la información será recolectada directamente de los participantes a través de entrevistas en profundidad, lo cual permitirá acceder a sus relatos subjetivos sobre la dinámica familiar vivida durante la infancia y adolescencia. Esta estrategia metodológica resulta pertinente para captar las dimensiones simbólicas y relacionales de las experiencias de interacción parental, aspectos imposibles de abordar mediante fuentes documentales o registros secundarios. En palabras de Sampieri (2018 p.356):

La investigación de campo se caracteriza por el contacto directo con la realidad estudiada, lo cual brinda acceso a las voces, significados y contextos sociales de los actores involucrados, y permite construir interpretaciones sólidas desde la propia lógica de los participantes.

A partir de estas decisiones metodológicas, se estructura un diseño que articula la teoría fundamentada como enfoque analítico, integrando el método comparativo

constante con el propósito de construir categorías emergentes a partir del material discursivo. Esta estrategia de investigación posibilita el análisis sistemático de las narrativas recogidas, comparando fragmentos de información para generar conceptualizaciones teóricas que den cuenta de los procesos relacionales, emocionales y simbólicos implicados en la crianza parental y su posible influencia en la expresión del trastorno.

Muestra

Dentro del presente estudio, la muestra estuvo conformada por catorce personas adultas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I, que al momento de ser convocadas estaban recibiendo atención en tres instituciones sanitarias situadas en la provincia de Santa Fe, Argentina. Estos participantes, hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 60 años, fueron seleccionados por cumplir con criterios específicos que permiten focalizar el análisis en trayectorias clínicas compatibles y comparables entre sí.

La elección de este grupo etario responde a que en esta franja es más probable hallar historias de vida suficientemente desarrolladas como para explorar con profundidad las dinámicas familiares atravesadas durante la infancia y adolescencia, lo que resulta sustancial para comprender los vínculos parentales desde una perspectiva retrospectiva. Este recorte permite garantizar una base experiencial sólida que pueda ser narrada, reflexionada e interpretada dentro del enfoque cualitativo adoptado.

En lo que respecta a las unidades de análisis, se definieron como tales las experiencias subjetivas de interacción parental evocadas por los y las participantes en

función de su historia familiar y su recorrido psicopatológico. Estas unidades, entendidas como segmentos narrativos cargados de sentido en torno a la crianza, el vínculo con figuras significativas y las prácticas comunicacionales dentro del hogar, constituyen el objeto empírico a partir del cual se construirá el análisis teórico. Tal delimitación resulta coherente con la lógica de la teoría fundamentada, en tanto esta metodología se apoya en el examen comparativo y constante de unidades de significado emergentes, a fin de identificar patrones y relaciones que no están definidos a priori, sino que surgen del propio material discursivo.

En términos de los criterios de inclusión, se consideraron como condiciones necesarias: poseer diagnóstico clínico confirmado de trastorno bipolar tipo I por profesionales de salud mental, encontrarse en etapa de eutimia o estabilidad sintomática al momento de la entrevista, tener entre 30 y 60 años de edad y haber recibido crianza en un entorno familiar con al menos uno de los progenitores o cuidadores principales.

De manera complementaria, se excluyeron aquellos casos en los que se identificaran comorbilidades severas con otras condiciones psiquiátricas que pudieran distorsionar significativamente la narrativa personal, como esquizofrenia, trastornos neurocognitivos o cuadros psicóticos agudos. También se excluyeron personas cuya situación clínica no permitiera el desarrollo de una entrevista extensa y en profundidad, o que manifestaran dificultades marcadas para recordar o verbalizar su historia familiar.

Con base en estos criterios, se llevó adelante un muestreo intencional, lo que implica la selección deliberada de casos que presentan características relevantes para los propósitos de la investigación. Según Sampieri (2018), este tipo de muestreo no busca la

representatividad estadística, sino la riqueza informativa de los casos elegidos, priorizando sujetos que puedan ofrecer testimonios significativos en relación con el fenómeno estudiado.

Esta estrategia es ampliamente utilizada en investigaciones cualitativas, en las que el foco está puesto en la profundidad del análisis y no en la generalización de los resultados. En esta línea, la diversidad dentro de la muestra²¹ permite acceder a una multiplicidad de relatos, favoreciendo la comparación constante que exige el método adoptado.

Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, técnica cualitativa que permitió explorar en profundidad las percepciones, recuerdos y significados atribuidos por los y las participantes a sus experiencias de crianza. Este recurso metodológico se adecuó con solidez a los objetivos del estudio. Las entrevistas semiestructuradas se utilizan cuando se desea obtener información detallada y contextualizada sobre fenómenos complejos, permitiendo cierta flexibilidad en el abordaje, sin perder el foco teórico del estudio (Sampieri, 2018). Su estructura abierta favorece el despliegue del discurso del entrevistado, lo que habilita la aparición de contenidos emergentes de valor analítico.

²¹ Considerando edad, género, nivel educativo y procedencia institucional

De acuerdo con el diseño cualitativo del estudio, se elaboró un instrumento ad hoc en forma de entrevista semiestructurada (Anexo 1), orientado a explorar la posible influencia de estilos parentales²² en el desarrollo y la vivencia del Trastorno Bipolar tipo 1 en adultos. Esta entrevista se estructuró en seis ejes temáticos principales: información general del entrevistado, historial familiar y parental, percepción de la dinámica familiar, impacto emocional y subjetivo, experiencia con el trastorno bipolar y una sección final de cierre y reflexión.

El bloque vinculado a la relación con la madre está centrado en indagar indicios de ambivalencia afectiva, tales como oscilaciones emocionales impredecibles, actitudes inconsistentes de apoyo y dificultad en la lectura de sus reacciones. Por su parte, el apartado dedicado a la figura paterna busca identificar rasgos autoritarios a partir de la percepción del entrevistado sobre la rigidez normativa, la escasa apertura al diálogo y el uso del castigo como método habitual.

La sección sobre dinámica familiar se orienta a comprender el estilo comunicacional predominante en la infancia, la posibilidad de expresar emociones, y el reparto de poder dentro del núcleo familiar. A su vez, el bloque sobre impacto emocional permite vincular las vivencias infantiles con la actual regulación emocional del entrevistado, especialmente en relación con sus episodios afectivos.

Finalmente, se incluyen preguntas dirigidas a reconstruir el momento del primer episodio maníaco-depresivo y a explorar el rol actual de los padres frente al diagnóstico. Todas las dimensiones fueron operacionalizadas mediante ítems abiertos, con preguntas

²² Específicamente madres con rasgos ambivalentes y padres con estilos autoritarios

orientadoras que estimulan la narrativa personal sin interrumpir su curso natural (Tabla 1).

Tabla 1: *Operacionalización de Variables*

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems orientadores	Tipo de respuesta
Estilo parental materno	Ambivalencia afectiva	- Inestabilidad emocional - Actitudes contradictorias - Apoyo inconsistente	¿Cómo describirías tu relación con tu madre durante tu infancia? ¿Sentías que ella era afectuosa o distante? ¿Había momentos en que esto cambiaba repentinamente? ¿Podías predecir sus reacciones emocionales? ¿Te sentiste alguna vez confundido respecto a si te apoyaba o no? ¿Podrías compartir un recuerdo que ilustre cómo era ella contigo emocionalmente?	Narrativa subjetiva abierta
Estilo parental paterno	Autoritarismo	- Rigidez normativa - Baja validación emocional - Alta exigencia y control	¿Cómo describirías la relación con tu padre? ¿Era una figura estricta o flexible? ¿Sentías que tus opiniones eran tomadas en cuenta? ¿Era frecuente el castigo o la imposición de normas sin explicaciones?	Narrativa subjetiva abierta

			¿Recuerdas haber sentido miedo o presión de cumplir con sus expectativas?	
Dinámica familiar	Comunicación y jerarquías	- Estilo comunicacional (abierto o cerrado) - Conflictos parentales - Toma de decisiones	¿Cómo era la comunicación en tu familia durante tu infancia? ¿Sentías que podías expresar tus emociones libremente? ¿Había discusiones frecuentes o tensión constante entre tus padres? ¿Quién tomaba las decisiones importantes en casa?	Narrativa subjetiva abierta
Impacto emocional y subjetivo	Regulación emocional actual	- Influencia emocional de los vínculos parentales - Relación entre vivencias infantiles y episodios afectivos	¿Cómo crees que te afectó emocionalmente la forma en que tus padres se relacionaban contigo? ¿Sientes que alguna de esas experiencias influyó en tu forma de regular emociones actualmente? ¿Has notado si algunos episodios afectivos (manía o depresión) se relacionan con temas familiares o vivencias del pasado?	Narrativa subjetiva abierta

Trastorno Bipolar tipo 1	Historia clínica y percepción del diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Momento del primer episodio - Asociación con eventos familiares - Reacción parental ante el diagnóstico 	<p>¿Cuándo fue tu primer episodio maníaco-depresivo?</p> <p>¿Hubo algún evento estresante familiar o emocional que precediera ese episodio?</p> <p>¿Has hablado con tus padres sobre tu diagnóstico?</p> <p>¿Cómo han reaccionado?</p> <p>¿Recibes apoyo emocional de alguno de ellos actualmente?</p>	Narrativa subjetiva abierta
Reflexión sobre la crianza	Representación retrospectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación subjetiva de la experiencia infantil - Proyecciones sobre la crianza - Recomendaciones personales 	<p>Si pudieras describir cómo influyó tu crianza en quién eres hoy, ¿qué dirías?</p> <p>¿Cambiarías algo de la forma en que fuiste educado?</p> <p>¿Qué consejo darías a padres que crían a un niño con vulnerabilidad emocional?</p>	

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las condiciones de aplicación, las entrevistas tuvieron lugar en cuatro instituciones sanitarias de la ciudad de Santa Fe: el Centro Médico Luján, el Centro Médico Endo, el Centro Médico Grupo Gorla y el Hospital Mira y López. Estos espacios fueron elegidos por contar con la infraestructura necesaria para garantizar la privacidad y el bienestar del participante, así como por ser lugares donde los entrevistados ya se encuentran en tratamiento, lo que facilita la coordinación logística. Cada encuentro tuvo una duración aproximada de cuarenta minutos, tiempo estimado para que los sujetos

pudiesen desplegar sus relatos con suficiente profundidad, sin generar agotamiento ni interferencias en el contenido narrado. La participación fue voluntaria, garantizando el respeto por los principios éticos y el consentimiento informado (Anexo 2).

Procedimientos de recolección de datos

Una vez finalizado el diseño del instrumento y aprobada su pertinencia clínica por el equipo de profesionales intervinientes, se procedió a establecer contacto con las instituciones de salud involucradas. El investigador gestionó las autorizaciones correspondientes en los nosocomios escogidos (Anexo 3), gestiones que incluyeron entrevistas con los responsables institucionales, la presentación del proyecto de investigación y la entrega de una copia del consentimiento informado. La colaboración con los equipos clínicos permitió identificar a posibles participantes que cumplieran con los criterios de inclusión: personas adultas con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, en seguimiento terapéutico y con disponibilidad para participar voluntariamente.

A partir del aval institucional, se desarrollaron entrevistas individuales en espacios previamente definidos por cada centro de salud, garantizando condiciones de privacidad, silencio y comodidad. El investigador fue quien llevó a cabo los encuentros, organizando su agenda en coordinación con los profesionales tratantes para evitar superposiciones con turnos médicos o instancias terapéuticas.

En cada caso, el procedimiento comenzó con una introducción donde se retomaban los objetivos del estudio, se explicaba el carácter voluntario de la participación y se resolvían posibles dudas. Posteriormente, se entregaba al participante el consentimiento informado, el cual debía leerse detenidamente y firmarse en presencia del

investigador (véase Anexo 2). Solo luego de obtener dicho consentimiento se iniciaba la entrevista.

Durante la realización de las entrevistas, se siguió una lógica flexible pero estructurada, acorde a las pautas del instrumento diseñado. El investigador adoptó una postura empática, procurando generar un clima de confianza que favoreciera el relato y minimizara cualquier incomodidad. Las entrevistas no fueron grabadas en formato audiovisual ni digital, en línea con las recomendaciones éticas para este tipo de estudios, que subrayan la importancia de minimizar la exposición emocional de los participantes cuando se abordan vivencias personales significativas (Sampieri, 2018). En cambio, se optó por el registro escrito de las respuestas, a través de anotaciones realizadas por el investigador en el transcurso de la conversación. Esta modalidad de recolección permitió preservar la espontaneidad del discurso y mantener el ritmo natural del intercambio.

El manejo de la información obtenida se realizó con especial atención a los principios de confidencialidad y resguardo de la identidad de los participantes. Todos los datos fueron codificados al momento de su registro, asignando un número identificador a cada sujeto, lo que evitó cualquier posibilidad de vincular la información recolectada con su identidad real. Las entrevistas manuscritas fueron resguardadas en carpetas físicas bajo llave, accesibles únicamente para el investigador, y luego transcritas en un documento digital protegido por contraseña.

Este procedimiento responde a las exigencias éticas que plantea la investigación con seres humanos, en particular cuando se abordan temáticas sensibles vinculadas a la salud mental y la historia familiar (Sampieri, 2018). La información obtenida no fue

compartida con los equipos tratantes ni con las instituciones, a fin de preservar la autonomía del proceso investigativo y el derecho a la privacidad de los participantes.

En relación con el tiempo de exposición, cada encuentro tuvo una duración promedio de cuarenta minutos, lo cual fue establecido previamente durante el diseño metodológico como un margen suficiente para abordar las tres dimensiones del instrumento sin generar fatiga o saturación narrativa. Si bien no se realizaron intervenciones terapéuticas durante la entrevista, el investigador se mantuvo atento a las reacciones emocionales de los participantes, ofreciendo pausas si surgían momentos de malestar, y derivando (cuando fue necesario) al profesional tratante de la institución. Esta precaución se enmarca en el compromiso ético del investigador con el bienestar del entrevistado, tal como lo establece la normativa vigente en estudios cualitativos con personas en situación de vulnerabilidad.

En cuanto al seguimiento posterior a la recolección, no se contemplaron nuevas sesiones ni reiteración de entrevistas, dado que el diseño del estudio no incluyó estrategias de triangulación prolongada. Sin embargo, se mantuvo disponible una vía de contacto institucional para que los participantes pudieran realizar consultas o solicitar aclaraciones respecto al uso de su testimonio. Este canal de comunicación fue consignado por escrito en el consentimiento informado y reforzado verbalmente al finalizar cada entrevista, contribuyendo así a fortalecer la transparencia del proceso y la percepción de seguridad por parte de quienes participaron en el estudio.

Procedimiento de Análisis de los datos recolectados

Para el análisis de la información recabada a través de las entrevistas semiestructuradas, se adoptó el enfoque de la teoría fundamentada (Grounded Theory), particularmente desde la perspectiva propuesta por Strauss y Corbin (2002), que privilegia la generación inductiva de categorías conceptuales a partir del material empírico. Esta estrategia analítica permitió explorar en profundidad las experiencias subjetivas relatadas por los participantes, identificando patrones relacionales, afectivos y simbólicos vinculados a las modalidades de interacción parental y su posible incidencia en el desarrollo del trastorno bipolar tipo I.

En primera instancia, se procedió a la transcripción literal de las entrevistas, respetando las inflexiones del discurso, pausas significativas y elementos paralingüísticos relevantes para conservar la riqueza semántica del relato. Posteriormente, se llevó a cabo una lectura comprensiva y reiterada del corpus textual, con el objetivo de familiarizarse con el contenido y captar los ejes temáticos recurrentes de forma preliminar.

A partir de esta lectura inicial, se inició el proceso de codificación abierta, que implicó la segmentación del texto en unidades significativas o fragmentos discursivos susceptibles de ser analizados por separado. Cada fragmento fue etiquetado con códigos sustantivos que reflejaban su contenido literal o interpretativo, sin forzar su adecuación a categorías teóricas preexistentes. Esta fase permitió identificar una amplia variedad de códigos vinculados a las dimensiones de apego, comunicación familiar, estilos parentales y vivencias emocionales relacionadas con el padecimiento psíquico.

Una vez obtenidos los primeros códigos, se avanzó hacia la codificación axial, que consistió en establecer conexiones entre los distintos códigos mediante la identificación de condiciones, contextos, consecuencias y acciones asociadas. Esta etapa facilitó la organización de los datos en torno a categorías intermedias que permitieron agrupar los significados emergentes en estructuras analíticas más comprensivas, como, por ejemplo: *“ambivalencia materna e incertidumbre afectiva”*, *“autoritarismo paterno y represión emocional”*, *“inseguridad en la expresión emocional durante la infancia”* y *“asociación entre desregulación emocional y crisis afectivas adultas”*.

Posteriormente, en la etapa de codificación selectiva, se procedió a integrar las categorías emergentes en torno a un núcleo teórico central que articulara la información recogida con el objetivo general del estudio. Este núcleo giró en torno a la hipótesis interpretativa de que ciertas modalidades de interacción parental²³ pueden configurar un entorno emocionalmente inestable, favoreciendo vulnerabilidades en los procesos de regulación afectiva que, en interacción con factores predisponentes, se asocian con la manifestación del trastorno bipolar tipo I en la adultez.

El análisis se desarrolló de manera simultánea con la recolección de datos, en coherencia con el método comparativo constante, propio de la teoría fundamentada. Esto implicó contrastar continuamente nuevos fragmentos discursivos con las categorías en construcción, lo cual permitió refinar conceptos, redefinir códigos y detectar posibles contradicciones o excepciones que enriquecieran la interpretación. Este procedimiento garantizó una aproximación dinámica y flexible a los datos, evitando imposiciones

²³ Caracterizadas por inconsistencias afectivas maternas y rigidez normativa paterna

teóricas previas y favoreciendo la emergencia de conceptualizaciones situadas en el contexto experiencial de los participantes.

Finalmente, para asegurar la rigurosidad del análisis, se emplearon estrategias de triangulación interna mediante la revisión cruzada de categorías. Asimismo, se aplicaron criterios de saturación teórica para determinar el cierre del proceso analítico, asegurando que las categorías desarrolladas fueran suficientemente densas, coherentes y representativas del fenómeno investigado.

Capítulo IV: Resultados

Con base en el procedimiento analítico delineado en el capítulo anterior, este apartado presenta los principales hallazgos emergentes del trabajo de campo, organizados según las distintas etapas de codificación propuestas por la teoría fundamentada. A partir del material narrativo recabado en las entrevistas, se exponen primero los datos sociodemográficos que caracterizan a la muestra, seguidos por la sistematización progresiva de los fragmentos discursivos, desde la codificación abierta hasta la construcción de categorías teóricas en la codificación selectiva.

El análisis se orienta a visibilizar cómo se configuran las modalidades de interacción parental evocadas por los y las participantes en relación con sus experiencias de apego, los estilos de comunicación familiar y las dinámicas estructurales de sus hogares. En paralelo, se profundiza en la posible incidencia de dichas modalidades en la vivencia del trastorno bipolar tipo I, permitiendo explorar la interacción entre los vínculos tempranos y la expresión sintomática en la adultez. Esta lectura interpretativa articula lo

empírico con lo teórico, y permite avanzar en una comprensión situada del fenómeno investigado.

Presentación de los Resultados

Datos Sociodemográficos Muestrales

Considerando los datos presentados en la Tabla 2, se observa que la muestra está compuesta por catorce personas con diagnóstico confirmado, cuyas edades oscilan entre los 30 y los 60 años, lo cual permite establecer un marco de análisis que contempla distintas etapas del ciclo vital adulto. Esta diversidad etaria ofrece una oportunidad significativa para examinar cómo se manifiestan las experiencias subjetivas en torno a la situación estudiada desde distintas trayectorias de vida, ya que el rango abarca tanto adultos jóvenes como adultos mayores.

La experiencia individual frente a procesos vitales se ve fuertemente modulada por la etapa del desarrollo en la que se encuentre el sujeto, lo cual justifica la necesidad de considerar este factor con especial atención al momento de interpretar los datos obtenidos. En este sentido, el hecho de que la mayoría de los participantes se sitúe en el rango de los 50 a 60 años, es decir, en una etapa más avanzada de la adultez, permite inferir que muchos de ellos han atravesado experiencias acumulativas que pueden influir en su percepción, afrontamiento y posicionamiento frente a sus vivencias.

Tabla 2: *Matriz de datos sociodemográficos (N=14)*

ID	Edad (años)	Rango etario	Género	Diagnóstico confirmado
I01	33	30–39	Mujer	Sí
I02	60	50–60	Varón	Sí
I03	40	40–49	Varón	Sí
I04	52	50–60	Varón	Sí
I05	30	30–39	Mujer	Sí
I06	60	50–60	Varón	Sí
I07	50	50–60	Varón	Sí
I08	35	30–39	Mujer	Sí
I09	45	40–49	Varón	Sí
I10	49	40–49	Mujer	Sí
I11	55	50–60	Mujer	Sí
I12	38	30–39	Mujer	Sí
I13	41	40–49	Varón	Sí
I14	51	50–60	Mujer	Sí

En relación con el género, los datos presentados en la Tabla 3 reflejan una distribución equitativa entre mujeres y varones, lo cual otorga un punto de equilibrio que favorece la posibilidad de interpretar los discursos sin una sobrerrepresentación de perspectivas asociadas a un solo género. Esta paridad resulta particularmente valiosa si se considera que las construcciones sociales del género atraviesan las experiencias individuales de manera significativa, modulando no solo los modos de expresar el malestar, sino también las estrategias de afrontamiento que cada sujeto desarrolla (Connell, 2005).

Desde esta perspectiva, la presencia equivalente de ambos géneros permite explorar cómo operan estas construcciones sociales en las narrativas, sin que predomine una visión homogénea o sesgada.

Tabla 3: *Distribución por género*

Género	n	%
Mujer	7	50.00
Varón	7	50.00
Total	14	100.00

Tabla 4: *Distribución por rango etario*

Rango etario	N	%
30–39	4	28.57
40–49	4	28.57
50–60	6	42.86
Total	14	100.00

A partir de la Tabla 4, se advierte que seis de los catorce entrevistados (42,86 %) pertenecen al grupo etario de 50 a 60 años, mientras que los restantes ocho se distribuyen en partes iguales entre los rangos de 30 a 39 años y 40 a 49 años, representando cada uno el 28,57 % de la muestra. Esta distribución revela una preponderancia de adultos en una etapa madura, en la que, según Erikson (1982), suelen adquirir mayor conciencia de la finitud y replantearse aspectos fundamentales de la vida.

Dicha condición puede influir en la manera en que estos sujetos construyen sentido frente a situaciones críticas o disruptivas, lo que confiere a los datos una densidad interpretativa que trasciende lo meramente descriptivo. Así, el análisis de sus relatos debe ser abordado desde una mirada que contemple la dimensión biográfica, entendiendo que cada rango etario podría estar relacionado con procesos distintos de significación, construcción identitaria y recursos de afrontamiento.

Otra dimensión a considerar en el análisis está vinculada a la constante que aparece en la totalidad de los casos, donde todos los entrevistados poseen un diagnóstico confirmado. Esta condición común, si bien homogeniza un aspecto clínico de la muestra, habilita el abordaje de las diferencias desde otros factores como el género, la edad y la biografía individual. En este mismo marco, la variable género vuelve a adquirir un carácter relevante, especialmente si se la entrecruza con el rango etario. Por ejemplo, del total de mujeres entrevistadas, cinco se encuentran entre los 30 y 49 años, mientras que solo dos superan los 50, lo que podría indicar una mayor participación de mujeres más jóvenes en la muestra, en contraste con los varones, que se concentran en los rangos más altos de edad. Esta observación, aunque no decisiva en términos estadísticos, sugiere ciertos patrones que podrían estar vinculados con diferencias en la disponibilidad para participar o con modos particulares de involucramiento en la investigación según la edad y el género.

Codificación Abierta

En la tabla 5 se presentan los resultados en relación a la dimensión "Relación con la madre (ambivalencia)", se presentan los fragmentos significativos de las entrevistas realizadas a 14 pacientes adultos diagnosticados con trastorno bipolar tipo I, los cuales fueron codificados en base a la codificación abierta.

Tabla 5: *Dimensión: Relación con la madre (ambivalencia)*

N° Entrevistado	Fragmento significativo	Código abierto
1	"Ausente, distante [...] fin de semana sobreprotección"	Ambivalencia afectiva (ausencia/sobreprotección)
2	"Nos queríamos, pero a veces ella me limitaba [...] me exponía con mi papá"	Cuidado ambivalente / exposición parental
3	"Sobreprotección [...] no me dejaba hacer nada"	Sobreprotección invasiva
4	"Sobreprotectora [...] trabajaba mucho [...] con mis abuelos"	Presencia parcial y dependencia de terceros
5	"Nos queríamos, pero a veces ella me limitaba"	Ambivalencia emocional
6	"Mamá me sobreprotegía. Por el autoritarismo de papá"	Compensación afectiva materna
7	"Mamá me sobreprotegía, aunque me exigía mucho"	Sobreprotección exigente
8	"No me dejaba salir sola [...] por si pasa algo"	Miedo proyectado / control afectivo

9	"Sobreprotección y descalificación [...] me agredía"	Afecto contradictorio (cuida/agrede)
10	"De sobreprotección. Pero exigente o contradictoria"	Incoherencia emocional materna
11	"Buena [...] no compartíamos mucho [...] se enojaba"	Afecto condicionado a disponibilidad
12	"No me acuerdo nada"	Vacío mnémico afectivo
13	"Mala o difícil"	Vínculo materno conflictivo
14	"Permanentemente ocupada [...] miedo de hablarle"	Distancia afectiva y temor

Se observa que varios entrevistados refieren experiencias de sobreprotección por parte de la madre, aunque esta se presenta con matices diversos: en algunos casos aparece como sobreprotección invasiva, en otros combinada con exigencias, descalificación o incluso agresión, como en los casos 3, 7 y 9 respectivamente. También se identifica una forma de afecto contradictorio o incoherente, donde la madre es a la vez protectora y exigente o emocionalmente inconsistente, como relatan los entrevistados 10 y 6.

En otras experiencias, la madre aparece como una figura ambivalente o emocionalmente inestable, mezclando cuidado y exposición o limitaciones, como se describe en los casos 1, 2 y 5. Algunos participantes señalan la ausencia física o emocional de la madre, que a veces es compensada por la presencia de otros cuidadores, como en el caso 4. Otros testimonios evidencian relaciones conflictivas, condicionadas por la disponibilidad materna o marcadas por el miedo y la distancia afectiva, como lo expresan los entrevistados 11, 13 y 14.

Un entrevistado menciona no recordar nada respecto al vínculo materno, lo cual se codifica como vacío mnémico afectivo (caso 12). En síntesis, la codificación abierta muestra una variedad de formas de ambivalencia en la relación con la madre, que incluyen tanto sobreprotección como distancia, exigencias, miedo, contradicciones afectivas y vínculos conflictivos.

En la dimensión correspondiente a la relación con la figura paterna, particularmente en lo referido al autoritarismo (Tabla 6), los relatos de los entrevistados revelan una variedad de experiencias vinculadas con distintos grados de control, afecto y presencia emocional. En varios casos, se repite una caracterización del padre como una figura que “no se metía” pero establecía “límites firmes”, lo que se codificó como presencia distante con autoridad pasiva o figura paternal indiferente con límites, siendo esta expresión reiterada en los testimonios de los entrevistados 1, 2, 5 y 6. Por otro lado, se identificaron referencias directas al autoritarismo rígido, como en el caso del entrevistado 3, quien lo describe como “muy exigente” y “autoritario”, o como una figura que “no me dejaba elegir”, tal como relata el entrevistado 4, lo que se codificó como control de decisiones o imposición.

Tabla 6: *Dimensión: Relación con el padre (autoritarismo)*

N° Entrevistado	Fragmento significativo	Código abierto
1	"No se metía. O límites firmes"	Presencia distante con autoridad pasiva
2	"No se metía. O límites firmes"	Presencia distante con autoridad pasiva
3	"De exigencia. Muy exigente. Autoritario"	Autoritarismo rígido
4	"Autoritario [...] no me dejaba elegir"	Control de decisiones / imposición
5	"No se metía. O límites firmes"	Figura paternal indiferente con límites
6	"No se metía. O límites firmes"	Figura paternal indiferente con límites
7	"Distante. Me desvalorizaba"	Desvalorización emocional
8	"Distante"	Ausencia afectiva paterna
9	"Nunca me valoró [...] si me moría tenían otro hijo"	Negación del valor personal
10	"Distante. Autoritaria"	Doble rasgo: distancia y autoridad
11	"Muy exigente [...] de cariño, pero muy exigente"	Afecto condicionado a la exigencia
12	"Muy exigente [...] de cariño, pero muy exigente"	Amor bajo presión / exigencia constante
13	"Buena o cercana"	Vínculo paternal positivo
14	"Distante"	Distancia afectiva

También emergen relatos en los que el padre es mencionado como una figura distante en lo afectivo, con diversas manifestaciones de rechazo emocional. En este sentido, el entrevistado 7 refiere que su padre “lo desvalorizaba”, lo cual fue codificado como desvalorización emocional, mientras que el entrevistado 8 lo califica simplemente como “distante”, lo que fue interpretado como ausencia afectiva paterna. Esta distancia emocional se profundiza en el testimonio del entrevistado 9, quien expresa que “nunca me valoró” y que “si me moría tenían otro hijo”, reflejando una negación del valor personal. Una categoría compuesta aparece en el caso del entrevistado 10, quien describe una figura “distante” y “autoritario”, lo que fue codificado como doble rasgo: distancia y autoridad.

Por otra parte, algunos entrevistados señalan una relación marcada por la exigencia constante, incluso en contextos donde también se menciona el afecto. Por ejemplo, los entrevistados 11 y 12 mencionan que sus padres eran “muy exigentes” pero también afectuosos, situación que se codificó como afecto condicionado a la exigencia o amor bajo presión. Finalmente, se recoge un testimonio que refiere una experiencia positiva en la relación con el padre. El entrevistado 13 caracteriza el vínculo como “bueno o cercano”, lo que se codificó como vínculo paternal positivo. En contraste, el entrevistado 14 retoma la categoría de “distante”, reafirmando la presencia de una distancia afectiva en la figura paterna en varios de los casos entrevistados.

En la dimensión correspondiente a la percepción de la dinámica familiar (Tabla 7), los relatos recogidos en las entrevistas muestran de forma reiterada la presencia de ambientes conflictivos, tensiones persistentes y dificultades en la expresión emocional dentro del entorno familiar.

En múltiples casos, los entrevistados mencionan “muchas discusiones” como parte central de su experiencia, lo que fue codificado como conflicto frecuente, discusiones persistentes o ambiente conflictivo, como se observa en los testimonios de los entrevistados 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Esta presencia constante de enfrentamientos se acompaña, además, de expresiones como “sí y no” o afirmaciones ambiguas, que reflejan ambivalencia o inhibición emocional, como en los casos de los entrevistados 1, 2 y 3, o de emociones reprimidas como en el testimonio del entrevistado 6.

Tabla 7: *Dimensión: Percepción de la dinámica familiar*

N° Entrevistado	Fragmento significativo	Código abierto
1	"Muchas discusiones" / "Sí y no" / "Sí"	Conflicto frecuente / Expresión emocional ambigua / Tensión constante
2	"Muchas discusiones" / "Sí y no" / "Sí"	Conflicto frecuente / Ambivalencia expresiva / Tensión continua
3	"Muchas discusiones [...] mamá sobreprotegía, papá se enojaba" / "No" / "Sí"	Conflicto parental y roles opuestos / Inhibición emocional / Conflicto permanente

4	"Muchas discusiones [...] mamá se tiraba, decía que estaba depresiva" / "No" / "Sí"	Desregulación emocional materna / Anulación emocional infantil / Violencia simbólica
5	"Muchas discusiones" / "Sí y no" / "Sí"	Discusiones persistentes / Expresión emocional limitada / Tensión familiar sostenida
6	"Muchas discusiones" / "Sí y no" / "Sí"	Ambiente conflictivo / Emociones reprimidas / Hostilidad familiar
7	"Mala, no había" / "No" / "Sí"	Ausencia de comunicación / Represión emocional / Presión constante
8	"Se peleaban, no mucha comunicación" / "No" / "Sí"	Conflicto parental y silencio / Represión emocional / Tensión crónica
9	"Muchas discusiones [...] mamá celosa, papá autoritario" / "No" / "Sí"	Doble carga afectiva disfuncional / Inhibición emocional / Ambientes tensionales
10	"Contradictoria [...] mamá peleaba y me culpaba" / "No" / "Sí"	Comunicación contradictoria / Culpabilización del hijo / Conflicto permanente
11	"Confusa, poco clara [...] malos entendidos" / "No" / "Sí"	Inestabilidad comunicacional / Falta de claridad emocional / Malestar sostenido
12	"Mis papás peleaban [...] nos callábamos" / "No" / "Sí"	Silenciamiento como defensa / Emociones negadas / Tensión constante
13	"Malísima, siempre a malos tratos" / "No, pero lo hacía igual pese al castigo" / "Siempre"	Maltrato verbal y emocional / Expresión emocional con temor / Violencia normalizada

14	"No había comunicación" / "No" / "Siempre"	Silencio como patrón familiar / Represión emocional crónica / Tensión familiar constante
----	---	--

En algunos casos, los relatos revelan además dinámicas complejas de roles parentales, donde la sobreprotección materna o la autoridad paterna desencadenaban enfrentamientos, como en el caso del entrevistado 3, donde se evidencia un conflicto parental con roles opuestos. La desregulación emocional también se hace presente, como lo muestra el testimonio del entrevistado 4, quien menciona comportamientos extremos de la madre, lo que fue codificado como desregulación emocional materna y violencia simbólica. En el mismo sentido, el entrevistado 10 habla de una dinámica contradictoria donde la madre peleaba y lo culpaba, lo que fue codificado como comunicación contradictoria y culpabilización del hijo.

Otras experiencias refieren directamente a la ausencia o distorsión de la comunicación como rasgo estructural de la dinámica familiar. El entrevistado 7 señala que la relación era “mala” y que “no había” comunicación, mientras que el entrevistado 14 menciona directamente que “no había comunicación”, lo que fue interpretado como silencio como patrón familiar y represión emocional crónica. También se destaca el testimonio del entrevistado 8, quien refiere que sus padres se peleaban pero que “no había mucha comunicación”, lo que se asocia a conflicto parental acompañado de silencio.

La inhibición emocional o la represión aparecen también como formas de adaptación a un ambiente hostil, como en el testimonio del entrevistado 12, que relata que ante las peleas de sus padres “nos callábamos”, lo que fue codificado como silenciamiento como defensa y emociones negadas. En algunos casos, como en el del entrevistado 13, el ambiente es calificado como “malísimo”, con presencia de malos tratos y expresiones emocionales reprimidas por temor al castigo, lo que se interpretó como maltrato verbal y emocional y violencia normalizada.

La dinámica familiar es también descrita por algunos entrevistados como confusa o marcada por malos entendidos, como en el caso del entrevistado 11, quien habla de una experiencia “poco clara”, lo que se codificó como inestabilidad comunicacional y falta de claridad emocional.

En la dimensión correspondiente al impacto emocional y subjetivo (Tabla 8), los testimonios de los entrevistados evidencian con claridad cómo las dinámicas familiares vividas durante la infancia y adolescencia influyeron en la conformación de su mundo afectivo y subjetivo, manifestándose en inseguridad, desvalorización, anulación y desregulación emocional.

Una gran parte de los relatos hacen referencia directa a la figura materna como fuente de inestabilidad emocional, con expresiones que destacan una ambivalencia afectiva o una relación fragmentada. Por ejemplo, los entrevistados 1, 2, 3, 5 y 6 refieren que su madre pasaba de la sobreprotección a la ausencia, o que la relación con ella era inestable, lo cual se codificó como ambivalencia afectiva materna, inestabilidad materna y asociación emocional directa con afectación. Estos testimonios reiteran que el vínculo

materno estaba marcado por la desregulación y que esto impactaba negativamente en la subjetividad del entrevistado.

Tabla 8: *Dimensión: Impacto emocional y subjetivo*

N° Entrevistado	Fragmento significativo	Código abierto
1	"No se relacionaban. Mamá pasa de sobreprotección a ausencia" / "Sí, la inestabilidad de mamá" / "El vínculo con ella me afectaba"	Ambivalencia afectiva materna / Influencia emocional negativa / Asociación vínculo-afectación
2	"No se relacionaban" / "Sí, la inestabilidad de mamá" / "El vínculo con ella me afectaba"	Desvinculación emocional / Inestabilidad materna / Asociación directa con desregulación emocional
3	- / "Sí, la inestabilidad de mamá" / "El vínculo con ella me afectaba"	Inestabilidad materna / Impacto emocional del vínculo
4	"Me ayudó a enfermarme más [...] contradicción, desvalorización" / "Sí, la inestabilidad de mamá" / "Peleas y desvalorización de mamá y papá"	Desvalorización parental / Ambiente contradictorio / Asociación de conflicto con enfermedad
5	"No se relacionaban" / "Sí, la inestabilidad de mamá" / "El vínculo con ella me afectaba"	Relación fragmentada / Inestabilidad materna / Asociación emocional directa
6	"No se relacionaban" / "Sí, la inestabilidad de mamá" / "El vínculo con ella me afectaba"	Distancia emocional / Desregulación afectiva materna / Efecto emocional
7	"Me anulaban" / "Sí" / "Me peleaba mucho con ellos"	Anulación emocional / Conflicto parental crónico /

		Asociación directa con afectación
8	"Sí" / "Sí" / "Peleas, no me dejaban decidir"	Desaprobación y control / Falta de autonomía / Conflicto vincular y afectación
9	"Siempre me anularon [...] no me dejaron ser" / "Sí, la inestabilidad de mamá y lo autoritario de mi papá" / "Muchos"	Despersonalización / Doble influencia parental negativa / Carga emocional acumulada
10	"Siempre me anularon [...] me medicaban" / "Sí, totalmente" / "La mayoría"	Anulación y patologización / Determinación afectiva total / Asociación múltiple con síntomas
11	"Me afectó negativamente" / "Sí" / "Mi mamá me exigía y luego me rechazaba"	Influencia emocional negativa / Culpabilización / Sobrecarga emocional
12	"Me generó inseguridad" / "Sí" / "Siempre todo estaba mal"	Inseguridad emocional / Baja autoestima / Desesperanza
13	"Generó mucha de la inseguridad que tengo" / "Sí, casi todas" / "El monetario con la depresión"	Inseguridad emocional persistente / Relación directa con episodios afectivos
14	"Terreno inseguro, no sentía contención" / "Sí" / "Siempre me sentí anulada"	Inseguridad y desamparo / Falta de contención emocional / Anulación personal

En otros casos, se profundiza en el efecto directo del conflicto familiar en la construcción emocional del sujeto. El entrevistado 4 menciona que su madre lo desvalorizaba y que ello “le ayudó a enfermarse más”, mientras que el entrevistado 7 afirma que lo “anulaban” y que mantenía frecuentes peleas con ambos padres. Estos relatos fueron codificados como desvalorización parental, conflicto parental crónico, anulación emocional y asociación directa con afectación, destacando la conexión entre el entorno familiar conflictivo y la aparición de síntomas o vulnerabilidad emocional. Del mismo modo, el entrevistado 8 señala la falta de autonomía y el control parental, lo que se traduce en desaprobación constante, conflicto vincular y afectación emocional.

En otros testimonios, aparece la referencia explícita a experiencias de anulación personal. Los entrevistados 9 y 10 expresan haber sido sistemáticamente anulados, controlados y hasta medicados, lo cual se interpreta como despersonalización, anulación y patologización, acompañadas de una fuerte carga emocional acumulada. Este tipo de vivencias se asocian a una determinación afectiva total y a una influencia parental negativa ejercida desde ambos progenitores.

En cuanto a los efectos emocionales más concretos, aparecen sentimientos persistentes de inseguridad, baja autoestima y falta de contención. El entrevistado 11 afirma haber sido afectado negativamente por su madre, quien lo exigía y luego lo rechazaba, lo que se codificó como influencia emocional negativa, culpabilización y sobrecarga emocional.

El entrevistado 12 relata que estas experiencias le generaron inseguridad y una percepción constante de que “todo estaba mal”, en tanto que el entrevistado 13 vincula

directamente su inseguridad emocional con los episodios depresivos sufridos. Finalmente, el entrevistado 14 habla de un “terreno inseguro”, en el que no sentía contención y se sentía “anulada”, lo que fue interpretado como desamparo, falta de contención emocional y anulación personal.

En la dimensión referida al inicio del episodio maníaco-depresivo en personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar tipo I (Tabla 9), los relatos recabados evidencian distintos momentos de aparición del primer episodio, así como factores contextuales asociados. En varios casos, específicamente en los entrevistados 1, 2, 3, 5, 6 y 7, el inicio del trastorno se vincula directamente con la separación de los padres, lo cual fue codificado como episodio vinculado a ruptura familiar. Esta recurrencia señala una asociación entre el evento de desestructuración del núcleo familiar y la manifestación inicial del cuadro bipolar.

Tabla 9: *Dimensión: Trastorno Bipolar I. Inicio del episodio maníaco-depresivo*

N° Entrevistado	Fragmento significativo	Código abierto
1–3, 5–7	"Separación de mis papás"	Episodio vinculado a ruptura familiar
4	"A los 16 años. Me llevaron a Rosario"	Inicio en adolescencia con internación
8	"No me acuerdo"	Ausencia de registro del primer episodio
9–10	"Discusiones papás y conmigo"	Episodio asociado a conflicto familiar activo
11	"Cuando empecé a estudiar. 18 años"	Inicio relacionado con transición académica

12	"A los 24 años. Estuve muy mal. Me internaron"	Inicio en adultez joven con internación
13	"A los 26 años [...] primer brote psicótico"	Brote psicótico en la adultez
14	"A los 20 años"	Inicio en adultez joven

En otros testimonios, el episodio inaugural se enmarca en etapas específicas del desarrollo, como la adolescencia o la adultez joven, muchas veces acompañado por internaciones. El entrevistado 4 refiere que el inicio se dio a los 16 años, momento en el cual fue internado en Rosario, lo que se codificó como inicio en adolescencia con internación. De manera similar, los entrevistados 12 y 13 mencionan que el episodio ocurrió a los 24 y 26 años respectivamente, siendo en uno de los casos necesario el ingreso hospitalario, y en el otro se reporta un primer brote psicótico, lo que se codificó como inicio en adultez joven con internación y brote psicótico en la adultez.

También se identifica un inicio asociado a situaciones de conflicto familiar activo, más allá de eventos de ruptura específica. Los entrevistados 9 y 10 refieren que las discusiones tanto entre sus padres como con ellos mismos estuvieron vinculadas al inicio del episodio, lo que fue codificado como episodio asociado a conflicto familiar activo. En contraste, el entrevistado 11 ubica el comienzo del trastorno en el momento en que comenzó a estudiar, a los 18 años, lo que fue interpretado como un inicio relacionado con una transición académica y vital, propia del pasaje a la adultez.

Asimismo, se presenta un caso en el que el entrevistado no puede precisar el momento del primer episodio, como ocurre con el entrevistado 8, quien declara no recordar el inicio, lo que fue codificado como ausencia de registro del primer episodio.

Por último, el entrevistado 14 sitúa el inicio del trastorno a los 20 años, sin mayores detalles contextuales, lo que se clasificó como inicio en adultez joven.

En la dimensión referida al evento desencadenante del Trastorno Bipolar tipo I (Tabla 10), los relatos de los entrevistados permiten identificar con claridad una serie de situaciones puntuales o contextos prolongados que antecedieron al primer episodio agudo del trastorno, vinculándose estrechamente con el entorno familiar, las dinámicas interpersonales o eventos significativos en la vida del sujeto. En los casos de los entrevistados 1 al 7, se señala como desencadenante principal la separación de los padres, una situación vivida como un estresor familiar agudo, repetido de manera consistente en más de la mitad de los testimonios, lo que da cuenta de la fuerte incidencia que la ruptura del núcleo familiar tuvo en la irrupción del trastorno.

Tabla 10: *Dimensión: Trastorno Bipolar I. Evento desencadenante*

N°	Fragmento significativo	Código abierto
Entrevistado		
1-7	"Separación de mis papás"	Estresor familiar agudo
8	"Pelear conmigo"	Conflicto intrafamiliar personal
9	"Tratar de hacer más [...] para cumplir con mi papá"	Exigencia y presión parental
10	"Volver a casa tras independizarme"	Pérdida de autonomía / conflicto emocional
11-12	"Pelear de mis papás y conmigo [...] contradicción"	Clima familiar contradictorio
13	"Me estaba por recibir"	Evento académico estresante

14	"Pelear entre mis papás [...] vivían juntos pero separados"	Convivencia conflictiva como estresor cró
----	---	---

En otros casos, los eventos desencadenantes están relacionados con conflictos directos entre el entrevistado y sus padres. El entrevistado 8 refiere peleas personales con los padres, lo que fue codificado como conflicto intrafamiliar personal, mientras que el entrevistado 9 relata que intentaba hacer más para cumplir con las expectativas de su padre, evidenciando una vivencia de exigencia y presión parental como factor precipitante. Este tipo de experiencias muestra cómo la dinámica familiar no sólo operaba como trasfondo general, sino también como foco de tensiones específicas que impactaban directamente en la subjetividad de los entrevistados.

Asimismo, algunos relatos se vinculan con la pérdida de autonomía o situaciones de transición vital. El entrevistado 10 menciona como evento desencadenante el regreso al hogar familiar luego de un período de independencia, lo que se interpretó como una pérdida de autonomía acompañada de conflicto emocional. En los casos de los entrevistados 11 y 12, se menciona un clima familiar contradictorio, caracterizado por discusiones tanto entre los padres como con el propio entrevistado, lo que se codificó como un entorno emocionalmente inestable y contradictorio.

Por otro lado, también aparecen eventos estresantes fuera del núcleo familiar, aunque no desvinculados de la estructura emocional construida en ese entorno. El entrevistado 13 refiere que el episodio se desencadenó cuando estaba por recibirse, lo que se codificó como un evento académico estresante, vinculado a las exigencias personales y sociales del momento. Finalmente, el entrevistado 14 señala como desencadenante las

constantes peleas entre sus padres, quienes “vivían juntos pero separados”, lo que se interpretó como una convivencia conflictiva sostenida en el tiempo, constituyendo un estresor crónico de origen familiar.

En la dimensión correspondiente a la reacción de los padres frente al diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I en sus hijos (Tabla 11), los relatos de los entrevistados muestran una tendencia predominante hacia el silencio, la negación o el abordaje fragmentado de la problemática, con diferencias notables entre las figuras materna y paterna en varios casos. En los testimonios de los entrevistados 1, 2, 3, 5, 6 y 7, se repite una experiencia donde no se habló del diagnóstico en el ámbito familiar y donde la respuesta se limitó a la medicación, lo cual fue codificado como silencio familiar e intervención médica directa. Esta actitud refleja una forma de evasión del problema mediante la medicalización, sin una elaboración emocional o comunicacional en el seno familiar.

Tabla 11: *Dimensión: Trastorno Bipolar I. Los padres frente al diagnóstico del hijo*

N° Entrevistado	Fragmento significativo	Código abierto
1-3, 5-6, 7	"No hablé. Me medicaron"	Silencio familiar / intervención médica directa
4	"Papá negó el diagnóstico. Mamá lo aceptó"	Negación paterna / aceptación materna
8	"No hablé nunca. Lo niegan"	Negación familiar generalizada
9-10	"Papá lo omite. Mamá da medicación"	Omisión paterna / cuidado instrumental materno

11	"Mi papá quiere que me cure. Mi mamá aumenta mi enfermedad"	Tensión dual en el manejo familiar del diagnóstico
12	"Ellos niegan el problema"	Negación total del diagnóstico
13	"Dicen que soy otro hijo"	Desidentificación / rechazo identitario
14	"No lo toman, lo niegan"	Negación generalizada

Algunos relatos profundizan en las diferencias entre los progenitores. El entrevistado 4 menciona que el padre negó el diagnóstico mientras que la madre lo aceptó, lo que fue codificado como negación paterna y aceptación materna. Por su parte, los entrevistados 9 y 10 señalan una omisión del padre en cuanto al diagnóstico, en contraste con una participación activa de la madre a través del suministro de medicación, lo cual se interpretó como omisión paterna y cuidado instrumental materno. Este tipo de dinámica revela un manejo asimétrico de la situación por parte de los padres, donde la figura paterna tiende a minimizar, ignorar o eludir el diagnóstico, mientras que la materna asume un rol más práctico, aunque no necesariamente emocionalmente involucrado.

Otros testimonios evidencian un rechazo más generalizado al diagnóstico por parte de ambos padres. El entrevistado 8 expresa que "lo niegan", sin haber hablado nunca del tema, lo que fue codificado como negación familiar generalizada, al igual que en el caso del entrevistado 14, quien también afirma que los padres "no lo toman, lo niegan". En un sentido similar, el entrevistado 12 señala que "ellos niegan el problema", lo que fue interpretado como una negación total del diagnóstico por parte del entorno familiar. Estas respuestas ponen en evidencia una falta de reconocimiento explícito del trastorno,

lo que puede tener implicancias en la forma en que se gestiona emocional y clínicamente la condición.

También aparecen relatos que expresan formas más profundas de rechazo o conflicto en torno al diagnóstico. El entrevistado 11 describe una situación de tensión dual, donde el padre desea la “cura” y la madre, en cambio, es percibida como alguien que “aumenta” la enfermedad, lo que fue codificado como tensión dual en el manejo familiar del diagnóstico. Finalmente, el entrevistado 13 ofrece un testimonio particularmente significativo, donde sus padres “dicen que soy otro hijo”, lo cual fue interpretado como desidentificación y rechazo identitario, señalando una ruptura simbólica en el vínculo familiar a partir del diagnóstico.

En la dimensión referida al apoyo emocional de los padres frente al Trastorno Bipolar tipo I (Tabla 12), los relatos de los entrevistados muestran una amplia variedad de experiencias que oscilan entre la presencia activa, el apoyo parcial, la ausencia total e incluso la imposibilidad de recibirlo. En varios casos, particularmente en los entrevistados 1, 2, 3, 5 y 6, se destaca la existencia de apoyo por parte de ambos padres, con la particularidad de que este respaldo se habría fortalecido luego de la separación de los progenitores, lo que fue codificado como apoyo posterior a transformación familiar.

En contraste, algunos testimonios refieren la falta total de acompañamiento. El entrevistado 4 señala que no recibe apoyo de nadie y que su madre no lo ayuda, mientras que el entrevistado 7 responde de manera directa que no cuenta con apoyo, lo que fue interpretado respectivamente como falta de apoyo actual con percepción de abandono e inexistencia de apoyo actual. Este patrón de ausencia también aparece en el entrevistado

9, aunque con la particularidad de que sí recibe respaldo de su esposa, lo que se codificó como apoyo externo, fuera del núcleo familiar.

Tabla 12: *Dimensión: Trastorno Bipolar I. Apoyo emocional de los padres*

N° Entrevistado	Fragmento significativo	Código abierto
1-3, 5-6	"Sí, están los dos [...] mejoraron tras separación"	Apoyo posterior a transformación familiar
4	"No recibo apoyo de nadie [...] mamá no me ayuda"	Falta de apoyo actual / percepción de abandono
7	"No"	Inexistencia de apoyo actual
8	"Más o menos"	Apoyo parcial o ambivalente
9	"No, de mi esposa"	Apoyo externo, fuera del núcleo familiar
10	"De mi mamá"	Apoyo selectivo materno
11	"No sé. Está ahí"	Apoyo emocional poco claro
12	"Siempre están, pero raro"	Presencia ambigua / apoyo no confiable
13	"Sí, incluso de mis hermanos"	Apoyo familiar ampliado
14	"Fallecieron"	Imposibilidad de apoyo actual

Otros relatos evidencian formas de apoyo parcial, ambiguo o selectivo. El entrevistado 8 lo describe como "más o menos", lo que fue codificado como apoyo parcial o ambivalente. En el caso del entrevistado 10, el respaldo proviene únicamente de la madre, por lo que se clasificó como apoyo selectivo materno. El entrevistado 11 manifiesta no tener claridad sobre la calidad o solidez del apoyo, señalando "no sé, está ahí", lo que fue interpretado como apoyo emocional poco claro, mientras que el

entrevistado 12 afirma que sus padres “siempre están, pero raro”, lo que refleja una presencia ambigua y un apoyo no del todo confiable.

En un extremo opuesto, el entrevistado 13 describe una experiencia positiva en la que recibe apoyo no solo de sus padres sino también de sus hermanos, lo que se codificó como apoyo familiar ampliado. Finalmente, el entrevistado 14 refiere que sus padres fallecieron, situación que implica la imposibilidad de recibir apoyo actual.

Codificación Axial

La codificación abierta obtenida permite identificar seis categorías intermedias que agrupan los códigos emergentes y sus relaciones con condiciones contextuales y consecuencias observadas (Tabla 13).

Tabla 13: *Relación entre códigos y categorías emergentes*

Categoría intermedia	Subcategorías / códigos relacionados	Condiciones / Contextos	Consecuencias o efectos
	- Presencia/ausencia alternante		
1. Ambivalencia materna e incertidumbre afectiva	- Sobreprotección vs. descalificación	Madres trabajadoras,	Confusión afectiva,
	- Incoherencia emocional	presencia limitada, vínculos marcados	inseguridad emocional,
	- Afecto contradictorio	por la alternancia emocional	sensación de falsa autonomía
	- Expresión afectiva impredecible		

2. Autoritarismo paterno y represión emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Figura estricta y desvalorizadora - Falta de escucha - Castigos sin explicación - Miedo a las expectativas - Negación de opiniones propias 	<p>Padres emocionalmente distantes o impositivos, contexto de control vertical</p>	<p>Baja autoestima, inhibición emocional, presión internalizada, miedo</p>
3. Comunicación familiar disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Discusiones frecuentes - Contradicciones parentales - Falta de diálogo - Inhibición de expresión emocional - Ambientes de tensión constante 	<p>Ambientes familiares con escasa escucha, conflictos entre padres, silenciamiento como norma</p>	<p>Dificultades para expresar emociones, patrones relacionales disfuncionales</p>
4. Desregulación emocional en la infancia	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición a vínculos inestables - Cambios repentinos en figuras de apego - No previsibilidad emocional - Anulación emocional 	<p>Relación ambivalente con figuras parentales, ausencia de validación emocional, hostilidad</p>	<p>Dificultad para identificar y gestionar emociones propias en la adultez</p>
5. Vulnerabilidad afectiva y crisis adultas	<ul style="list-style-type: none"> - Primer episodio asociado a conflictos familiares 	<p>Episodios de manía o depresión posteriores a</p>	<p>Manifestación de síntomas de trastorno bipolar I</p>

	- Separación de padres como evento gatillo	situaciones familiares estresantes	en vínculo con vivencias pasadas
	- Diagnóstico negado o minimizado por padres		
	- Ausencia o ambivalencia de apoyo actual		
6. Reconocimiento retrospectivo del daño emocional	- Reflexiones sobre la crianza		
	- Deseos de haber recibido valoración	Procesos de maduración posterior al diagnóstico o al inicio del tratamiento	Conciencia del impacto de la crianza en la salud mental / deseo de cambio en futuras crianzas
	- Identificación del miedo como emoción dominante		
	- Consejos centrados en la contención y validación emocional		

La categoría 1, denominada ambivalencia materna, se vincula de manera estrecha con la categoría 4, que refiere a la desregulación emocional, ya que en numerosos casos funciona como una condición estructurante que da forma y sostiene esta última; por lo tanto, la ambivalencia experimentada en la relación con la madre contribuye significativamente a la manifestación y mantenimiento de la inestabilidad emocional.

A su vez, las categorías 2 y 3, que corresponden al autoritarismo y a la comunicación disfuncional respectivamente, operan como factores contextuales que configuran climas familiares particulares, los cuales incrementan la vulnerabilidad emocional de los sujetos al crear un entorno cargado de tensiones y dificultades comunicativas.

En este sentido, la categoría 5 agrupa las consecuencias directas observadas a lo largo de las entrevistas, fundamentándose en la evidencia recogida que demuestra cómo los episodios afectivos de los participantes están correlacionados con dinámicas familiares conflictivas, evidenciando así la influencia tangible del contexto familiar en la salud emocional.

Finalmente, la categoría 6 cumple una función integradora al incorporar las voces subjetivas en una clave reflexiva, lo que posibilita articular la experiencia vivida con la construcción de significados posteriores, otorgando profundidad y comprensión al proceso vivido por los entrevistados.

La primera categoría, denominada ambivalencia materna e incertidumbre afectiva, reúne códigos relacionados con la alternancia entre presencia y ausencia, la coexistencia de sobreprotección y descalificación, la incoherencia emocional, el afecto contradictorio y la expresión afectiva impredecible. Estas experiencias se ubican en contextos donde las madres presentan una presencia limitada por motivos laborales o por vínculos marcados por la alternancia emocional, y se asocian a consecuencias como confusión afectiva, inseguridad emocional y sensación de falsa autonomía.

La segunda categoría, autoritarismo paterno y represión emocional, agrupa códigos que describen una figura estricta y desvalorizadora, la falta de escucha, castigos sin explicación, miedo a las expectativas y negación de opiniones propias, en contextos de padres distantes o impositivos que ejercen un control vertical. Las consecuencias mencionadas incluyen baja autoestima, inhibición emocional, presión internalizada y miedo.

La tercera categoría, comunicación familiar disfuncional, comprende códigos como discusiones frecuentes, contradicciones parentales, falta de diálogo, inhibición de la expresión emocional y ambientes de tensión constante, situados en entornos familiares con escasa escucha, conflictos entre padres y silenciamiento como norma, y vinculados a dificultades para expresar emociones y a la instalación de patrones relacionales disfuncionales.

La cuarta categoría, desregulación emocional en la infancia, se compone de códigos que refieren a la exposición a vínculos inestables, cambios repentinos en las figuras de apego, ausencia de previsibilidad emocional y anulación emocional. Estos elementos aparecen en contextos de relaciones ambivalentes con figuras parentales, ausencia de validación emocional y presencia de hostilidad, y se asocian a dificultades para identificar y gestionar emociones propias en la adultez.

La quinta categoría, vulnerabilidad afectiva y crisis adultas, incorpora códigos que describen el primer episodio del trastorno vinculado a conflictos familiares, la separación de los padres como evento gatillo, el diagnóstico negado o minimizado por los progenitores y la ausencia o ambivalencia en el apoyo actual, en un contexto donde los

episodios de manía o depresión se producen posteriormente a situaciones familiares estresantes, con la manifestación de síntomas de trastorno bipolar I asociados a vivencias pasadas.

Finalmente, la sexta categoría, reconocimiento retrospectivo del daño emocional, reúne códigos que expresan reflexiones sobre la crianza, el deseo de haber recibido valoración, la identificación del miedo como emoción dominante y la formulación de consejos centrados en la contención y validación emocional, situados en procesos de maduración posteriores al diagnóstico o al inicio del tratamiento, con consecuencias que incluyen la toma de conciencia del impacto de la crianza en la salud mental y el deseo de generar cambios en las futuras crianzas.

Codificación Selectiva: Categorías de Análisis Emergentes

Entorno afectivo parental inconsistente (configurado por ambivalencia materna (oscilación entre sobreprotección, distancia y descalificación) y autoritarismo paterno (exigencia, desvalorización y control) que incrementa la vulnerabilidad para la desregulación emocional en la infancia y precipita/agrava episodios afectivos en la adultez (ante estresores familiares como separaciones, peleas o pérdida de autonomía), configurando el curso del Trastorno Bipolar I. Este entorno también se asocia con negación/ambivalencia familiar frente al diagnóstico y apoyos actuales heterogéneos (Tabla 14).

Tabla 14: *Matriz de integración: de categorías axiales al núcleo central*

Categoría axial	Propiedades/indicadores (de los datos)	Evidencia empírica (síntesis)	Contribución al núcleo central
Ambivalencia materna e incertidumbre afectiva	Presencia/ausencia alternante; sobreprotección vs. descalificación; afecto impredecible	~10/14 describen sobreprotección/ambivalencia; múltiples ejemplos de “me cuidaba pero me exponía / descalificaba”.	Eje inconsistencia afectiva que instala inseguridad y confusión emocional temprana.
Autoritarismo paterno y represión	Exigencia rígida; desvalorización; castigos sin explicación; silencio de la opinión infantil	13/14 refieren figura estricta ; frecuentes relatos de miedo/presión y desvalorización.	Control vertical que inhibe la expresión y consolida baja autoestima/temor .
Comunicación familiar disfuncional	Discusiones frecuentes; contradicciones; silenciamiento	Gran mayoría reporta peleas/tensión sostenida y poca claridad comunicacional.	Clima crónico de tensión que actúa como contexto para la inestabilidad afectiva.
Desregulación emocional en la infancia	Cambios repentinos de humor en cuidadores; imprevisibilidad; anulación	Se describe inseguridad, anulación y dificultad para identificar/gestionar emociones.	Traduce la inconsistencia en vulnerabilidad regulatoria que

			persiste en el tiempo.
Vulnerabilidad y crisis en la adultez	Episodios ligados a estresores familiares; separación parental como gatillo frecuente	7/14 ubican el primer episodio en el contexto de separación de padres ; otros refieren peleas/pérdida de autonomía / presión.	Puente explicativo: la vulnerabilidad se dispara ante estresores familiares.
Respuesta familiar al diagnóstico y apoyos	Negación/omisión; aceptación parcial; apoyos ambivalentes/externos	Predomina negación/omisión paterna; apoyo materno instrumental en algunos; apoyo actual heterogéneo (sí, no, parcial, externo).	Condición interviniente que modula curso y afrontamiento de los episodios.

Como puede observarse en la tabla 14, la categoría axial referida a la ambivalencia materna e incertidumbre afectiva se caracteriza por la alternancia entre presencia y ausencia, la coexistencia de sobreprotección y descalificación y un afecto impredecible, aspectos que se observan en alrededor de diez de los catorce casos analizados, donde se registran descripciones de cuidado acompañado de exposición o desvalorización. El autoritarismo paterno y la represión se configuran a partir de exigencias rígidas, desvalorización, castigos sin explicación y silenciamiento de la opinión infantil, siendo mencionado por trece de los catorce participantes, quienes relatan experiencias marcadas por el miedo, la presión y la falta de reconocimiento.

La comunicación familiar disfuncional se identifica en la recurrencia de discusiones, contradicciones y silenciamiento, con la mayoría de los entrevistados refiriendo la presencia de conflictos prolongados y una comunicación poco clara. La desregulación emocional en la infancia se manifiesta a través de cambios bruscos de humor en las figuras cuidadoras, imprevisibilidad y anulación, con testimonios que señalan inseguridad, supresión emocional y dificultades para identificar y manejar las emociones.

La vulnerabilidad y las crisis en la adultez se asocian con episodios vinculados a estresores familiares, siendo frecuente la separación parental como detonante del primer episodio, además de la referencia a peleas, pérdida de autonomía y presión.

Por último, la respuesta familiar al diagnóstico y los apoyos incluye desde la negación y omisión hasta la aceptación parcial y la provisión de apoyos ambivalentes o externos, con predominio de la falta de reconocimiento paterno, apoyo materno principalmente instrumental en algunos casos y una diversidad de experiencias de apoyo actual que varían entre presencia plena, ausencia, parcialidad o procedencia externa.

En el plano de las condiciones causales, los datos muestran que la combinación de una ambivalencia materna (donde se alternan sobreprotección, distancia y descalificación) con un autoritarismo paterno caracterizado por la exigencia y la desvalorización configura, desde etapas tempranas, un terreno propicio para la instalación de inseguridad y represión emocional (Tabla 15).

Tabla 15: *Integración en el “paradigma condicional” (Strauss & Corbin)*

Componentes del paradigma	Contenido integrado desde tus datos
Condiciones causales	Ambivalencia materna (sobreprotección/distancia/descalificación) + autoritarismo paterno (exigencia/desvalorización) → instalación temprana de inseguridad y represión emocional.
Contexto	Comunicación familiar disfuncional (peleas, contradicción, silencios), tensiones crónicas, roles parentales opuestos.
Condiciones intervinientes	Respuesta familiar al diagnóstico (negación/omisión vs. aceptación parcial), apoyo actual heterogéneo (ausente, ambivalente, externo).
Acciones/Interacciones	Estrategias de afrontamiento del entrevistado marcadas por anulación, evitación o búsqueda externa de apoyo ; oscilaciones entre hiperexigencia y desesperanza .
Consecuencias	Desregulación emocional persistente y episodios afectivos (p. ej., primer episodio asociado a separación/peleas/pérdida de autonomía; internaciones en algunos casos).

Este núcleo inicial se desarrolla en un contexto atravesado por una comunicación familiar disfuncional, donde las peleas frecuentes, las contradicciones y los silencios sostenidos se conjugan con la presencia de roles parentales opuestos que intensifican la tensión cotidiana. Entre las condiciones intervinientes, la respuesta de la familia al diagnóstico oscila entre la negación y la omisión, la aceptación parcial y la provisión de apoyos actuales heterogéneos que pueden ser ausentes, ambivalentes o externos al núcleo familiar.

En cuanto a las acciones e interacciones, se observan estrategias de afrontamiento centradas en la anulación personal, la evitación de confrontaciones o la búsqueda de respaldo fuera del círculo íntimo, junto con fluctuaciones entre una autoexigencia extrema y estados de desesperanza. Como consecuencias, se evidencia una desregulación emocional persistente que se traduce en episodios afectivos recurrentes, con primeros eventos frecuentemente asociados a la separación parental, las peleas o la pérdida de autonomía, y que en algunos casos han derivado en procesos de internación.

En relación a las posiciones teóricas integradas, el análisis permite delinear un entramado explicativo en el que las experiencias tempranas, los patrones relacionales y las respuestas familiares posteriores se articulan para configurar trayectorias de vulnerabilidad emocional persistente (tabla 16).

Tabla 16: *Proposiciones teóricas integradas (derivadas del núcleo central)*

Código	Proposición teórica (PT)	Evidencia resumida
PT1	Cuando el cuidado materno oscila entre sobreprotección y descalificación , se incrementa la inseguridad y la confusión afectiva infantil.	Relatos reiterados de “me cuidaba pero me exponía/invalidaba”, “afecto contradictorio”.
PT2	La presencia de un padre autoritario y desvalorizador se asocia con represión emocional, baja autoestima y miedo a fallar .	Mayoría reporta “estricto”, “no tomaba en cuenta mi opinión”, “miedo/presión”.
PT3	En contextos de comunicación disfuncional , la capacidad para nombrar/regular emociones se deteriora ,	“No había comunicación”, “muchas discusiones”, “me anulaban”.

	favoreciendo anulación o explosividad posterior.	
PT4	Bajo estresores familiares (p. ej., separación parental), la vulnerabilidad previa precipita el primer episodio afectivo o agrava el curso.	7/14 vinculan primer episodio a separación; otros a peleas/pérdida de autonomía/presión.
PT5	La negación/ambivalencia familiar ante el diagnóstico y los apoyos irregulares dificultan la estabilización y el afrentamiento en la adultez.	“No hablé/lo niegan/lo omiten”; apoyos: sí/no/parcial/externo.

En PT1, se observa que cuando el cuidado materno transita de manera oscilante entre gestos de sobreprotección y conductas de descalificación, se instala en la infancia un patrón de inseguridad y confusión afectiva que opera como base de un vínculo ambivalente. Los testimonios que refieren frases como “me cuidaba, pero me exponía” o “me invalidaba” revelan que este doble mensaje erosiona la previsibilidad emocional que un niño necesita, generando un terreno fértil para la internalización de la duda sobre el propio valor y sobre la confiabilidad de las figuras protectoras. Este clima de afecto contradictorio no sólo fragiliza la seguridad de apego, sino que también introduce una tensión interna entre la necesidad de acercamiento y el temor al rechazo.

En PT2, la presencia de un padre con rasgos autoritarios y una tendencia a la desvalorización se vincula de forma consistente con la represión emocional, la baja autoestima y el miedo persistente a cometer errores. La mayoría de los relatos alude a un trato “estricto”, a la ausencia de consideración por la opinión infantil y a un entorno donde el error era sancionado con dureza, instalando así un esquema de autocontrol rígido y una

inhibición de la expresión afectiva. Esta figura paterna se erige como una instancia evaluadora constante, que actúa más como juez que como apoyo, consolidando la idea de que mostrar vulnerabilidad implica riesgo.

La PT3 describe cómo los contextos familiares marcados por una comunicación disfuncional²⁴ erosionan la capacidad de nombrar, comprender y regular las emociones. La ausencia de canales claros para el intercambio emocional, expresada en frases como “no había comunicación” o “me anulaban”, restringe la posibilidad de aprendizaje de competencias socioemocionales. Este déficit temprano favorece la aparición de estrategias extremas de afrontamiento, que oscilan entre la anulación total de la expresión afectiva y episodios de explosividad descontrolada, con implicancias directas en las relaciones interpersonales posteriores.

En PT4, se profundiza en el papel de los estresores familiares (en particular la separación parental) como detonantes que precipitan la emergencia del primer episodio afectivo en sujetos con vulnerabilidad previa. Siete de los catorce entrevistados vinculan de forma directa el inicio de la sintomatología con este evento, mientras que otros refieren peleas sostenidas, pérdida de autonomía o presiones externas como catalizadores. La evidencia sugiere que estos factores actúan no sólo como disparadores, sino también como elementos que intensifican la gravedad del curso clínico, consolidando un patrón de recaídas asociado a conflictos familiares.

Finalmente, la PT5 enfatiza el impacto de la respuesta familiar al diagnóstico y de la calidad de los apoyos disponibles en la etapa adulta. La negación, la omisión o las

²⁴ Caracterizada por discusiones recurrentes, mensajes contradictorios y silencios prolongados

actitudes ambivalentes frente a la enfermedad (manifestadas en expresiones como “lo niegan” o “no hablé”), combinadas con apoyos irregulares (presentes, ausentes, parciales o exclusivamente externos), dificultan tanto la estabilización clínica como el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento. Este panorama no solo limita el acceso a recursos emocionales internos y externos, sino que perpetúa la sensación de aislamiento y autodesconfianza que ya se había instalado en etapas previas.

La incorporación de variaciones y contraejemplos en la construcción teórica permite matizar las proposiciones previamente establecidas, otorgándoles mayor densidad y complejidad explicativa. Estas excepciones no invalidan los patrones centrales, pero introducen matices que obligan a reconocer la heterogeneidad de experiencias y la coexistencia de trayectorias divergentes en contextos similares (Tabla 17).

Tabla 17: *Variaciones y contraejemplos (para densidad teórica)*

Variación/contraejemplo	Qué matiza	Evidencia/observación
Relación paterna “buena/cercana” (E13)	No todo padre es percibido como autoritario; introduce heterogeneidad.	Aun así, E13 describe inseguridad y episodios afectivos (brote a los 26).
Apoyos actuales positivos (p. ej., E1–3,5–6,13)	El apoyo posterior puede mejorar la trayectoria subjetiva.	Algunos refieren “mejoraron tras la separación” o apoyo de hermanos.
Falta de registro/ambivalencia mnémica (E8, E12)	Zonas de vacío mnémico y recuerdos difusos; posible indicador de defensa.	“No me acuerdo” en episodios/relatos específicos.

La relación paterna “buena” o “cercana” reportada por el entrevistado E13 cuestiona la homogeneidad de la figura paterna autoritaria que predomina en la mayoría de los relatos. En este caso, la experiencia no se enmarca en la desvalorización ni en el control rígido, sino en un vínculo percibido como positivo. Sin embargo, este escenario no implicó inmunidad frente a la inseguridad afectiva ni a la aparición de episodios clínicamente significativos, ya que E13 experimentó un brote a los 26 años. Este hallazgo sugiere que, si bien la figura paterna puede constituirse como un factor protector, la interacción con otras variables familiares, personales o contextuales puede neutralizar parcialmente su efecto, manteniendo la vulnerabilidad emocional latente.

La presencia de apoyos actuales positivos²⁵ introduce la posibilidad de que las redes de sostén en etapas posteriores modulen la trayectoria subjetiva. Estos relatos incluyen menciones a mejoras percibidas tras la separación de los padres o al apoyo constante de hermanos u otros familiares cercanos. Tales recursos parecen actuar como elementos reparadores, favoreciendo procesos de estabilización emocional y ampliando las estrategias de afrontamiento. Esto no elimina las huellas de las experiencias tempranas adversas, pero sí puede amortiguar su impacto y generar oportunidades para la reconstrucción de la seguridad interna y de vínculos confiables.

En lo referido a la falta de registro o la ambivalencia mnémica, como la observada en E8 y E12, revela zonas de vacío en la memoria autobiográfica y la presencia de recuerdos difusos en torno a episodios significativos. Las expresiones “no me acuerdo” o

²⁵ Observada en entrevistados como E1, E3, E5, E6 y nuevamente E13

la ausencia de detalles concretos en situaciones emocionales relevantes pueden ser interpretadas como indicadores de mecanismos defensivos, tales como la represión o la disociación parcial, orientados a proteger al sujeto de la sobrecarga afectiva. Esta modalidad no solo condiciona el relato disponible para la investigación, sino que también sugiere que el impacto de ciertas experiencias puede permanecer latente y emerger en momentos de crisis o vulnerabilidad.

Para finalizar los resultados de la codificación selectiva, puede observarse (Tabla 18), que el análisis revela un núcleo central que articula las experiencias narradas por los participantes y permite comprender la lógica interna que une las condiciones de origen, los factores precipitantes y las respuestas observadas a lo largo del tiempo. Este núcleo²⁶ emerge de la convergencia de patrones de ambivalencia materna, autoritarismo paterno y comunicación disfuncional. No se trata de variables aisladas, sino de un entramado relacional que genera un marco afectivo caracterizado por la imprevisibilidad y la falta de sintonía emocional, dificultando la construcción de una base segura en la infancia.

Tabla 18: *Síntesis operativa*

Núcleo central	Categorías que lo alimentan	Estresores que lo activan	Efectos observados	Moduladores
Entorno afectivo parental inconsistente	Ambivalencia materna + Autoritarismo paterno +	Separación/peleas parentales; pérdida de autonomía; presión/desvalorización	Desregulación emocional; episodios afectivos;	Respuesta familiar al diagnóstico; tipo de apoyo actual (ausente/ambivalente/externo)

²⁶ Definido como entorno afectivo parental inconsistente

Comunicación disfuncional	anulación/baja autoestima
------------------------------	------------------------------

Aquí, los estresores cumplen un papel de activación o intensificación de la vulnerabilidad previa. Entre ellos, destacan las separaciones o peleas parentales, la pérdida de autonomía y las experiencias de presión o desvalorización sostenida. Estos eventos no solo funcionan como desencadenantes agudos de malestar, sino que también operan como recordatorios de la inestabilidad emocional del entorno, reactivando memorias implícitas de inseguridad y de invalidez afectiva.

Los efectos observados se concentran principalmente en la desregulación emocional crónica, la aparición de episodios afectivos en distintos momentos del ciclo vital y la anulación o deterioro de la autoestima. Estos fenómenos no surgen de manera súbita, sino que se van consolidando en un proceso acumulativo donde la capacidad de reconocer, expresar y modular emociones se ve progresivamente erosionada. Entonces, los moduladores²⁷ inciden de manera decisiva en el curso y la magnitud de estos efectos. Una respuesta caracterizada por la negación o la ambivalencia puede perpetuar la inestabilidad, mientras que la disponibilidad de apoyos externos o consistentes ofrece oportunidades de amortiguación y reparación. Así, la interacción entre un entorno parental inconsistente, la exposición a estresores específicos y la calidad de los moduladores presentes determina la trayectoria emocional de cada caso, evidenciando la

²⁷ Tales como la respuesta familiar frente al diagnóstico y la calidad del apoyo actual

necesidad de abordajes que consideren simultáneamente los factores estructurales y los recursos protectores.

Análisis de los Resultados

Modalidades de interacción parental en función del apego, la comunicación y los tipos de familia

Al examinar las experiencias relatadas por los entrevistados se hace visible un patrón recurrente de ambivalencia afectiva en la relación con la madre, en el que la sobreprotección convive con expresiones de distancia, exigencia o incluso descalificación, lo que configura un vínculo inestable y difícil de anticipar que no ofrece la seguridad necesaria para el desarrollo de un apego consistente. Esta oscilación se expresa en testimonios donde la figura materna aparece como cuidadora y limitante al mismo tiempo, como alguien que protege en exceso, pero también restringe la autonomía o expone al hijo frente a la autoridad paterna, dejando entrever un clima emocional que no provee previsibilidad.

La sobreprotección en sí misma, cuando se combina con actitudes de control o con descalificación, adquiere un carácter invasivo que puede ser vivido como una forma de dependencia forzada más que como cuidado genuino, lo que instala en la infancia sentimientos de inseguridad y una necesidad constante de aprobación. De manera paralela, algunos entrevistados evocan a la madre como distante o emocionalmente ausente, en ocasiones sustituida por la presencia de otros cuidadores, lo que refuerza la idea de un apego frágil marcado por la inconstancia y por la dificultad de establecer un vínculo de confianza que sostenga la identidad emergente del niño.

En contraste, la figura paterna es descrita de modo predominante como autoritaria, rígida o distante, con relatos que señalan exigencia constante, imposición de límites inflexibles y ausencia de reconocimiento de las necesidades emocionales del hijo, lo que deriva en una configuración de apego caracterizada por la represión afectiva y el temor al error. En varios casos, los entrevistados subrayan que el padre no intervenía en la vida cotidiana más allá de la imposición de límites, generando un clima de presencia indiferente que transmite autoridad sin cercanía, lo que equivale a una forma de apego evitativo forzado en la que la figura de cuidado se percibe como inaccesible.

En otras narraciones se reconoce una combinación de exigencia y afecto condicionado, donde el cariño paterno dependía del cumplimiento de las expectativas, consolidando así una modalidad de apego ansioso, en la que el hijo internaliza la necesidad de responder a demandas externas para garantizar aceptación. Esta estructura de vínculos tempranos, en la que la madre se muestra ambivalente y el padre se configura como autoridad distante o desvalorizadora, conforma un escenario de apego inseguro en sus diversas formas, favoreciendo en la adultez la vulnerabilidad a la desregulación emocional y a la aparición de síntomas asociados al trastorno bipolar tipo I.

Cuando se analizan las formas de comunicación dentro de las familias, los relatos de los entrevistados coinciden en señalar la existencia de discusiones frecuentes, silencios prolongados o mensajes contradictorios, lo que revela un patrón de intercambio disfuncional que no propiciaba la validación emocional ni el diálogo constructivo. En varias entrevistas aparece la idea de un clima marcado por peleas constantes, en las que

la madre y el padre asumían roles opuestos (una sobreprotegiendo y el otro imponiendo autoridad), produciendo una tensión sostenida que dificultaba la expresión espontánea de los hijos. Esta dinámica se combina con testimonios en los que se mencionan frases como “no había comunicación” o “nos callábamos”, lo que deja entrever que, en muchos hogares, el silencio funcionaba como mecanismo defensivo frente al conflicto, instaurando un modelo de inhibición emocional que persiste en la adultez. El hecho de que varios entrevistados describan el ambiente como “malísimo”, “confuso” o “contradictorio” muestra que no se trataba de discusiones aisladas, sino de un entramado comunicacional donde predominaban la represión, la culpabilización y la ausencia de escucha.

En este marco, la comunicación aparece ligada al ejercicio de poder parental, pues los mensajes transmitidos por la madre y el padre no respondían a un intercambio horizontal, sino a una lógica de imposición, silenciamiento o confusión que generaba en los hijos inseguridad respecto de sus propias emociones. Los discursos recogidos evidencian que la palabra podía convertirse en un instrumento de control (ya sea a través de la desvalorización, la culpabilización o el mandato) o bien podía retirarse del todo, generando un vacío que imposibilitaba la clarificación de los conflictos.

De este modo, la interacción comunicacional no operaba como un canal de sostén afectivo, sino como un espacio atravesado por contradicciones que amplificaban la tensión emocional y restringían el aprendizaje de habilidades para expresar y regular sentimientos. Este tipo de comunicación, descrito por los participantes como caótica o ausente, no solo consolidó en ellos patrones de represión emocional, sino que también instaló una forma de relación donde el conflicto se naturaliza y la expresión afectiva se

percibe como riesgosa, lo que se conecta de manera directa con la dificultad para gestionar emociones en la adultez y con la vulnerabilidad a episodios de crisis en el marco del trastorno bipolar tipo I.

Al situar el análisis en la estructura familiar en la que se desarrollaron los entrevistados, se observa que las experiencias narradas remiten a hogares marcados por tensiones constantes, donde la configuración del núcleo no garantizaba contención, sino que reproducía climas de rigidez y ambivalencia. En varias entrevistas se describen familias nucleares con fuerte impronta tradicional, en las que el padre ocupaba una posición jerárquica y distante, reforzando límites rígidos sin acompañamiento afectivo, lo que generaba un ambiente en el que el orden se sostenía a costa de la represión emocional.

Estas dinámicas coinciden con la caracterización de padres autoritarios, cuyas decisiones se imponían sin negociación y cuya valoración hacia los hijos aparecía supeditada al cumplimiento de expectativas, consolidando un modelo familiar de control vertical que naturalizaba la obediencia y la sumisión. La presencia de esta rigidez estructural no se limitaba a los varones, ya que en algunos casos también se asociaba a figuras maternas exigentes, aunque con menor frecuencia, lo que revela que la dinámica autoritaria podía ser un rasgo transversal en determinados hogares, reforzando la idea de familia como institución normativa antes que como espacio de cuidado.

A la par de estas configuraciones, emergen relatos que ubican a la madre en un rol de cuidado marcado por la flexibilidad y la sobreprotección, una combinación que,

lejos de fortalecer la seguridad de los hijos, derivaba en dependencia afectiva y en la limitación de la autonomía personal.

La sobreprotección materna, descrita como invasiva o contradictoria, se presentaba en gestos de preocupación excesiva y en restricciones de la libertad de acción de los hijos, con frases como “no me dejaba hacer nada” o “tenía miedo de que me pasara algo”, que reflejan la internalización del peligro como constante.

Este estilo flexible, que intentaba compensar la rigidez paterna, terminaba reforzando un clima de inseguridad, ya que los hijos crecían en la tensión entre la exigencia rígida del padre y la protección controladora de la madre, sin encontrar un equilibrio que les permitiera desarrollar confianza en sus propias capacidades. Así, el tipo de familia descrito combina la dureza de la autoridad con la ambivalencia del cuidado, configurando un escenario de contradicciones que resulta particularmente desafiante para el desarrollo emocional.

En algunos casos, los entrevistados refieren estructuras familiares atravesadas por crisis permanentes, con padres separados, convivencias conflictivas o figuras ausentes, lo que multiplica la complejidad de las dinámicas señaladas. En estas familias, la ausencia de comunicación y la falta de acuerdos parentales intensificaban la vivencia de inestabilidad, pues los hijos quedaban atrapados en la contradicción entre un padre autoritario que imponía desde la distancia y una madre que, aun intentando sostener, lo hacía desde un lugar de sobreprotección poco eficaz.

La combinación de estos elementos construía un clima en el que el afecto aparecía condicionado o fragmentado, y donde la estructura familiar se mantenía más por la fuerza

de la norma o por el miedo a la ruptura que por la cohesión emocional. Este entramado permite comprender que los tipos de familia identificados en el estudio no se definen solo por su composición²⁸, sino sobre todo por las dinámicas de poder, cuidado y comunicación que los atravesaban, siendo estas las que marcan la diferencia en la trayectoria emocional de los entrevistados.

Influencia de las modalidades de interacción parental en la manifestación del trastorno bipolar tipo I.

Al considerar los estilos de parentalidad presentes en las narrativas de los entrevistados, se advierte que la presencia de modelos autoritarios constituye una experiencia reiterada que influye de manera directa en la configuración de patrones de relación poco flexibles y en la internalización de normas rígidas, lo cual deja huellas en la forma en que los pacientes enfrentan situaciones de exigencia emocional. Las familias con figuras paternas caracterizadas por la imposición de reglas sin espacio de diálogo reproducen lo descrito por Minuchin (1982), quien sostiene que los sistemas altamente jerárquicos generan contextos de obediencia y sumisión que inhiben el desarrollo de una identidad autónoma.

La falta de flexibilidad y la ausencia de un intercambio comunicacional recíproco hacen que el hijo se vea obligado a adaptarse a la norma más que a construir un sentido propio, lo que predispone a dificultades en la regulación afectiva, especialmente visibles en la adultez, donde la búsqueda de validación externa se convierte en un eje persistente

²⁸ Nuclear, separada o ampliada

del comportamiento. Esta dinámica se vincula con lo planteado por Bowen (1978), al señalar que los niños criados en estructuras de control absoluto desarrollan dependencia emocional hacia la autoridad, un rasgo que incrementa la vulnerabilidad a trastornos en los que la oscilación del ánimo está atravesada por inseguridad y dificultad para sostener la autodeterminación.

En contraste con la rigidez autoritaria, las entrevistas también reflejan la presencia de dinámicas de parentalidad permisiva, particularmente en las figuras maternas, que se manifiestan en conductas de sobreprotección, en la flexibilización excesiva de los límites y en la dificultad para sostener normas consistentes. Esta modalidad coincide con lo señalado por Bowen (1978), para quien los sistemas familiares con límites difusos reducen la diferenciación de roles y debilitan la autoridad adulta, generando una relación horizontal que dificulta la adquisición de pautas claras para la regulación de la conducta.

En estos entornos, los hijos crecen con una sensación ambivalente de cuidado y dependencia, donde la protección excesiva inhibe la autonomía, mientras que la ausencia de normas firmes favorece la impulsividad y la dificultad para tolerar la frustración. Minuchin (1982) enfatiza que la carencia de límites sólidos obstaculiza la internalización de normas sociales, lo cual repercute en la capacidad para establecer vínculos equilibrados fuera del ámbito familiar, y en los casos analizados se observa que estas experiencias se relacionan con la dificultad para sostener relaciones estables y para regular estados emocionales, cuestiones que tienen un impacto directo en la expresión clínica del trastorno bipolar tipo I.

Junto a estas configuraciones aparece con fuerza el modelo de parentalidad negligente, en el que se combina la falta de implicación afectiva con una escasa supervisión del desarrollo del menor, lo que configura hogares donde la distancia emocional y la indiferencia sustituyen al acompañamiento.

Este patrón, descrito por Finzi et al. (2001) como un sistema de vínculos frágiles o ausentes, se reconoce en testimonios en los que se recuerda a figuras parentales ausentes, poco comprometidas con la crianza o delegando responsabilidades en terceros. En tales entornos, los hijos aprenden a sostenerse desde la autosuficiencia temprana, aunque dicha independencia es más un mecanismo defensivo que un recurso adaptativo, generando una identidad atravesada por sentimientos de soledad y vacío.

Este estilo de parentalidad, cuando se mantiene en el tiempo, crea condiciones de vulnerabilidad psicoemocional que se asocian a dificultades en la construcción de relaciones interpersonales y a la presencia de sintomatología depresiva, aspectos que pueden actuar como antesala de episodios maníacos o depresivos en el marco del trastorno bipolar tipo I (Roditti, 2005; Sousa, 2005).

De igual modo, el material analizado permite identificar expresiones de parentalidad ambivalente, donde los padres alternan entre actitudes de control excesivo y permisividad, transmitiendo mensajes contradictorios que producen inseguridad y ansiedad en los hijos. Esta modalidad, descrita por Haley (1976), se caracteriza por la ausencia de consistencia en las normas, lo que conduce a un escenario en el que los hijos se ven obligados a ajustar constantemente su conducta en un intento de adaptarse a expectativas cambiantes e impredecibles.

En el caso de los entrevistados, esta ambivalencia se tradujo en experiencias de confusión y en la sensación de no contar con un marco estable de referencia, lo que impacta directamente en la capacidad de autorregulación emocional. El vínculo entre la incoherencia parental y la dificultad para consolidar una identidad coherente se expresa en la adultez como un terreno fértil para la desregulación afectiva, manifestándose en oscilaciones del ánimo que encuentran resonancia en la sintomatología del trastorno bipolar tipo I.

En contraste con estos modelos disfuncionales, el estilo de parentalidad democrática, aunque menos frecuente en los relatos analizados, aparece como una experiencia que ofrece recursos protectores frente a la vulnerabilidad emocional. Minuchin (1982) señala que las familias con estructuras organizadas, pero con fronteras permeables, promueven autonomía y responsabilidad en un marco de apoyo afectivo, generando condiciones para el desarrollo de habilidades socioemocionales sólidas.

En los testimonios en los que la presencia de padres democráticos fue reconocida, se advierte que los hijos lograron consolidar mayor autoestima, autocontrol y estabilidad emocional, en consonancia con lo planteado por Capano y Ubach (2013) y Estrada y Ruiz (2006), quienes destacan que este estilo favorece la construcción de una autoimagen positiva y una mayor resiliencia. Aunque en el estudio estos casos no fueron predominantes, su presencia permite comprender cómo el sostén afectivo y la coherencia normativa actúan como factores moduladores que pueden mitigar la severidad de la sintomatología bipolar, reduciendo la exposición a crisis recurrentes.

Asociación entre las diferentes modalidades de interacción parental y el desarrollo del trastorno bipolar tipo I

Cuando se vinculan las modalidades de parentalidad descritas con el desarrollo del trastorno bipolar tipo I en los entrevistados, se observa que los estilos autoritarios y ambivalentes aparecen con mayor frecuencia asociados a la desregulación afectiva y a la dificultad de sostener una identidad emocional coherente. La rigidez normativa y la falta de reconocimiento subjetivo, características de la parentalidad autoritaria, generan un marco en el que la obediencia se convierte en mecanismo de supervivencia dentro del sistema familiar, pero al mismo tiempo limita la posibilidad de explorar y legitimar las propias emociones.

De acuerdo con Minuchin (1974) y Haley (1980), en contextos donde la jerarquía es inflexible y la comunicación unidireccional, la autonomía emocional queda inhibida y se fortalece la dependencia hacia la autoridad, lo que constituye un terreno propicio para que las oscilaciones afectivas posteriores se expresen bajo la forma de un cuadro bipolar. Esta asociación se evidencia en los relatos de pacientes que describen un padre rígido y distante, cuya validación dependía del cumplimiento estricto de expectativas, generando así un aprendizaje basado en el control más que en la autorregulación emocional.

A la par de esta modalidad, se identifican dinámicas de parentalidad ambivalente que intensifican la vulnerabilidad emocional, ya que el hijo se enfrenta a un clima contradictorio en el que la sobreprotección materna convive con actitudes de desaprobación o con límites cambiantes. Este escenario coincide con lo planteado por Bateson (1972), quien alude a la paradoja comunicacional como factor generador de

confusión persistente, pues cuidar desde la restricción produce dependencia y obstaculiza el desarrollo de estrategias autónomas de afrontamiento.

En los testimonios analizados, los hijos experimentaron la dificultad de anticipar las respuestas parentales, encontrándose con muestras de afecto seguidas de descalificación o con permisos que se transformaban en prohibiciones repentinas, lo que refuerza la idea de una inconsistencia normativa y afectiva que impacta en la construcción del self. La teoría del apego ha mostrado que estas formas de interacción están estrechamente ligadas a patrones inseguros y desorganizados (Main & Solomon, 1990), que en la adultez se manifiestan como inestabilidad emocional y tendencia a la oscilación afectiva, características centrales del TB1.

La asociación entre estas modalidades parentales y el trastorno no puede comprenderse únicamente desde el plano de la conducta observable, ya que implica considerar cómo la parentalidad se constituye como un sistema de control que regula tanto lo normativo como lo emocional. Tal como señalan Fonagy y Target (2002), la capacidad de mentalización se ve comprometida en contextos donde la experiencia afectiva no es reconocida ni integrada, y esta dificultad se refleja en los pacientes que crecieron bajo interacciones marcadas por rigidez o ambivalencia, quienes muestran sensibilidad aumentada frente a cambios contextuales y escasa tolerancia a la ambigüedad. El síntoma bipolar aparece entonces como una forma de tramitar aquello que no pudo elaborarse en la matriz vincular, expresando en la desregulación afectiva una tensión entre el deber ser impuesto y la necesidad de un espacio propio de diferenciación.

En este sentido, la inconsistencia parental adquiere un papel central al asociarse con la fragilidad emocional que caracteriza a los pacientes con diagnóstico de TB1, dado que las respuestas imprevisibles y los cambios abruptos en las reglas familiares generan un aprendizaje basado en la hipervigilancia y en la represión de necesidades.

Bowen (1978) ya había señalado que los hijos de padres emocionalmente incoherentes viven en un estado de incertidumbre constante, lo que en los resultados del estudio se refleja en la dificultad para sostener relaciones estables y en la tendencia a reaccionar de manera extrema frente a situaciones de conflicto. Esta vulnerabilidad se conecta con lo propuesto por Winnicott (1965), quien subraya que la continuidad suficientemente buena en la respuesta parental es necesaria para que el niño construya un sentimiento de existencia estable, condición que no se cumplió en los hogares descritos, generando así un psiquismo defensivo y fragmentado que en la adultez se vincula con los episodios maníacos y depresivos.

De esta manera, la asociación entre parentalidad autoritaria, ambivalente o inconsistente y el trastorno bipolar tipo I se configura como un entramado en el que la rigidez y la falta de validación coexisten con la sobreprotección y la inestabilidad normativa, produciendo un escenario doblemente restrictivo que limita la autonomía emocional y debilita los recursos de autorregulación.

Tal como indican LeDoux (1996) y Fonagy y Target (2002), en contextos donde las emociones no son reconocidas ni simbolizadas, el sistema de alerta se hiperactiva y se incrementa la reactividad emocional, condiciones que se hallan presentes en la clínica del TB1. Los resultados del estudio permiten sostener entonces que las modalidades de

interacción parental no actúan de manera aislada, sino como configuraciones sistémicas que inciden de forma significativa en la vulnerabilidad emocional, mostrando una asociación clara entre estilos de crianza disfuncionales y el desarrollo de dicho trastorno en la adultez.

Capítulo VI: Consideraciones Finales

El presente capítulo reúne las consideraciones finales del estudio, organizadas en cuatro apartados principales: la discusión de los hallazgos obtenidos, las conclusiones derivadas del análisis, las recomendaciones orientadas a futuras acciones o investigaciones, y las limitaciones que enmarcaron el desarrollo del trabajo. Esta estructura permite ofrecer una visión integradora del proceso investigativo, vinculando los resultados con los objetivos planteados y con la literatura revisada, al tiempo que se reflexiona críticamente sobre el alcance y las implicancias del estudio realizado.

Discusión

Al poner en diálogo los resultados de este estudio con la evidencia previa, se observa que las modalidades de interacción parental en función del apego reproducen patrones ya identificados en la literatura, donde las experiencias de apego inseguro aparecen vinculadas con dificultades emocionales y mayor vulnerabilidad a los trastornos afectivos.

Los hallazgos que muestran predominio de vínculos ansiosos y evitativos en la infancia de los entrevistados coinciden con los resultados de Alavi et al. (2021), quienes

señalaron que los pacientes con TB-I reportan haber crecido en contextos de apego parental disfuncional, especialmente en la relación con la madre. Esta convergencia sugiere que los estilos de apego no solo constituyen una base para comprender la dinámica familiar, sino que también operan como un antecedente que organiza la manera en que los individuos afrontan las demandas emocionales en la adultez.

De igual forma, al analizar las modalidades de interacción parental en términos de la comunicación, los relatos recogidos en este trabajo se inscriben en lo que Minuchin (1982) denominó estructuras familiares con límites rígidos o difusos, ya que en ellas predomina un patrón unilateral en el intercambio con el padre y una comunicación ambivalente con la madre.

La constatación de climas de diálogo autoritario, marcados por la ausencia de escucha y la imposición de la norma, se articula con la evidencia de Zhang et al. (2023), quienes hallaron que los pacientes con TB-I perciben con mayor frecuencia prácticas parentales basadas en el castigo, la severidad y el rechazo, en comparación con sujetos sin diagnóstico. Estos resultados permiten sostener que la unilateralidad comunicacional descrita en este estudio no constituye un fenómeno aislado, sino que se corresponde con un rasgo más amplio de las familias en las que se gesta la vulnerabilidad afectiva vinculada al trastorno bipolar.

Cuando se consideran los tipos de familia y las dinámicas específicas, los resultados muestran hogares con fuerte impronta de rigidez en los padres y actitudes de sobreprotección en las madres, lo que da lugar a sistemas caracterizados por una tensión constante entre el control y la dependencia. Esta descripción encuentra resonancia en la

literatura nacional, donde se ha documentado que la disciplina inconsistente y la falta de afecto parental incrementan el riesgo de trastornos del estado de ánimo en la adultez, planteando la relevancia de la crianza como factor que incide en la trayectoria emocional de los hijos. A su vez, investigaciones como las de Luo et al. (2021) refuerzan esta interpretación al demostrar que un funcionamiento familiar deficiente se relaciona con un deterioro del funcionamiento psicosocial en pacientes con TB-I, destacando que el clima de apoyo, resiliencia y validación emocional dentro de la familia constituye un mediador central entre la estructura parental y la salud mental.

Los datos obtenidos también dialogan con estudios que enfatizan la interacción entre factores ambientales y biológicos en la etiología del TB-I. Laursen et al. (2016) demostraron en una cohorte poblacional que la psicopatología parental, cuando está presente en ambos progenitores, multiplica significativamente el riesgo de desarrollar el trastorno, lo que sugiere una combinación de transmisión genética y de influencia ambiental a través de prácticas parentales. La identificación en este estudio de patrones rígidos en el padre y sobreprotectores en la madre se alinea con esta idea de interacción compleja, ya que si bien no explican por sí solos la aparición del TB-I, sí constituyen un marco vincular que puede amplificar la vulnerabilidad en individuos con predisposición.

Al confrontar los resultados con los estudios de corte epigenético, se pueden establecer conexiones entre la experiencia temprana de sobreprotección o rigidez y la vulnerabilidad biológica al TB-I. Investigaciones como la de Duffy et al. (2022) o la de Perroud et al. (2019) mostraron que las experiencias tempranas adversas modifican la metilación de genes asociados a la regulación emocional, lo que constituye un puente entre los estilos parentales y la manifestación posterior de la enfermedad. En este sentido,

la identificación en este trabajo de patrones familiares caracterizados por climas de control excesivo o de protección invasiva adquiere relevancia, en tanto estos podrían estar implicados en mecanismos que afectan la capacidad del individuo para regular sus emociones en etapas posteriores de la vida.

En lo que se refiere a la posible influencia de las modalidades de interacción parental en la manifestación del trastorno bipolar tipo I, desde la perspectiva de la epigenética, los resultados del presente estudio muestran que las modalidades de interacción parental evocadas por los participantes²⁹ se constituyen como núcleos de inconsistencia afectiva que afectan la regulación emocional desde la infancia y se prolongan en la vida adulta, influyendo en la manifestación del trastorno bipolar tipo I. Estas experiencias tempranas, caracterizadas por sobreprotección invasiva, desvalorización, comunicación contradictoria o ausencia de diálogo, se vinculan con inseguridad afectiva, baja autoestima y anulación emocional, lo cual coincide con lo señalado en investigaciones previas que relacionan estilos parentales disfuncionales con mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos afectivos (Alavi et al., 2021; Zhang et al., 2023).

En sintonía con lo encontrado en este trabajo, la literatura internacional ha documentado que los pacientes con TB-I refieren estilos de crianza percibidos como ineficaces o dañinos, con un peso particular de las figuras maternas sobreprotectoras o emocionalmente inconsistentes (Alavi et al., 2021). Nuestros hallazgos corroboran esta tendencia, ya que la mayoría de los entrevistados describió un cuidado materno marcado

²⁹ Particularmente la ambivalencia materna y el autoritarismo paterno

por oscilaciones entre afecto y descalificación, lo que refuerza la noción de un apego inseguro. Del mismo modo, el predominio de figuras paternas autoritarias y distantes coincide con lo señalado por Zhang et al. (2023), quienes describen en pacientes con TB-I puntuaciones elevadas en rechazo y severidad en los patrones parentales. La confluencia de estas modalidades de crianza en nuestra muestra sugiere que la combinación de rigidez y ambivalencia constituye un factor de riesgo especialmente relevante en la configuración de vulnerabilidad afectiva.

Otro aspecto convergente con la literatura es el papel de los estresores familiares, en particular la separación de los padres, como desencadenante del primer episodio maníaco-depresivo. Este hallazgo, reportado por más de la mitad de los entrevistados, coincide con lo planteado por Laursen et al. (2016), quienes demostraron que la presencia de psicopatología parental y eventos adversos en la infancia incrementa significativamente el riesgo de TB-I. En nuestro estudio, la separación y los conflictos crónicos actuaron como catalizadores de una vulnerabilidad previamente instalada por la inconsistencia parental, confirmando la hipótesis de que las dinámicas familiares funcionan no solo como contexto de crianza sino también como precipitantes de crisis afectivas en la adultez.

El análisis también reveló que la respuesta familiar ante el diagnóstico osciló entre la negación, el silencio y el apoyo parcial, una tendencia que prolonga la inestabilidad emocional en la adultez. Esta observación se relaciona con lo señalado por Tu et al. (2025), quienes subrayan que la transmisión intergeneracional de patrones disfuncionales de interacción dificulta la construcción de vínculos protectores y refuerza la vulnerabilidad a recaídas. En nuestros casos, la falta de reconocimiento explícito del

diagnóstico por parte de los padres limitó la posibilidad de elaborar estrategias de afrontamiento más adaptativas, generando un círculo en el que la ausencia de validación refuerza la desregulación emocional.

Desde la perspectiva epigenética, los hallazgos de este estudio dialogan con los resultados de Duffy et al. (2022) y Perroud et al. (2019), quienes mostraron que experiencias tempranas adversas, como negligencia o abuso, se asocian con modificaciones en la metilación del ADN en genes relacionados con la regulación del estrés. Si bien nuestra investigación no incluyó un análisis biológico directo, la recurrencia de dinámicas familiares marcadas por hostilidad, anulación o sobreprotección inconsistente permite inferir que tales experiencias podrían haber operado como factores de modulación epigenética, influyendo en la expresión de la vulnerabilidad clínica. En este sentido, la evidencia empírica recogida en los relatos de los participantes complementa las investigaciones biomédicas, sugiriendo que la interacción entre lo psicosocial y lo biológico es decisiva en la configuración del TB-I.

En el ámbito nacional, aunque los antecedentes específicos son escasos, se han descrito asociaciones entre prácticas parentales inconsistentes y mayor incidencia de trastornos afectivos. Los hallazgos de este estudio confirman la pertinencia de esta relación, mostrando cómo la combinación de comunicación disfuncional, ausencia de apoyo y dinámicas contradictorias se traduce en una trayectoria vital marcada por inseguridad emocional, dificultad para establecer relaciones estables y mayor propensión a crisis afectivas. Esta constatación refuerza la necesidad de considerar la parentalidad no solo como un factor de contexto, sino como un componente estructural en la comprensión del TB-I en nuestro medio.

Conclusiones

El análisis realizado permite sostener que las modalidades de interacción parental ejercen una influencia significativa en la configuración del trastorno bipolar tipo I en la adultez, no de manera aislada sino a través de un entramado en el que se combinan experiencias tempranas, mecanismos de regulación emocional y factores de vulnerabilidad biológica. Los hallazgos muestran que las dinámicas parentales caracterizadas por ambivalencia afectiva, autoritarismo, sobreprotección inconsistente, comunicación disfuncional y desvalorización fueron recurrentes en los relatos de los participantes, constituyendo núcleos de inseguridad emocional que favorecieron la instalación de un apego inseguro y la dificultad para elaborar estrategias adaptativas de afrontamiento.

La evidencia recogida confirma que la interacción parental no solo incide en el plano relacional, sino que también puede actuar como modulador de la expresión clínica mediante mecanismos epigenéticos, en consonancia con lo señalado por estudios previos. Experiencias de rechazo, negligencia o excesivo control durante la infancia se traducen en trayectorias vitales marcadas por la inestabilidad emocional, la fragilidad en los vínculos y una mayor predisposición a episodios afectivos en la adultez.

Asimismo, la asociación identificada adquiere particular relevancia en los momentos de crisis vitales, como la separación parental o la falta de reconocimiento del diagnóstico, los cuales operan como estresores que precipitan la expresión sintomática en sujetos con una vulnerabilidad ya consolidada. De este modo, se constata que la parentalidad, lejos de constituir un mero telón de fondo, representa un factor estructural

en la comprensión del TB-I, capaz de incidir tanto en la emergencia de los primeros episodios como en la evolución del trastorno.

En síntesis, los resultados permiten concluir que las modalidades de interacción parental disfuncionales se asocian de manera significativa con el desarrollo del trastorno bipolar tipo I, al configurar un contexto de inseguridad emocional y desregulación afectiva que, en interacción con factores biológicos y sociales, contribuye a la manifestación y persistencia del cuadro clínico. Esta conclusión resalta la necesidad de incluir la evaluación de las experiencias parentales en la comprensión integral del TB-I y de considerar el fortalecimiento de los vínculos familiares como una estrategia complementaria en la prevención e intervención en salud mental.

En cuanto a las aproximaciones de sentido propuestas al comienzo de este estudio, los hallazgos del estudio corroboran esta aproximación, dado que las modalidades de interacción parental identificadas³⁰ se asociaron con la construcción de apegos inseguros y con patrones de desregulación emocional persistentes en la adultez. El análisis mostró que la inseguridad afectiva y la falta de validación temprana incrementaron la vulnerabilidad psicopatológica de los participantes, incidiendo en la emergencia de episodios maníacos y depresivos. En este sentido, los resultados confirman la relevancia del vínculo temprano como factor explicativo en la comprensión clínica del trastorno bipolar tipo I.

³⁰ Ambivalencia materna, autoritarismo paterno, comunicación disfuncional y sobreprotección inconsistente

En cuanto a la aproximación 2: enfoque del desarrollo y la socialización, esta aproximación también encontró respaldo en los resultados. El estudio evidenció que la interacción parental disfuncional incidió directamente en la construcción de la identidad y en la capacidad de los sujetos para afrontar contextos de alta demanda, derivando en trayectorias vitales marcadas por baja autoestima, dificultad para establecer vínculos estables y escasas herramientas de regulación emocional. Aunque la investigación no incluyó análisis epigenéticos de laboratorio, los resultados dialogan con los antecedentes que sugieren que las experiencias tempranas adversas pueden influir en la expresión genética de la vulnerabilidad al TB-I. Por lo tanto, el objetivo de comprender la socialización temprana como moduladora de la expresión sintomática en la adultez quedó parcialmente satisfecho: se identificaron evidencias cualitativas que permiten inferir este vínculo, pero sin el soporte de datos biológicos directos.

Para culminar, la aproximación 3: análisis comparativo y diferencial, los hallazgos permitieron identificar heterogeneidad en la manifestación del trastorno, aunque de manera más acotada que lo planteado inicialmente. Se constató que, si bien los participantes compartían núcleos comunes de inconsistencia afectiva en la parentalidad, las formas de expresión sintomática y los factores desencadenantes³¹ variaron entre casos. Esto confirma que la interacción parental no determina de manera uniforme la manifestación del TB-I, sino que actúa en combinación con estresores contextuales y vulnerabilidades individuales. No obstante, la investigación no incluyó una comparación

³¹ Como la separación parental, la comunicación de la familia sobre el diagnóstico o la exposición a conflictos crónicos

sistemática entre subgrupos ni un análisis diferencial amplio de los procesos neurobiológicos, por lo cual la aproximación se corroboró solo de manera parcial.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos de este estudio se vuelve pertinente proponer recomendaciones que integren la comprensión clínica, vincular y epigenética del trastorno bipolar tipo I, de modo que las intervenciones no se limiten a la sintomatología observable, sino que aborden los factores relacionales y ambientales que inciden en la regulación emocional y en la trayectoria de los pacientes. El reconocimiento de que las modalidades de interacción parental inconsistentes se asocian a desajustes afectivos que persisten en la adultez plantea la necesidad de diseñar programas terapéuticos orientados a trabajar con la historia vincular de cada paciente, incorporando técnicas que permitan elaborar los recuerdos de ambivalencia materna, autoritarismo paterno o comunicación disfuncional, ya que tales experiencias pueden actuar como detonantes de recaídas emocionales (Tu et al., 2025).

A la luz de la perspectiva epigenética, se recomienda impulsar líneas de investigación que integren evaluaciones biológicas y psicosociales, puesto que se ha documentado que las experiencias tempranas adversas influyen en procesos como la metilación del ADN y la modificación de histonas, modulando la expresión de genes relacionados con la respuesta al estrés y la regulación afectiva (Duffy et al., 2022). Considerando que estas marcas epigenéticas no son necesariamente permanentes, se sugiere desarrollar intervenciones terapéuticas que fortalezcan la resiliencia, potencien

los vínculos protectores y promuevan contextos de apoyo, con la expectativa de revertir o mitigar la huella molecular de los traumas tempranos (Perroud et al., 2019).

Otro eje recomendable es el fortalecimiento de políticas públicas en salud mental que incluyan la parentalidad como un factor de intervención temprana. La evidencia internacional ha mostrado que programas de apoyo a la crianza, centrados en la promoción del apego seguro y la comunicación empática, reducen el impacto de la adversidad infantil en el desarrollo posterior de trastornos afectivos (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2016). En este sentido, se sugiere implementar en el ámbito nacional dispositivos comunitarios que acompañen a las familias en situaciones de vulnerabilidad, ya que el trabajo preventivo puede disminuir la transmisión intergeneracional de patrones de interacción disfuncional que incrementan la susceptibilidad al TB-I.

Desde la práctica clínica, se recomienda que los profesionales de la salud mental integren herramientas de evaluación que contemplen tanto la dimensión relacional como los indicadores de riesgo biológico. El uso de entrevistas clínicas orientadas al análisis de la historia vincular, complementadas con biomarcadores epigenéticos en estudios futuros, permitiría establecer perfiles más precisos de vulnerabilidad, con lo cual podrían diseñarse estrategias personalizadas de intervención. Esta integración, lejos de reducirse a una perspectiva biologicista, permitiría articular las trayectorias subjetivas con las dinámicas moleculares, generando planes terapéuticos más ajustados a la singularidad de cada paciente (Casavilca-Zambrano et al., 2019).

En el campo de la investigación, se recomienda profundizar en estudios longitudinales que permitan rastrear el impacto de las experiencias parentales desde la infancia hasta la adultez, integrando variables psicosociales, clínicas y epigenéticas. La heterogeneidad en la expresión del TB-I observada en este estudio y en la literatura internacional indica que la parentalidad influye de manera diferenciada según el contexto, el género y la exposición a estresores, lo cual requiere metodologías que contemplen esta variabilidad. Tal aproximación contribuiría a generar evidencia más robusta para diseñar políticas y programas que contemplen la complejidad de la interacción entre lo social, lo psicológico y lo biológico (Laurson et al., 2016).

En términos preventivos, se recomienda incluir en la formación de profesionales de la salud y la educación contenidos específicos sobre parentalidad y salud mental, de manera que se reconozca la importancia de la primera infancia en la configuración de la regulación emocional y la vulnerabilidad psicopatológica. El trabajo interdisciplinario entre psicólogos, médicos, trabajadores sociales y educadores permitiría identificar tempranamente señales de riesgo en contextos familiares, favoreciendo intervenciones oportunas que podrían reducir la incidencia de trastornos afectivos en etapas posteriores (Betancourt et al., 2018).

Referencias Bibliográficas

- Alain, L. G., Andy Alian, L. G., Adianis, R. G., & Leonel, C. F. (2024). Ambiente y epigenética en la genesis de los trastornos psiconeuropatológicos. *genmed-Holguin2024*.
<https://genmed.sld.cu/index.php/2024/GH2024/paper/viewPaper/304>
- Aldinger, F., & Schulze, T. G. (2017). Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(1), 6-17. <https://doi.org/10.1111/pcn.12433>
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolo-Corigliano, A. M. (1985). Detrás de la máscara familiar. *La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*.
https://www.academia.edu/download/64705940/_1995_Detras_De_La_Mascara_Familiar_La_Familia_Rigida_Un_Modelo_De_Psicoterapia_Relacional_Andolfi_Et_al.pdf
- Arias Ponce, C. A., & Spencer Díaz, V. E. (2019). ¿ Existe relación entre epigenética e impulsividad disfuncional?
<https://repositorio.umayor.cl/xmlui/handle/sibum/7516>
- Arnold, L. M. (2003). Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics*, 26(3), 595-620. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00036-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00036-4)
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. J., & Ventura-Juncá, P. (2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista médica de Chile*, 138(3), 366-372.

Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. M., & Pardal, I. (1983). *Lealtades invisibles*. Amorrortu Buenos Aires.

<https://www.academia.edu/download/64197569/Es%20Psico%20Boszormenyi%20Nagy,%20Ivan%20&%20Apark%20Geraldine%20-%20Lealtades%20Invisibles%20,%20Terapia%20Familiar.pdf>

Brancati, G. E., Nunes, A., Scott, K., O'Donovan, C., Cervantes, P., Grof, P., & Alda, M. (2023). Differential characteristics of bipolar I and II disorders: A retrospective, cross-sectional evaluation of clinical features, illness course, and response to treatment. *International Journal of Bipolar Disorders*, *11*, 25. <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00304-9>

Brito, D. de C. M., de Souza, G. R. B., & Santos Filho, M. V. C. (2024). Alterações epigenéticas associadas ao Transtorno Bipolar decorrente de traumas na infância. *Brazilian Journal of Health Review*, *7*(5), e73290-e73290.

Brown, G. W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic patients in various types of living group. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, *37*(2), 105-131.

Buscarons Gelabertó, M. (2018). *Análisis de conflictos familiares: Un enfoque sistémico*. <https://www.torrossa.com/it/resources/an/4425958>

Buxarrais, M. R., & Zeledón, M. P. (2006). Las familias y la educación en valores democráticos. *Retos y perspectivas actuales*. <https://dadun.unav.edu/bitstreams/708126c5-373c-4604-9b54-04ef689eceab/download>

- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Capano Bosch, A., González Tornaría, M. del L., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: Estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 413-444.
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448.
- Casavilca-Zambrano, S., Cancino-Maldonado, K., Jaramillo-Valverde, L., & Guio, H. (2019). Epigenética: La relación del medio ambiente con el genoma y su influencia en la salud mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(4), 266-273.
- Ceberio, M. R., & Berardino, B. G. (2023). Contexto, ser humano y epigenética. *Interdisciplinaria*, 40(1), 81-97.
- Dell'Osso, B., Cremaschi, L., Macellaro, M., & Cafaro, R. (2022). *Gender and Sex Issues in Bipolar Disorder*. <https://www.psychiatrytimes.com/view/gender-and-sex-issues-in-bipolar-disorder>
- Esteban Lezcano, A., García Tovar, M., Guerrero Fuertes, P., Mora Fernández, M., Collados Pérez-Hiraldo, M. P., & Alastrué Núñez, E. (2023). El ambiente familiar como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades mentales y otros trastornos en niños y adolescentes: Una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1 (Enero)), 171.

- Estrada, M. R. B., & Ruiz, M. del P. Z. (2006). ¿ Por qué y para qué educar en valores democráticos desde el ámbito familiar? *Las familias y la educación en valores democráticos: retos y perspectivas actuales*, 159-183.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8146785>
- FERREIRA, R. V. S. (2017). *IMPORTÂNCIA DA EPIGENÉTICA PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS*.
<https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/55766/1/REGIANE+VITORIA+SANTOME+FERREIRA+ATIVIDADE++DEFESA.pdf>
- Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Shnit, D., & Weizman, A. (2001). Attachment Styles and Aggression in Physically Abused and Neglected Children. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 769-786. <https://doi.org/10.1023/A:1012237813771>
- García Blanco, A. C., Sierra San Miguel, P., & Livianos Aldana, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría biológica: Publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89-94.
- García Correa, N. (2016). *Epigenética y los trastornos neuropsicológicos: Gametogénesis, etapas embrionarias y tempranas del desarrollo posnatal*.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2856/Epigenetica+y+los+trastornos+neuropsicologicos+gametogenesis,+etapas+embrionarias+y+tempranas+del+desarrollo+posnatal..pdf?sequence=1>

- Gimeno, A. (2007). Las familias en la sociedad de la información y de la diversidad. M. Buxarrais y M. Zeledón (Coords.), *Las familias y la educación en valores democráticos. Retos y perspectivas actuales*, 99-126.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 697-714.
- Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment & Human Development*, 6(3), 263-278. <https://doi.org/10.1080/14616730412331281539>
- Jara, C., & Acuña, L. (2019). Adicciones y Epigenética. *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*, 36(3/4), 143-147.
- Juby, C., & Rycraft, J. R. (2004). Family Preservation Strategies for Families in Poverty. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(4), 581-587. <https://doi.org/10.1177/104438940408500417>
- Lino, M. V. L., Lino, R. P. L., Monar, F. X. S., & Sánchez, P. K. B. (2023). Genética y epigenética del trastorno del espectro autista. *RECIMUNDO*, 7(4), 85-93.
- López Palomino, M. (2024). *El Trastorno Depresivo Mayor (TDM): Una Aproximación Genética y Epigenética*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/82923>
- Maldonado, C. E. (2022). La complejidad humana consiste en un entramado de tiempos. *Cinta de moebio*, 73, 14-23.
- Martínez, C. J. G. (2019). Epigenética y salud: Un análisis desde el pensamiento complejo. *Revista Salud Bosque*, 9(2), 27-34.

- Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., Betancourt Izquierdo, E., Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, E. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482.
- Martino, P., & Audisio, E. (2016). Epigenética. Aproximación conceptual, mecanismos e implicancias en la salud mental. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
<https://www.aacademica.org/000-044/88>
- Martino, P. L., & Audisio, E. O. (2018). Epigenética: Un nexa para relacionar la Biología con la Psicología. *Revista de Educación en Biología*, 21(1), 10-18.
- Minuchin, S. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós.
https://www.researchgate.net/profile/Mauricio-Leija-Esparza/publication/267331815_Las_Tecnicas_de_Terapia_Familiar_de_Salvador_Minuchin/links/544bcbcc0cf24b5d6c408ffb/Las-Tecnicas-de-Terapia-Familiar-de-Salvador-Minuchin.pdf
- Navarra-Ventura, G. (2021). *Diferencias de grupo y sexo en la cognición social en el trastorno bipolar, la esquizofrenia y las personas sanas*.
<https://ddd.uab.cat/record/265670>
- Olson, D. H. (1989). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. The Haworth Press.

- Olson, D. H. (1993). Relationship types: An arrangement of marriages: Psychology Today. *New York*, 26(1).
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos* (p. 28) [Gubernamental]. OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>
- Paladines Guamán, M. I., & Quinde Guamán, M. N. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/394292fd-1273-474b-8c58-6271d154ac60>
- Polaino-Lorente, A., & Martinez, C. P. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Rialp; <https://elibrary.ru/item.asp?id=19548254>
- Quito Calle, V., Gil Gesto, I., & Tamayo Piedra, M. (2018). La relación de la cohesión y adaptabilidad familiar en el rendimiento académico de niños y niñas. *VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (Ecuador, 7 al 9 de noviembre de 2018)*. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/108490>
- Roditti, M. G. (2005). Understanding communities of neglectful parents: Child caregiving networks and child neglect. *Child welfare*, 277-298.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cualitativas, Cuantitativas y Mixtas*. McGraw Hill Mexico.

- Sanz, M. M. (2015). Epigenética y trastornos psiquiátricos. *Pediatría integral*, 19(8), 524-531.
- Sarmiento Mosquera, J. E. (2021). Epigenética. *Desarrollo del Escolar, Adolescente y Adulto*. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4383?locale-attribute=es>
- Selvini, M. P. (1970). *Contesto e metacontesto nella psicoterapia della famiglia*. Vita e Pensiero.
- Sluzki, C. E. (2008). Saudades at the Edge of the Self and the Merits of 'Portable Families'. *Transcultural Psychiatry*, 45(3), 379-390. <https://doi.org/10.1177/1363461508094672>
- Solís, M. (2022). Revisión sistemática de la epigenética y sus aplicaciones en salud. *Revista GICOS*, 7(3), 131-146.
- Sousa, L. (2005). BUILDING ON PERSONAL NETWORKS WHEN INTERVENING WITH MULTI-PROBLEM POOR FAMILIES. *Journal of Social Work Practice*, 19(2), 163-179. <https://doi.org/10.1080/02650530500144766>
- Tercero, R. P. (2024). *Manual de Terapia Familiar Sistémica: La Terapia Familiar en situaciones especiales. Tomo 4*. Ediciones Morata.
- Tornaría, M. del L. G. (2006). El reto de las familias en los procesos de educación. *Las familias y la educación en valores democráticos: retos y perspectivas actuales*, 129-157. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8146786>

- Toro Marín, M. J. (2021). *Perspectiva desde el enfoque sistémico en familias con disfuncionalidad y su afectación en el desarrollo psicoafectivo de los adolescentes*. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/5160>
- Ustariz Ortega, D. (2024). *Influencia de la familia en la salud mental del adolescente*. <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/0a2e8efc-5e5a-474a-b79a-517d85c82311>
- Vega, R. Z. (2021). Psicología y familia. Cinco enfoques sobre la familia y sus implicancias psicológicas. *Avances en Psicología*, 29(2), 277-278.
- Waddington, C. H. (1939). *An introduction to modern genetics* (1ra ed.). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315665412/introduction-modern-genetics-waddington>
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2002). Parent, child, and contextual predictors of childhood physical punishment. *Infant and Child Development*, 11(3), 213-235. <https://doi.org/10.1002/icd.252>
- Xu, X., Xiang, H., Qiu, Y., Teng, Z., Li, S., Huang, J., Chen, J., Tang, H., Jin, K., Jiang, L., Wang, B., Zhao, Z., & Wu, H. (2021). Sex differences in cognitive function of first-diagnosed and drug-naïve patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 295, 431-437. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.125>
- Zhang, Y., et al. (2023). Differences in parental bonding between schizophrenia and bipolar disorder patients. *Scientific Reports*, 13, 48576.

Anexos

Anexo 1-Entrevista semiestructurada

Sección	Subsección	Preguntas
1. Información general del entrevistado	Datos sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad: - Sexo: - Diagnóstico clínico confirmado:
	2.1. Relación con la madre (evaluar ambivalencia)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo describirías tu relación con tu madre durante tu infancia? - ¿Sentías que ella era afectuosa o distante? - ¿Había momentos en que esto cambiaba repentinamente? - ¿Podías predecir sus reacciones emocionales? - ¿Te sentiste alguna vez confundido respecto a si te apoyaba o no? - ¿Podrías compartir un recuerdo que ilustre cómo era ella contigo emocionalmente?
2. Historial Familiar y Parental	2.2. Relación con el padre (evaluar autoritarismo)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo describirías la relación con tu padre? - ¿Era una figura estricta o flexible? - ¿Sentías que tus opiniones eran tomadas en cuenta? - ¿Era frecuente el castigo o la imposición de normas sin explicaciones? - ¿Recuerdas haber sentido miedo o presión de cumplir con sus expectativas?
	3. Percepción de la dinámica familiar	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo era la comunicación en tu familia durante tu infancia? - ¿Sentías que podías expresar tus emociones libremente? - ¿Había discusiones frecuentes o tensión constante entre tus padres?

	- ¿Quién tomaba las decisiones importantes en casa?
4. Impacto emocional y subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo crees que te afectó emocionalmente la forma en que tus padres se relacionaban contigo? - ¿Sientes que alguna de esas experiencias influyó en tu forma de regular emociones actualmente? - ¿Has notado si algunos episodios afectivos – manía o depresión – se relacionan con temas familiares o vivencias del pasado?
5. Trastorno Bipolar tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuándo fue tu primer episodio maníaco-depresivo? - ¿Hubo algún evento estresante familiar o emocional que precediera ese episodio? - ¿Has hablado con tus padres sobre tu diagnóstico? ¿Cómo han reaccionado? - ¿Recibes apoyo emocional de alguno de ellos actualmente?
6. Cierre y reflexión personal	<ul style="list-style-type: none"> - Si pudieras describir cómo influyó tu crianza en quién eres hoy, ¿qué dirías? - ¿Cambiarías algo de la forma en que fuiste educado? - ¿Qué consejo darías a padres que crían a un niño con vulnerabilidad emocional?

Anexo 2 – Modelo de Consentimiento Informado

Consentimiento Informado Para Participar En Una Investigación

Título del estudio: *Dinámicas Relacionales asociadas al desarrollo del Trastorno Bipolar tipo 1*

Investigador responsable: *[Nombre y apellido del investigador]*

Institución: *[Nombre de la institución universitaria o de investigación]*

Correo electrónico de contacto: *[Dirección de correo electrónico del investigador]*

Teléfono de contacto: *[Número de teléfono institucional o del investigador]*

Estimado/a participante: Se le invita a participar de manera voluntaria en un estudio de carácter académico, cuyo objetivo es comprender ciertas experiencias personales relacionadas con su historia familiar y sus vínculos afectivos. Esta investigación no forma parte de un tratamiento ni reemplaza la atención médica o psicológica que usted recibe. La participación consiste en una entrevista individual que tendrá una duración aproximada de 40 minutos y se realizará en un espacio privado, garantizando su bienestar. Su decisión de participar o no participar no afectará de ningún modo su tratamiento actual ni la atención que recibe en esta institución. Puede negarse a responder cualquier pregunta que le incomode o suspender su participación en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión.

Confidencialidad: Toda la información que usted comparta será manejada de forma estrictamente confidencial. Los datos serán codificados y analizados de forma anónima, y no se incluirán nombres, apellidos ni ningún dato que permita identificarlo/a en los resultados de esta investigación. Las entrevistas no serán grabadas ni fotografiadas. Los registros escritos serán almacenados de forma segura y únicamente el investigador tendrá acceso a ellos.

Beneficios y riesgos: Si bien no se anticipan beneficios directos, su aporte será valioso para el desarrollo del conocimiento científico en el área de salud mental. Algunos de los temas abordados podrían evocar recuerdos sensibles o provocar incomodidad emocional.

En ese caso, usted podrá solicitar una pausa, finalizar la entrevista o contar con el acompañamiento de un profesional de esta institución.

Consentimiento: He leído la información proporcionada, se me han aclarado todas mis dudas, y comprendo que mi participación es voluntaria. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto afecte mi tratamiento. Acepto participar en esta investigación y autorizo el uso de la información recolectada para fines académicos y científicos, respetando mi anonimato.

Firma del/la participante: _____

Nombre completo: _____

Fecha: _____

Firma del investigador: _____

Nombre completo: _____

Fecha: _____

Anexo 3 – Modelo de Autorización Institucional para la Realización del Estudio

[Nombre del Centro de Salud]

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Autorización para la realización de investigación académica: Por medio de la presente, yo, [Nombre y Apellido del/la Director/a o Responsable Legal], en calidad de [cargo que ocupa] del [nombre del centro de salud], autorizo al/la estudiante [Nombre y

Apellido del/la Investigador/a], estudiante de [carrera que cursa] en [nombre de la universidad], a llevar adelante el proyecto de investigación titulado "*Dinámicas Relacionales asociadas al desarrollo del Trastorno Bipolar tipo I*" en las instalaciones de esta institución. Se deja constancia de que:

- El estudio ha sido debidamente explicado a la institución, incluyendo su objetivo, metodología, participantes involucrados y procedimientos previstos.
- Las entrevistas se realizarán en un espacio privado, en un entorno seguro, respetando los horarios acordados con la institución, sin interferir en la atención profesional de los usuarios.
- La participación de los/las usuarios/as será voluntaria y mediada por consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información recolectada.
 - La institución no asume responsabilidad alguna por los resultados o impactos del estudio, los cuales son responsabilidad exclusiva del/la investigador/a.
 - La investigación tiene fines estrictamente académicos, no lucrativos, y se enmarca dentro de los lineamientos éticos establecidos por la universidad y los principios bioéticos.

Esta autorización se expide a solicitud del interesado para ser presentada ante la universidad y otras entidades que lo requieran.

Lugar y fecha: _____

Firma y sello del/la responsable institucional: _____

Nombre completo: _____

Cargo: _____

DNI / CUIL: _____