



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Iztapalapa

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS

**Tras los pasos del minotauro: la autoconstrucción del actor bipolar.**

Experiencias y prácticas de personas que acuden al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez

**María Alejandra Sánchez Guzmán**

Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas

Directora: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño

Asesores: Dr. Andrés Ríos Molina

Dr. Joan Vendrell Ferré

México D.F.



## Dedicatoria:

Para Mateo y Pablo las dos partes de mi corazón,  
para Jesús mi querido amor, compañero y cómplice y  
para Pilar, José y Juan quienes sostienen mi espíritu,  
sin todos ellos no soy.

## Agradecimientos

Son muchas las personas que me acompañaron en el camino para hacer esta tesis y a las que quiero agradecer: a los hombres y mujeres que viven con la etiqueta de Trastorno Bipolar, quienes compartieron su vida conmigo, me dieron su confianza y su tiempo. A María Eugenia por el acompañamiento y recomendaciones durante todo el doctorado, a mis queridos lectores, Andrés y Joan, quienes me guiaron, apoyaron y orientaron en la tesis, siempre solidarios con mis proyectos y sobre todo por siempre creer en mi. A Selvia por su escucha y consejo entusiasta. A mis queridos amigos que en muchos momentos me escucharon, leyeron y animaron: Zoila, Francisco, Steven, Mariana, y Heidy. A Soco por su solidaridad, ayuda y soporte permanente. A la Dra. Teresa Corona quien me dio apoyo institucional y me ha alentado durante todo mi trabajo en el INNN y a todos los médicos que me apoyaron en este proyecto.

INTRODUCCIÓN .....	6
<b>1. Objeto empírico y teórico .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Sujeto posmoderno frente a la enfermedad mental: redefiniendo el tiempo y conocimiento .....</b>	<b>10</b>
<b>3. La enfermedad de las emociones: un objeto difícil de asir.....</b>	<b>12</b>
<b>4. La institución: el campo de las neurociencias .....</b>	<b>14</b>
<b>5. Desarrollo del trabajo de campo: el andar de una investigación antropológica en el campo de la práctica médica.....</b>	<b>18</b>
<b>6. Presentación del texto .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo 1. La Antropología frente a la alteridad: el campo de la locura y la enfermedad mental .....</b>	<b>26</b>
<b>1. La influencia del psicoanálisis y la antropología: algunos encuentros y desencuentros .....</b>	<b>29</b>
<b>2. Algunas reflexiones sobre la relación entre psicología y sociología: Marcel Mauss .....</b>	<b>33</b>
<b>3. Norteamericana: la cultura, el individuo y el colectivo .....</b>	<b>35</b>
3.1. Cultura y personalidad .....	35
<b>4. Sociogénesis y enfermedad mental .....</b>	<b>40</b>
4.1. Escuela de Palo Alto .....	44
4.2. Interaccionismo simbólico.....	45
4.3. Sociología de las Enfermedades Mentales .....	47
4.4. Teoría del doble vínculo.....	50
<b>5. Antipsiquiatría y movimientos democráticos .....</b>	<b>52</b>
5.1. Antipsiquiatría Anglosajona.....	56
5.2. Psiquiatría Democrática italiana .....	58
5.3. Microfísica del poder y micropolítica del deseo: la experiencia francesa.....	59
<b>6. Etnopsiquiatría.....</b>	<b>61</b>
<b>7. La psiquiatría transcultural .....</b>	<b>66</b>
<b>8. Las emociones ¿objetos culturales? .....</b>	<b>69</b>
8.1. Los estados emocionales como objeto de estudio antropológico.....	70
8.2. La Psiquiatría transcultural frente a los trastornos afectivos .....	76
8.3. La manía como estilo de vida: acercamiento etnográfico a la depresión maniaco depresiva en Estados Unidos .....	78
<b>9. Conclusiones: ¿Cómo abordar antropológicamente la experiencia de ser bipolar? .....</b>	<b>81</b>
<b>Capítulo 2. Arenas movedizas: el Trastorno Bipolar.....</b>	<b>85</b>
<b>1. Construcción biomédica de los diagnósticos psiquiátricos: trastorno bipolar .....</b>	<b>86</b>
1.1. De la psicopatología a la práctica psiquiátrica. El proceso de diagnóstico.....	87
<b>2. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en la práctica psiquiátrica .....</b>	<b>92</b>
<b>3. Trastorno Bipolar.....</b>	<b>100</b>
<b>4. Datos epidemiológicos del Trastorno Bipolar.....</b>	<b>108</b>
<b>5. Características sociodemográficas de los participantes .....</b>	<b>113</b>
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>116</b>
<b>Capítulo 3. Itinerarios terapéuticos: el camino de la etiquetación y la búsqueda de respuestas .....</b>	<b>118</b>

1. Introducción .....	118
2. Un pasado que huele y sabe a consultorio .....	120
3. Encontrando el minotauro .....	126
4. Necesito que me traten: medicamentos, drogas y paliativos.....	133
4. 2. Prozac, aspirinas, alcohol: analgésicos para el dolor cotidiano.....	136
5. Elena. “Me quieren llevar a Morelia a hacerme un exorcismo” .....	141
6. Carlos. “La verdad: ya no sé ni que hacer” .....	144
7. Conclusiones.....	150
<b>CAP 4. No hay bipolares en recuperación: rito de institución.....</b>	<b>152</b>
1. Antes de ser diagnosticado: “Fui una especie de medio apestado” .....	154
2. Descubrirse con TB: “Yo ya estaba pidiendo que alguien sí me catalogara de bipolar” .....	157
2.1. Marcando la diferencia.....	158
2.2. La representación de persona investida.....	161
3. Apropiarse del TB como forma de vida. “Nunca dejas de ser bipolar” .....	163
4. Conclusiones.....	171
<b>CAPITULO 5. Sujetos Boterianos: hacia el autocontrol.....</b>	<b>173</b>
1. Introducción .....	173
2. El examen diario .....	174
3. Delimitando la normalidad a través del tiempo .....	189
4. ¿Estables?: Empiezas a perder el sabor por muchas cosas.....	193
5. Conclusiones.....	199
<b>CAPITULO 6. Redes sociales: bipolares posmodernos.....</b>	<b>201</b>
1. Introducción .....	201
2. Comunicaciones mediadas por Internet: acción social .....	205
3. Foros, chats, páginas Web: Internet como espacio de construcción de la salud .....	207
4. Comunidad virtual de cuidado .....	221
5. Conclusiones.....	237
<b>Reflexiones Finales .....</b>	<b>239</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>248</b>



## INTRODUCCIÓN

*[...] “ah cabrón” la neta me sentí mejor  
al saber contra que tenía que luchar,  
es como encontrar al minotauro,  
nunca encuentras al puto minotauro  
y estás tirando chingazos al aire para estar bien  
y no puedes y cuando me diagnosticaron  
por fin sabía contra que iba luchar.*

*persona etiquetada con Trastorno Bipolar*

*En el mito griego del minotauro se narra la creación de una bestia que come humanos. Este ser mitológico será resultado de la venganza de Poseidón a Minos, a través de la unión de Pasífae con un toro bravío y blanco. Asterio el minotauro, mitad hombre, mitad toro nace y será encerrado en un laberinto hecho por Dédalo quien se esmera en construir complicados ambages para confundir la salida. Del enfrentamiento de Atenas y Creta queda la obligación de ofrecer siete doncellas y siete jóvenes atenienses para ser sacrificados en el recinto del minotauro. Teseo, hijo de Poseidón, propuesto a eliminar tan ominoso castigo, intentará matar al minotauro. Ariadna, hija de Minos, se enamora de Teseo y le ayuda a enfrentar la monstruosa bestia ofreciéndole un hilo muy largo que no debía soltar por ningún motivo mientras estuviera dentro del laberinto; ella lo sostendría en el otro extremo. Es así que Teseo encuentra y acaba con el minotauro y logra salir del laberinto. (Páez, 2003 y Graves, 2007)*

En esta tesis recojo las voces de mujeres y hombres que se reconocen en el límite de la cordura según el matiz de sus emociones, personas que han sido clasificadas por la psiquiatría con Trastorno Bipolar (TB), una enfermedad que, como se abundará ampliamente en el capítulo 2, se caracteriza por fluctuaciones en los estados emocionales. Independientemente de la concepción médica, la enfermedad mental para este planteamiento, específicamente el TB, es un cúmulo de circunstancias ritualizadas expresadas en etiquetas como depresión, manía, hipomanía, etcétera, que constituyen significados a través de discursos y prácticas y terminan por incluir o excluir a las personas en determinados espacios sociales.

Empiezo con el relato del mito del minotauro a manera de metáfora para explicar mi trabajo en este estudio, en donde la enfermedad mental es una bestia que está encerrada en un laberinto, rebuscado y azaroso, espacio que representa el conocimiento y práctica psiquiátrica, a mi como investigadora en el papel de Teseo y a la Antropología como Ariadna hilo conductor de mi camino. Debo confesar que esta reflexión no es propia, alguien más que ya había recorrido el camino me dio esta claridad, fue un hombre que cuando tuve oportunidad de conocer había sido clasificado con TB, conversar con él me permitió comprender las diversas dimensiones que implica vivir a través de esa etiqueta, me explicó la certeza que le otorgaba su nueva clasificación, cómo es que saberse diagnosticado le permitía luchar contra su propio minotauro.

El punto de partida de mi trabajo es el relato de personas que fueron etiquetadas con TB en su atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) en la ciudad de México. Realicé un acercamiento etnográfico sobre cómo se vive con esta etiqueta, cómo las personas se apropian de ella, cómo se pasa de ser una persona “sana” a ser “bipolar” y qué significa ser bipolar. Es decir, mi interés en este trabajo se ubica en la construcción de la identidad bipolar a partir de un diagnóstico médico y la construcción social y cultural de esta enfermedad mental. Me preocupa el antes y el después, de qué forma se institucionaliza, una vez nombrados no sólo por los médicos, sino por el reconocimiento de las personas en esa categoría (Trastorno Bipolar), cómo se vive desde ahí, cómo se es bipolar en el contexto de los participantes.

A manera de introducción retrato brevemente elementos claves para la lectura de las prácticas y significados que los participantes le atribuyen a vivir con TB. Ubico coordenadas de las personas que me narraron sus experiencias y matices respecto a su visión frente a los saberes psiquiátricos contemporáneos. Reflexiono sobre algunas características de la definición médica del TB. Puntualizo características de la institución donde realicé el trabajo de campo y mi posición dentro de ella. Para concluir describo el contenido de cada capítulo de este trabajo. La mayoría de los elementos que desarrollo aquí serán retomados y profundizados en cada capítulo, según corresponda.

Parto de la antropología simbólica<sup>1</sup>, así la etnografía que hago de la experiencia de los pacientes es una jerarquía estratificada de estructuras significantes (Geertz, 1973: 224) Bajo esta perspectiva, comprendo los procesos simbólicos mediante los cuales los pacientes interactúan con el mundo real. (Castro, 2011: 67)

A fin de hacer más sencilla la lectura divido el texto en pequeños apartados que separan la información de cada tema.

## **1. Objeto empírico y teórico**

En esta tesis, a nivel empírico me pregunto: ¿ Qué mecanismos culturales y sociales construyen y dan forma a las prácticas y significados de las experiencias de personas que han sido etiquetadas con TB?, distingo dos dimensiones:

---

<sup>1</sup> De la antropología simbólica me interesa destacar cómo los símbolos operan como vehículos de “cultura”, es decir de que manera los símbolos inciden en la forma en que los actores sociales, ven, siente y piensan el mundo. Considero que son los actores sociales quienes dan sentido a la cultura, así privilegio como fuente de información el punto del vista del actor. (Ortner, 1984 )

1. Desde una perspectiva sociocultural, cuestiono el concepto de enfermedad mental y específicamente al TB, me pregunto: ¿cómo se construye desde la antropología la locura y la enfermedad mental?, ¿qué es el trastorno bipolar de acuerdo con la descripción psiquiátrica?, ¿cómo enferman las emociones?, ¿qué es un estado de ánimo?, ¿qué es el ánimo y cómo y en relación a qué se puede medir un "trastorno"? ¿qué estado de ánimo consideraremos "anormal", y en qué circunstancias?, ¿cómo se puede clasificar a alguien con Trastorno Bipolar?, ¿cuáles son los parámetros para hacerlo?

2. Respecto a la construcción de la identidad y la construcción social de las personas que han recibido el diagnóstico: Cómo determinadas conductas serán vistas por las personas como "sintomáticas" ¿a partir de cuándo ocurre esto?, ¿en qué circunstancias?, ¿qué lleva a una determinada persona a "descubrirse" como enferma de trastorno bipolar?, ¿qué la lleva -a ella y a su entorno- a verse como enfermo?, ¿cómo influye el saberse clasificado con trastorno bipolar en la vida cotidiana y en el sentido de la misma? Una vez en algún sistema de atención ¿cómo utilizan los métodos terapéuticos?, ¿Cómo alguien se convierte en bipolar? y ¿con qué herramientas del mundo contemporáneo los bipolares construyen su identidad?

Como objeto teórico, la tesis se centra en comprender cómo es el proceso de etiquetación por el cual una persona se convierte en bipolar. A través de los itinerarios terapéuticos voy reconociendo la participación de la cultura; de distintos saberes en la construcción identitaria de una persona, de qué manera el proceso de marcaje social a través de un diagnóstico médico apoyado en el reconocimiento social de las personas como anormales se institucionaliza, tanto por el contexto social que sólo reconoce al individuo a través de los síntomas de la enfermedad, como por la persona que utiliza el contenido del diagnóstico para definir su actuación social. Se trata de ver cómo las prácticas de las personas son determinadas por el concepto cultural de Trastorno Bipolar. Me pregunto ¿cuáles son los caminos terapéuticos que van dando cuerpo a la identidad bipolar? ¿qué participación social hay en ese proceso?, ¿qué implica en términos simbólicos y sociales

ser nombrado como bipolar?, ¿cuál es el proceso por el que se marca la diferencia y se institucionaliza como un rasgo que define la identidad y la participación social?, ¿De qué manera el control del tiempo y la información influye en la identidad bipolar?, ¿Cómo el automonitoreo derivado del proceso por el cual una persona se convierte en bipolar es un ejercicio de control social? ¿Cómo utilizan las personas la información psiquiátrica en su vida cotidiana? ¿cuáles han sido las estrategias de las personas bipolares para insertarse en su contexto social?

## **2. Sujeto posmoderno frente a la enfermedad mental: redefiniendo el tiempo y conocimiento**

Un elemento clave de esta investigación es que las personas que entrevisté, cuyas narraciones biográficas dan cuerpo al trabajo, se encuentran en un proceso de autoconstrucción constante y aunque su identidad ni está dada, ni está definida, la enfermedad mental es para ellos un eje de identificación crucial. (Bauman, 1996: 86). Para este grupo la información, el acceso al conocimiento y la construcción del mismo serán rasgos distintivos e importantes para comprender cómo se identifican y viven como bipolares. Del mismo modo el tiempo es redefinido por sus circunstancias de vida (como veremos una de las consecuencias de vivir con depresión o manía –síntomas del TB- es la distorsión del tiempo, las personas que la padecen tienen que vivir a otro ritmo que no necesariamente se adapta al de su entorno social). Estas características tendrán como resultado que cada uno de los entrevistados describa de forma diversa su experiencia con trastorno bipolar, lo que significa que aunque hay coincidencias y cruces en las biografías, no hay una única forma de ser bipolar, pueden variar, dependiendo de las condiciones sociales y culturales como podremos ver en los siguientes capítulos.

Algunas particularidades importantes que definen las experiencias que dan cuerpo a este trabajo fueron las condiciones económicas y académicas de quienes participaron. La mayoría tienen ingresos suficientes para comprar sus medicamentos, pagar su tratamiento, alimentación, bienes y servicios básicos como agua potable, luz, teléfono, etcétera. Además cuentan con fácil acceso a la tecnología, nivel académico alto, control de la

información y apoyo social. Son personas que por estas características deciden e intervienen en su tratamiento. Situación que contrasta con las condiciones de vida de la mayoría de la población que acude al INNN quienes se caracterizan por tener escasos recursos económicos, bajo nivel académico, poco o nulo apoyo social y que se insertan en contextos donde las preocupaciones sociales como la pobreza, el abandono o la violencia pueden ser más comunes y a veces ahogan a la enfermedad en una realidad de miseria.

Otro componente a considerar es que si bien los participantes tienen un itinerario terapéutico amplio con múltiples recursos de diversa índole (véase capítulo 3), hay un uso preponderante de la psiquiatría y sus fármacos, así este acercamiento no profundiza en la tensión que otras investigaciones han descrito entre el modelo médico alternativo o subordinado<sup>2</sup> y el modelo médico hegemónico<sup>3</sup>, es más bien una visión sobre el andar de

---

<sup>2</sup> Retomo el término de modelo médico de la propuesta de Eduardo Menéndez quien señala que deben entenderse como *aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores”(incluidos médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.* (1992, 101) Según Menéndez el modelo médico alternativo subordinado generalmente se integra por prácticas reconocidas como tradicionales, incluidas algunas de alto nivel, desarrolladas al margen del sistema médico “occidental” como la medicina ayurvédica o la acupuntura, entre otras. Muchos de estos saberes médicos son derivados del modelo médico hegemónico, sus principales características son: *concepciones globalizadoras de los padecimientos y problemas, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación cuidador-paciente, participación subordinada de los consumidores,* (1992, 103) entre otras.

<sup>3</sup> Este modelo reconoce tres submodelos: médico individual privado, médico corporativo público y médico corporativo privado; los rasgos característicos de los tres son: *biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relaciones asimétricas entre el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico,*

los pacientes frente al conocimiento psiquiátrico, mostrando sus contradicciones, encuentros y desencuentros; límites, alcances y significados más allá del discurso dominante.

Finalmente, otra característica que el lector debe reconocer como propia del grupo de personas a quienes entrevisté son las herramientas diversas para enfrentar y representar la patología, reflejo del mundo posmoderno en que se encuentran; así, a propósito del tiempo y el espacio describiré la forma en que usan el Internet y las redes sociales como vía de acceso, construcción de la información y como espacios terapéuticos, de escucha y apoyo social.

### **3. La enfermedad de las emociones: un objeto difícil de asir**

En este apartado describo algunas características del TB que lo convierten en un objeto de estudio complicado por su definición y expresión, situaciones y condiciones que me condujeron a elegir estudiar cómo viven las personas etiquetadas bajo ese concepto. Comienzo por explicar por qué elegí una enfermedad psiquiátrica, luego por qué el Trastorno Bipolar y finalizo con algunas reflexiones sobre el contexto que desde mi punto de vista constituyen un marco adecuado para el estudio antropológico.

Al iniciar mi trabajo de investigación en el INNN podía acercarme a estudiar las experiencias de personas que viven con enfermedades neurológicas (Parkinson, esclerosis múltiple, etcétera) o psiquiátricas (esquizofrenia, depresión, entre otras). Elijo el TB, en un hospital cuyo principal objetivo es el estudio de padecimientos neurológicos, debido a que las características de la práctica psiquiátrica abre espacios amplios al análisis antropológico, ya que su principal fuente de insumo para los diagnósticos es el discurso y comportamiento. Siempre me ha parecido muy interesante el ejercicio clínico por medio

---

*legitimación jurídica y académica de las prácticas “curadoras, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión con otros modelos.* (Menéndez, 1992, 102)

del cual un psiquiatra interpreta los mundos internos de la persona y los codifica en conceptos; un gesto, una palabra, un pensamiento, una idea, son las herramientas de trabajo para un proceso de etiquetación que deviene en una identidad nueva para la persona nombrada como tal. Además me parece que la identidad subalterna de la psiquiatría frente a otros saberes médicos y el cuestionamiento a sus construcciones teóricas<sup>4</sup>, son elementos muy interesantes de revisar a través de la mirada social.

Respecto a la elección del TB frente a la esquizofrenia, depresión, trastorno límite de la personalidad u otros padecimientos psiquiátricos, destaco lo siguientes: el TB es un concepto psiquiátrico que se basa en una entidad poco estable dentro de este campo de estudio: “las emociones”. Entendidas como situaciones o condiciones difíciles de evaluar, de asir, resultan patológicas no por su mera presencia sino por su intensidad, de ahí la dificultad para comprender cómo pueden enfermar el afecto. Dos características del TB que llamaron mi atención, fueron: primero, es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de conductas que se ubican en polos opuestos manía y depresión. Esta dualidad asoma experiencias complejas; diferente a otras condiciones donde la desesperanza es la única forma de comprender el padecimiento, el TB plantea un panorama en el que los pacientes llegan a valorar positivamente algunos síntomas, sin que se deje de lado la percepción de incertidumbre y sufrimiento que pueden generar los padecimientos psiquiátricos. En segundo lugar, los pacientes con TB, generalmente, están en condiciones de poder narrar sus experiencias; situación que no es tan factible en otros padecimientos como la demencia, esquizofrenia o depresiones severas.

---

<sup>4</sup> Esta condición es algo que yo he podido corroborar durante mi trabajo dentro del INNN, pero también es algo que algunos psiquiatras han estudiado como Germán Berrios o Héctor Pérez quien citando Heinz Katschnig enumera algunos retos que la psiquiatría actualmente debe afrontar: *la disminución de la confianza en la base de sus conocimientos (diagnóstico, clasificación, intervenciones terapéuticas) y la falta de una base teórica coherente [...] la insatisfacción de los pacientes, la competencia con otras profesiones y la imagen negativa que nuestra especialidad tiene en la sociedad y frente a médicos de otras disciplinas.* (2011, 473)

Además, algunas ideas, representaciones, creencias y prácticas que rodean a los participantes confirman mi decisión de acercarme a este grupo de personas. Específicamente consideré el estudio de la dimensión cultural de las personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar a la luz de un contexto en donde las emociones son utilizadas para diagnosticar a alguien, para el marketing de una empresa, la manipulación de un voto, etcétera. En un período en el tiempo que adjudica un gran valor a la ciencia, pensada como un método infalible, comprobable y reproducible. Desde la práctica forense hasta el diagnóstico clínico, los argumentos médicos y biológicos son utilizados para resolver un crimen, diagnosticar a una persona o recetar un fármaco. Aquí la neurociencia<sup>5</sup> aparece para tratar de resolver cualquier problema a través del escrutinio del cerebro. En el mismo marco la psiquiatría biológica busca encontrar en la neuroquímica el sustrato biológico que respalde su práctica clínica. En una época donde hay un abuso de los términos médicos para describir las experiencias de la vida cotidiana. Una sociedad en la que el término bipolar no es exclusivo de las personas etiquetadas en el ámbito médico sino que forma parte de la jerga lingüística para describir algunas situaciones, objetos, lugares o sujetos que no necesariamente se relacionan con una enfermedad mental. En donde hay un fármaco o terapia que arregla la vida sexual, la falta de sueño, el exceso de felicidad, la falta de energía, etcétera.

#### **4. La institución: el campo de las neurociencias**

El INNN tiene algunas características que fueron importantes para comprender los itinerarios terapéuticos de los participantes, el tipo de atención que recibieron, el tipo de práctica psiquiátrica que sirvió de fundamento en el proceso de etiquetación por el que pasaron las personas que me narraron sus experiencias y las prácticas y significados que son atribuidos al TB. Además las características del conocimiento que se genera en la

---

<sup>5</sup> La neurociencia tiene como objeto la integración de diferentes disciplinas que estudian el sistema nervioso. (Ortiz,2004:133)

institución no sólo influyó en los personas etiquetadas y médicos, sino en mí, en mi trabajo de campo y en mi interpretación de las narraciones, universos simbólicos y prácticas relacionadas con esta enfermedad mental.

Así, aunque el INNN es un centro de atención médica, también realiza investigación y enseñanza, por lo tanto hay diversos grupos de personas según su trabajo y profesión: médicos, estudiantes, residentes (estudiantes que realizan su residencia<sup>6</sup> en el instituto), enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogas, psicólogas, trabajadores administrativos, investigadores (en la mayoría de ciencias básicas –biólogos, químicos, físicos, etcétera-). Hay una división importante en las relaciones entre las distintas áreas: administrativa, médica, enfermería e investigación, habiendo mucho mayores prerrogativas hacia el área médica. Es una institución altamente jerárquica en el que imperan las relaciones paternalistas entre médicos y pacientes, un espacio en el que la práctica y enseñanza médica se entretene en relaciones desiguales de poder sobre los residentes de menores grados y donde la visión médica prevalece sobre cualquier otra opinión o argumento.

El objetivo principal dentro del instituto es el estudio de las enfermedades cerebrales, encaminado principalmente a la investigación básica de las neurociencias con orientaciones neurobiológicas<sup>7</sup> y de la psiquiatría biológica<sup>8</sup>. Es decir, el paradigma de

---

<sup>6</sup> Es el nombre que recibe el tiempo que pasa un médico en diferentes hospitales o centros de atención médica para realizar alguna especialidad una vez que han terminado su formación básica como médicos generales. En el INNN hay diversas ofertas educativas para hacer residencias: psiquiatría, neurología, neurocirugía, etcétera.

<sup>7</sup> *La neurobiología estudia la evolución filogénica y ontogénica, referida a los cambios anatómicos, fisiológicos y bioquímicos, aplicados al desarrollo y la maduración normal del cerebro.* (Beteta,1999:1)

<sup>8</sup> La psiquiatría biológica es una de las corrientes dominantes en el auge de los estudios neurocientíficos actuales, según la cual las bases biológicas de la enfermedad mental son el sustrato más importante para su definición y atención. Kendler es uno de los principales autores dentro de este paradigma y sostiene cinco principios que la definen:

actuación y enseñanza de la institución es el análisis biológico de las enfermedades que atienden, dejando las condiciones sociales y culturales en segundo plano o en muchas ocasiones ajenas al proceso de enfermedad y atención.

El INNN depende de la Secretaría de Salud, es una institución de tercer nivel de atención médica, en nuestro país hay tres niveles de atención, siendo el tercero el más especializado. Es importante recalcar que el INNN brinda atención a toda la población de la república mexicana. Para determinar el costo de atención de los pacientes son sometidos a un examen socioeconómico, habiendo 6 niveles en los que pueden ser clasificados, de menores a mayores recursos; la mayoría de los pacientes que se atienden tienen nivel 1 y 2, es decir son personas de escasos recursos económicos. Otra característica del INNN es que no brinda medicamentos de forma gratuita, como otras instituciones públicas. Generalmente quienes son atendidos en el instituto no cuentan con seguro social, esto porque las personas que tienen seguridad social deben pagar las cuotas más altas, pues se supone que el IMSS y el ISSSTE tiene sus propios especialistas en el tema. Esta situación explica, en parte, que gran parte de la población que se atiende en el INNN sea desempleada o con empleos precarios y tengan pocos recursos para enfrentar

---

*I. “Todos los procesos mentales, aún los procesos psicológicos más complejos, derivan de operaciones del cerebro”;*

*II “Los genes y los productos de sus proteínas son determinantes importantes del patrón de interconexiones entre las neuronas en el cerebro y los detalles de su funcionamiento”;*

*III “Los genes alterados no explican, por sí mismos, toda la varianza de una enfermedad mental grave”;*

*IV “Las alteraciones inducidas en la expresión génica por el aprendizaje dan lugar a cambios en los patrones de las conexiones neuronales”;*

*V “En la medida en que la psicoterapia o la consejería son efectivas y producen cambios de largo plazo en la conducta, se presupone que lo hacen a través del aprendizaje, produciendo cambios en la expresión génica que altera la fuerza de las conexiones sinápticas y cambios estructurales que modifican el patrón anatómico de interconexiones entre las células nerviosas del cerebro”. (Figuroa, 2006:136)*

los costos que generan las enfermedades. Una característica fundamental que incide en los itinerarios terapéuticos de quienes acuden al INNN es que para evaluar si pueden recibir atención requieren que un médico general o especialista las refiera al instituto; lo que nos habla de un centro de concentración altamente especializado. De primera instancia se hace una preconsulta y se evalúa si las personas cumplen con los requisitos necesarios para ser pacientes<sup>9</sup>. Por lo tanto, el acceso al instituto implica trayectorias de atención largas, así quienes llegan al INNN han buscado y han sido atendidos en otras instancias previamente.

Específicamente los pacientes que llegan al área de psiquiatría son referidos de otras instituciones como el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” u hospitales como el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, por falta de cupo o bien porque presentan alguna enfermedad neuropsiquiátrica (trastornos mentales atribuidos a alguna afección del sistema nervioso). Lo que significa que el INNN es un centro de atención que se distingue de hospitales psiquiátricos donde se ven únicamente padecimientos de esta naturaleza. Además la población de pacientes internados es mucho menor y las instalaciones son diferentes a esos espacios, siendo el INNN un lugar abierto, más pequeño, pero sin el tipo de control y limitaciones que pueden presentar otros hospitales (rejas, protecciones en la ventanas, etcétera). Igualmente en comparación a otros centros manicomiales de nuestro país el instituto cuenta con mayor personal en los que prevalece un abordaje neuropsiquiátrico. Las instalaciones son limpias, alimentos tres veces al día, pueden realizar llamadas telefónicas, cada habitación tiene en promedio tres a cuatro camas, en el área de psiquiatría se pueden recibir a 22 pacientes, hay una sección para mujeres y otra para varones. Se tienen diversos talleres y existe una unidad donde se realizan manualidades. La proporción de pacientes y tipo de padecimientos que se ven en el INNN es muy distinta a otros centros de atención mental, por ejemplo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente durante el 2005 en el servicio de

---

<sup>9</sup> El criterio principal es que la persona que acude presente problemas relativos a las neurociencias: neurología, neurocirugía y psiquiatría.

consulta externa se otorgaron 85, 582 consultas: 8, 275 preconsultas, 5, 232 de primera vez y 72, 075 subsecuentes. Y de acuerdo con los datos de morbilidad de la Dirección de Servicios Clínicos de este hospital, se encontró que el principal motivo de consulta lo representan los trastornos afectivos 51.0%, seguido de esquizofrenia 14.9%, trastornos neuróticos 14.2%, trastornos mentales orgánicos 7.3% y disfunciones asociadas a trastornos mentales 5.8%. En contraste en el Instituto se internaron, durante 4 años de revisión, menos de 300 pacientes psiquiátricos. Así el INNN no es una institución psiquiátrica común<sup>10</sup>, tendiendo a ser un espacio relativamente más cómodo para las personas por el tipo de atención y la calidad de los espacios. Estos datos serán muy importante en algunos hallazgos sobre la relación que guardan los entrevistados con la institución y serán retomados en los siguientes capítulos.

No hay datos actualizados del perfil sociodemográfico de los pacientes que acuden al Instituto, sin embargo en un trabajo sobre las visitas realizadas por trabajadoras sociales a los hogares de los pacientes durante 2003 a 2009 del INNN se reporta que 85% del ingreso familiar se concentró en el rango de \$400.00 a \$5, 370.00 pesos mensuales, 55% de los pacientes tienen entre 39 a 59 años y por los menos la mitad cuenta con un nivel educativo de igual o menor a secundaria. (Calzada-Lemus, 2011). Lo que indica que la población que asiste al INNN en general tiene bajos recursos, pocos años de estudio y cuentan con trabajos precarios o están desempleados.

## **5. Desarrollo del trabajo de campo: el andar de una investigación antropológica en el campo de la práctica médica**

---

<sup>10</sup> No es común porque no se dedica exclusivamente al estudio de la psiquiatría, por las características de sus instalaciones y por el tipo de recursos médicos con los que cuentan, algunos centros manicomiales en México no cuentan con médicos especialistas y generalmente las personas que son internadas son sometidas a condiciones de hacinamiento y abandono.

Antes de explicar el proceso y las implicaciones del trabajo de campo, me gustaría explicar desde donde parto en esta investigación. Además de ser estudiante del doctorado en Ciencias Antropológicas trabajo en el INNN como investigadora, punto crucial durante todo el proceso de investigación. En primera instancia porque fue el motivo por el que realice el trabajo del campo en el INNN ya que tengo acceso a las personas que acuden en busca de atención médica y a la observación de la práctica y enseñanza médica. Me dedico a la investigación sociomédica, tema poco tratado dentro del instituto. Esta posición ha sido estratégica para acercarme con otra mirada a las actividades que se hacen en el hospital, por un lado me da acceso a espacios que no están abiertos para otros profesionales, pero implica también que yo misma este influida por los paradigmas de la institución, de la práctica psiquiátrica y neurológica.

Para realizar el trabajo de campo utilicé diversas técnicas. El primer acercamiento fue a través de la observación participante, aproximadamente durante 8 a 10 meses acudí al pase de visita<sup>11</sup> del servicio de psiquiatría que se realiza cada martes, este es un recorrido que hacen los médicos adscritos, residentes, trabajadoras sociales, estudiantes de pregrado de medicina, psicólogos y en ocasiones nutriólogos, en donde revisan a cada persona que se encuentra hospitalizada, ya sea para entrevistarla a profundidad o darle seguimiento al tratamiento, síntomas, etcétera. Aquí hice un acercamiento general a los padecimientos psiquiátricos a través de la mirada del médico psiquiatra, circunstancia que me permitió observar prácticas médicas (desde jerarquías entre médicos<sup>12</sup>, relación con otros

---

<sup>11</sup> “pase de vista” es el nombre que recibe los recorridos que los médicos y otros miembros de los servicios de salud hacen en las salas de internamiento, en estas visitas se revisan a las personas que ingresan, se da seguimiento a las que ya están internadas por varios días y se decide cuando abandonarán el hospital y que diagnóstico o tratamiento recibirán. Son espacios muy interesantes para observar como se construye el conocimiento psiquiátrico y la relación médico-paciente.

<sup>12</sup> La práctica médica se caracteriza por ser altamente jerarquizada, siendo los médicos adscritos los de mayor rango, los residentes son R1, R2, R3 o R4 dependiendo el número de años de estudio (la especialidad en psiquiatría es de 4 años). El trato de respeto y mando en razón del rango mayor, es evidente.

profesionales, método de enseñanza, aplicación del conocimiento psiquiátrico, métodos de diagnóstico, trato con los pacientes, etcétera), la respuesta de los pacientes (ante un ejercicio tan invasivo como puede ser la entrevista ante 10 personas ajenas donde se tienen que expresar síntomas, intimidades respecto a prácticas cotidianas, temas que van desde el trabajo, hasta la vida sexual, las expresiones emocionales, pensamientos, etcétera), así como el funcionamiento del servicio (el papel de las enfermeras, médicos, las visitas de familiares, entre otros), etcétera.

De manera simultánea acudí cada viernes a las sesiones de enseñanza del servicio de psiquiatría en donde los médicos residentes presentan un “caso” es decir la historia clínica de un paciente con un fin académico (generalmente es presentada por un R1 o R2 y coordinada por un R3 o R4). Ahí, en dos horas aproximadamente, hacen un recuento de los datos que caracterizan y enmarcan los signos y síntomas de una persona en determinada nosología psiquiátrica. Este proceso se divide en varias etapas en donde participan: trabajadoras sociales, psiquiatras, neurólogos, psicólogos, estudiantes de medicina y en la mayoría de las veces la persona que es atendida (en algunas ocasiones si no asiste, ya sea porque no quiere o no puede –porque este sedado, por su padecimiento no puede responder, no quiere participar, etcétera- se presenta un video de una entrevista previa con él o ella). Esta presentación se divide en varias etapas: ficha de identificación (contiene datos sociodemográficos del paciente), antecedentes heredo familiares (patologías en la familia de origen: cáncer, diabetes, hipertensión, trastornos mentales, etcétera), antecedentes patológicos individuales (se refieren a enfermedades que haya tenido el paciente además de la que lo hace acudir al INNN), antecedentes no patológicos (situación del lugar en donde vive, ejemplo: acceso a servicios como agua, luz, etcétera). Finalmente se describe el padecimiento actual (por el que es atendido en la unidad de psiquiatría), ahí se despliegan una serie de herramientas técnicas y clínicas para la evaluación y determinación diagnóstica (exploración física, estudios de laboratorio y gabinete -incluyen análisis de sangre, orina, tomografías, resonancias, etcétera- aplicación de evaluaciones neuropsicológicas, entre otras) en esta parte es cuando la persona evaluada es interrogada: generalmente se le pregunta cuáles son los síntomas que juzga lo hicieron llegar al hospital, qué enfermedad considera padece, cómo se manifiesta, etcétera. El interés de estas sesiones es primordialmente de enseñanza, pero también

discutir detalladamente para llegar a un diagnóstico y sobre todo a un tratamiento. Para esta labor, la voz de la persona evaluada es poco a poco, convertida en signos “objetivos” que encuadren en las clasificaciones teóricas del saber psiquiátrico. Los resultados pueden ser variados: el más alentador para los médicos, es identificar claramente las características patológicas del paciente y dar un tratamiento (en la mayoría de los casos basado en psicofármacos); pero hay ocasiones en que la conducta por la que la persona acude y es ingresado en la consulta, simplemente no encuadra en las definiciones o se encuentra en los límites de las mismas.

Este primer acercamiento me permitió familiarizarme con el lenguaje médico, específicamente de la psiquiatría, comprender qué es lo que observan, cómo trabajan, cómo ven a los pacientes desde su trinchera. Observe como abordan a las personas que acuden por atención médica, como y bajo que criterios determinan si alguien padece una enfermedad, el contenido de los manuales y el conocimiento que sustenta su práctica clínica, sus percepciones sobre las personas que atienden, sobre su profesión, las dinámicas de enseñanza, sus relaciones de trabajo, las jerarquías internas con los médicos residentes, trabajadoras sociales, enfermeras y con médicos de otras especialidades.

A partir de estas observaciones elaboré una guía de entrevistas semiestructuradas, utilizando como herramienta el curso de vida, específicamente por medio del itinerario terapéutico donde el diagnóstico de TB era un punto de reconstrucción del presente y pasado de los entrevistados. Mi intención era comprender cómo se construye la enfermedad mental, cómo y cuándo se reconocen como enfermos mentales, cómo lo viven, que estrategias realizan, que significados le atribuyen a esta experiencia. La entrevista contenía: datos sociodemográficos a través de una ficha básica estandarizada. Cuestionario básico que sirvió como guía durante la entrevista, el cual se dividió en cinco apartados: 1) Trastorno Bipolar (significado), 2) Familia, 3) Trabajo y estudios y, 4) Relaciones personales y 5) Atención terapéutica. En el transcurso de la entrevista formule preguntas que no habían sido incluidas y que dependieron de la disponibilidad de los entrevistados y la relación que guardaban con el objetivo de la investigación. Las entrevistas fueron realizadas en el área de hospitalización de psiquiatría, consultorios de

consulta externa, laboratorio de violencia y género y fuera del instituto, en diversas cafeterías de la ciudad (de acuerdo a la conveniencia de los entrevistados).

Para seleccionar a los participantes, acompañe a Juan<sup>13</sup>, un médico del servicio de psiquiatría, a sus consultas cada miércoles durante un mes. La dinámica consistía en revisar los expedientes de las personas que tenían consulta para verificar si había alguien con diagnóstico Trastorno Bipolar, si era el caso al momento de que empezaba la consulta, el médico me presentaba con él o ella y le explicaba que estaba haciendo una investigación para ver si quería ser entrevistado. Cuando aceptaban la invitación al terminar su consulta yo los entrevistaba en un consultorio del área de consulta externa. También entrevisté a algunas personas que se encontraban internadas y que sabía tenían trastorno bipolar porque me enteraba durante los pases de visita o porque algún médico que sabía de mi investigación me comentaba.

Esta primera ronda de entrevistas me permitieron obtener información muy interesante, pero también pude percatarme de dos situaciones: 1. Al entrevistar a las personas como un miembro de la institución y dentro del hospital, ya sea en un consultorio o en hospitalización, los participantes eran muy renuentes a ampliar su testimonio fuera del lenguaje biomédico y de los temas que usualmente son indagados por los médicos (intensidad de síntomas, tipo de diagnóstico, consumo de fármacos, etcétera). 2. Yo me encontraba absolutamente influenciada por la práctica médica, utilizaba el lenguaje biomédico y por un momento parecía que indagaba únicamente la frecuencia de síntomas y efectividad del medicamento. Para evitar este sesgo y poder profundizar en la vida cotidiana de los pacientes, siendo uno de los objetivos de esta investigación, decidí alejarme por un tiempo de los espacios del INNN relacionados con la investigación, deje de asistir al pase de visitas y a las sesiones de los viernes. Además me incorporé a el Seminario Interdisciplinario de Salud Mental en el Instituto de Investigaciones Históricas UNAM y a otro sobre etnosiquiatría impartido por el CIESAS. Estos espacios me dieron oportunidad de refinar mis objetivos, al terminar ambos seminarios comencé la tercera etapa del trabajo de campo.

---

<sup>13</sup> Seudónimo

En este período intenté encontrar a personas etiquetadas con Trastorno Bipolar que se reunieran fuera del ámbito hospitalario, ya sea del INNN u otra institución, buscaba grupos de apoyo a los que pudiera asistir y observar las interacciones de sus integrantes. No encontré ningún espacio de esta naturaleza que fuera continuo. En cambio Juan, médico adscrito al servicio de psiquiatría, me comentó que uno de las personas que atendía tenía una página de Internet sobre el tema y buscaba que se abriera un grupo de apoyo regular dentro del INNN. Me acerque a él y lo entrevisté, me informó las características de su página web y me invitó a participar en un grupo cerrado de Facebook, integrado por personas etiquetadas con TB, médicos y familiares. En la página de Facebook contacté a más personas que entrevisté fuera del INNN en varias ocasiones, a diferencia de la primera etapa de entrevistas, en esta segunda mi relación con los entrevistados no estuvo mediada por mi pertenencia al instituto y pude profundizar en sus vidas sin recurrir a la jerga médica y objetivos de la psiquiatría. Además de realizar las entrevistas comencé el seguimiento de la página de Facebook con la intención de hacer una etnografía virtual del espacio y comprender su impacto en las personas entrevistadas.

A todos los participantes en la investigación les solicite su consentimiento informado antes de comenzar las entrevistas. Y con el fin de guardar la confidencialidad todos los nombres utilizados en el trabajo son seudónimos.

## **6. Presentación del texto**

La tesis está estructurada de la siguiente manera: la primera parte se integra de la introducción, capítulo 1 y 2; aquí proporciono el contexto para facilitar la lectura de los datos etnográficos. Específicamente, en el capítulo 1 hago una revisión de la antropología frente a la enfermedad mental y desarrollo algunas herramientas teóricas para la lectura de los mundos simbólicos descritos por los y las entrevistadas. En el capítulo 2 describo los elementos para comprender los datos psiquiátricos que construyen la noción de TB. En los

últimos cuatro capítulos hago una lectura etnográfica de las prácticas y significados de personas etiquetadas como bipolares.

El primer capítulo es un acercamiento desde la antropología a la enfermedad mental y al enfermo mental, mi intención fue rastrear de qué forma esta disciplina ha estudiado este fenómeno social y cultural, encontrando múltiples acercamientos con diferentes planteamientos epistemológicos y teóricos. Resaltando el uso de la antropología simbólica para comprender la construcción social y cultural del TB y el proceso de etiquetación.

El segundo capítulo tiene como meta retratar las dificultades que implica el estudio de TB partiendo de la definición psiquiátrica, quiero que el lector comprenda lo difícil que es estudiar las emociones, desde su definición, valoración, la medición, etcétera. Aquí señalo algunos problemas sobre las bases teóricas de la definición y construcción de los términos psiquiátricos, específicamente el TB, también relato dificultades que se encuentran en el proceso de exploración psiquiátrica y destaco datos epidemiológicos que ayudan a contextualizar la condición médica en nuestro país.

El tercer capítulo es la descripción detallada de los itinerarios terapéuticos de las personas a quienes entrevisté, sus decisiones y acciones alrededor de descubrirse y definirse como bipolares. Este capítulo sirve también como una especie de introducción a los mundos simbólicos de las personas etiquetadas con trastorno bipolar, en al menos dos dimensiones: cómo se construye el TB por el contexto de las personas entrevistadas y cómo los participantes se reconstruyen a través del diagnóstico, es decir cómo hacen una lectura de su pasado partiendo de la etiqueta de bipolar.

En el capítulo cuarto mi preocupación fue comprender cómo alguien se convierte en bipolar, para este fin describo el proceso de etiquetación social a través del diagnóstico psiquiátrico y el reconocimiento del mismo como legítimo por quienes son etiquetados y por su contexto. Narro cómo se estructura el rito por el cual se institucionaliza la diferencia, no como un ritual de paso, sino como un proceso continuo y permanente, la

intención es destacar la función social y cultural de la demarcación de lo lícito y la transgresión, de la salud y la enfermedad mental.

El quinto capítulo es una reflexión de cómo los participantes a partir de que son objeto del escrutinio médico y social desarrollan una especie de autocontrol emocional que se convierte en una forma de control social eficiente por ser realizada por ellos mismos. Describo el automonitoreo constante de las emociones como un anhelo de quienes han sido etiquetados como bipolares, para tratar de atenuar la diferencia por la que son marginados. Destaco la categoría del tiempo como un elemento clave para comprender porque los bipolares no son integrados en sus contextos sociales.

En el último capítulo expongo como los bipolares encuentran en un grupo de Facebook, un espacio terapéutico. Pero además desarrollo como es que las redes sociales y el acceso a la información gracias a Internet abre un contexto que redefine a los “pacientes” en actores sociales, que no sólo tienen acceso a la información, la construyen y manipulan. Lo que replantea las relaciones médico-paciente, la utilización de fármacos y de diversas terapias, pero sobre todo permite a la persona bipolar reconstruir continuamente su identidad.

## Capítulo 1. La Antropología frente a la alteridad: el campo de la locura y la enfermedad mental

Hablar de enfermedades es una especie de entretenimiento de las mil y una noches.

William Osler

En este capítulo haré una breve revisión de cómo se ha estudiado la enfermedad mental, al enfermo mental y las alteraciones del afecto en las ciencias sociales. Concluiré con algunos estudios del Trastorno bipolar y del afecto desde la antropología y la elección de los marcos de referencia para la interpretación del trabajo de campo.

Cuando hablamos de antropología y enfermedad mental o locura<sup>14</sup> se debe pensar en por lo menos tres planos o dimensiones: a) el individuo (loco, desviado, enfermo mental, etcétera), b) las instituciones que contienen y definen la enfermedad mental (cárceles, asilos, manicomios, granjas, entre otras) y los saberes que enmarcan y dictan la práctica social entorno a la locura (psiquiatría, psicología, etnopsiquiatría, sociología, antropología, etcétera). Con la advertencia que es un campo amplio, heterogéneo, poco delimitado entre disciplinas y enmarcado en un discurso moral y político.

Tanto la psiquiatría como la antropología han abordado la alteridad como objeto de

---

<sup>14</sup> La ciencia clásica griega es la base del desarrollo médico que hoy clasifica los trastornos que conocemos como psicológicos o psiquiátricos, igualmente constituye las concepciones de locura situadas en el conocimiento popular. (Martínez, Orobitg y Comelles, 2000)

análisis, desde su constitución como disciplinas de estudio de lo humano sus puntos de encuentro son varios. Los debates comunes entre estas dos disciplinas, una vez hecha la delimitación del discurso médico entre lo científico y jurídico, entre la alteridad y la enfermedad mental, son: las relaciones entre naturaleza y cultura, más adelante biología y sociedad, con el fin de explicar o comprender las relaciones entre las prácticas sociales y las expresiones de la psicopatología. (Comelles, 2007)

A partir de la Ilustración, la medicalización de la locura sustituye gradualmente los dispositivos religiosos de observación y control del alienado por una mirada clínica y racionalista del comportamiento anormal. Los datos etnográficos sobre expresiones patológicas serán usados por el ámbito médico para sentar la universalidad clínica y constituir a la psiquiatría en el mismo estatus que otras ramas de la medicina. (Porter, 2002)

Emil Kraepelin (2008) a través de la descripción detallada de la *demencia* y *demencia precoz* tratará de establecer las bases anatómo-clínicas para extraer lo étnico e incorporarlo al modelo médico y al mismo tiempo rechazar la posibilidad de la psiquiatría comparativa. Esta postura no sólo obstruye la comunicación entre ciencias sociales y la práctica clínica, sino la penetración del paradigma psicoanalítico. Al delimitar el tratamiento de la enfermedad mental, se parcela también la construcción e interacción de la antropología y se sientan por lo menos dos caminos para abordar la enfermedad mental a través de un marco sociocultural. El modelo americano pragmático, caracterizado por un diálogo más directo con el psicoanálisis, la sociología empírica o culturalismo. En oposición el panorama Europeo constituido a partir, principalmente, del interés médico, que escudriña en los distintos enfoques teóricos, más compatibles con el modelo médico, tendiente a la psicología individual o el organicismo. Predomina la psicopatología fenomenológica alemana o la positivista francesa, encabezadas por teorías como: las lombrosianas, el constitucionalismo, la eugenesia y en algunos casos el psicoanálisis y la higiene mental (Comelles y Hernaez, 1997).

Particularmente el estudio de la enfermedad mental a través de la antropología se ha caracterizado por la falta de homogeneidad, en algunos casos sistematización limitada, tosquedad metodológica y poca vinculación (Comelles y Hernaez, 1997). Muchos de los acercamientos de las ciencias sociales a la psiquiatría provienen de médicos o psiquiatras que frustrados ante los dispositivos custodiales hicieron uso de la etnografía para dar cuenta del sufrimiento asociado al tratamiento social de la locura. Aunque también hay antropólogos o sociólogos que interesados en la enfermedad mental hacen uso de la teoría antropológica y sociológica para dar explicación a los fenómenos sociales y culturales que constituyen las enfermedades mentales y su tratamiento, generalmente lo hacen a través de los clínicos y el saber psiquiátrico. La dificultad para hacer un mapa o genealogía de la relación entre antropología y psiquiatría es rastrear líneas claras que aborden como trabajo académico el estudio sistemático de la enfermedad mental.

La multiplicidad de enfoques entre antropología y enfermedad mental incluyen: antropología psicológica, psicoanálisis antropológico, psiquiatría social, etnopsiquiatría, psiquiatría cultural o transcultural, sociología de las enfermedades mentales, antipsiquiatría, psiquiatría democrática, entre otras (véase Tabla 1). Estas demarcaciones teóricas, muchas veces no limitan claramente su distinción con otras disciplinas, pueden compartir algunos postulados y no necesariamente se constituyen como corrientes bien definidas.

**Tabla 1. Nombres atribuidos en el siglo XX al estudio de la relación entre cultura y psicopatología**

1895-1935	Sigmund Freud	Psicoanálisis
1904	Krapelin	Psiquiatría comparada
1940	Devereux	Psiquiatría primitiva
1945	Aubin	Etnopsicopatología
1951	Gallais et Planques	Perspectiva etnopsiquiátricas

1953	Carothes	Etnopsiquiatría
1955	Slotkin	Cultura y psicopatología
1956	Devereux	Antropología Psiquiátrica
1957	Mars	Etnopsiquiatría
1960	Field	Etnopsiquiatría
1961	Kaelbing	Psicopatología comparativa
1962	Cooper	Antipsiquiatría
1964	Kiev	Psiquiatría Folclórica
1965	Bastide	Sociología de las enfermedades mentales
1965	Wittkover y Rin	Psiquiatría transcultural
1965	Murphy y Leighton	Psiquiatría a través de las culturas
1967	Weinberg	Sociología Psiquiátrica
1973	Basaglia	Psiquiatría democrática y anti institucional
1973	Kennedy	Psiquiatría cultural
1977	Crapanzano	Etnopsiquiatría
1977	Kleinman	Nueva Psiquiatría Transcultural
1982	Murphy	Psiquiatría comparativa

Fuente: Retomado y modificado de Beneduce, 2006, p. 79

Sabiendo que es imposible abarcar de manera profunda cada uno de estos acercamientos, en las siguientes líneas me permito rastrear de manera breve algunas de las principales reflexiones en el tema, síntesis que dará un marco mínimo para comprender la dimensión cultural de la experiencia de vivir como bipolar.

### **1. La influencia del psicoanálisis y la antropología: algunos encuentros y desencuentros**

Quienes estudian la relación entre psicoanálisis y antropología pueden decir que una de las causas principales entre los malos entendidos y divergencias entre ambos saberes, se debe al olvido de que si bien comparten algunos puntos, la gran diferencia entre ambos es

que mientras la antropología se interesa por un conjunto de representaciones sociales y concientes, el psicoanálisis parte del inconsciente.

No es mi intención profundizar en la construcción teórica y práctica del trabajo de Freud, tampoco señalar con detalle la influencia de su trabajo en la antropología, me limito a describir algunas de sus convergencias y enfatizar la aportación psicoanalítica, más que como un saber teórico como una afrenta al modelo cartesiano prevaleciente en la producción del conocimiento científico y a la construcción de la locura como síntoma de disfunción orgánica.

El trabajo psicoanalítico de Freud se desarrollará entre 1895-1938 y aborda múltiples temas como: psicopatología, sueños, instituciones culturales, simbolismo mental, ortogénesis de la personalidad y la teoría de la psicología humana. De acuerdo con Freud los principales contenidos del psicoanálisis son: *el supuesto de que existen procesos anímicos inconscientes, la admisión de la doctrina de la resistencia y de la represión, la apreciación de la sexualidad y del complejo de Edipo* (Freud, 1923, p. 243). Así el psicoanálisis será un esfuerzo por encontrar la dimensión simbólica en las experiencias cotidianas y los procesos del inconsciente.

Habría que decir que la corriente psicoanalítica toma sus propios bríos y formula nuevos postulados, que rebasan los planteamientos freudianos, empezando por su hija Ana Freud y demás seguidores y retractores. Así, las influencias del psicoanálisis en la antropología también rebasan la propuesta freudiana. Lo interesante del psicoanálisis será la capacidad de adaptarse a diversos marcos culturales e ideológicos, condición que seguramente se relaciona con su objeto de estudio y su *método que se sitúa en la frontera entre lo propio de la objetividad y lo imaginario* (Betancourt, 2011, pp. 15- 16)

Así el psicoanálisis puede considerarse una teoría mixta entre las ciencias naturales y las ciencias del espíritu, entre una explicación causal y una comprensión del sentido (Martínes, Orobig y Comelles, 2000, p. 132). A través del reconocimiento del deseo replantea al sujeto y su actuar, además de inaugurar una forma novedosa de terapia a

través del descubrimiento del inconsciente y los mecanismos de la represión, también pone de manifiesto la participación colectiva en el individuo y su configuración mental:

El psicoanálisis freudiano produce, con la introducción del deseo, la inversión del sujeto consciente, del *cogito* (pienso existo) narcisista y dominante, en la medida en que asume la vida consciente como determinada por elementos desconocidos que guían nuestro actuar. La operación consistente en distanciar al sujeto del inconsciente del espacio del yo o ego. Para Freud, algo más nos habla de ahí donde se producen fallas en el ámbito de la conciencia; en el momento en que ésta tropieza, se manifiesta el ello. Desde este punto de vista el psicoanálisis traspasa el puro campo de aplicación terapéutica y se instala en una forma de pensamiento vasta y general (Betancourt, 2001, p.11)

El psicoanálisis aportará *una metodología de estudio y un código que puede resultar tan útil como discutido en el campo antropológico* (Martínes, Orobíg y Comelles, 2000, p. 143) reconfigurando el entendimiento y estudio de la actividad psíquica y cultural, lo normal y patológico y lo mental y lo orgánico.

En respuesta a nuestro objetivo habrá que decir que la obra y método de Freud tendrá influencia en autores como Kroeber (1920), algunos integrantes de la corriente de cultura y personalidad, Marcel Mauss, Lévi-Strauss, Gezá Rohei, Turner, etcétera. Uno de los principales desencuentros en la antropología será la validez respecto a la generalización de las tesis psicoanalíticas, específicamente la relación edípica y la comprensión y destino de la cultura (Mier, 2000).

Freud aplica el psicoanálisis al estudio de las instituciones culturales y aunque su contribución al movimiento de Cultura y Personalidad proviene principalmente de su acercamiento a la antropología (*Tótem y Tabú*) también ejerció influencia su obra sobre la histeria y sobre la interpretación de los sueños en la que establece su teoría del simbolismo mental.

Así, la escuela de Cultura y Personalidad desarrolló teórica y sistemáticamente la antropología psicológica. El trabajo de Freud será la base principal para el desarrollo clásico de cultura y personalidad, resultado de un intercambio entre antropólogos americanos y los proponentes del psicoanálisis. La influencia principal proviene del psicoanalista Abram Kardiner, retomado principalmente por Mead, Benedict y Sapir.

Los elementos claves para del planteamiento de Freud serán:

- a) Modelo dinámico de la personalidad según el cual el consciente y el inconsciente interactúan sobre la barrera de la represión.
- b) La identificación del proceso psico-simbólico a través del cual el material inconsciente reasigna y posibilita la entrada al consciente y su influencia vital en él.
- c) El modelo ontogenético que enfatiza la influencia de las experiencias durante la niñez a través de la vida.
- d) Específicamente el movimiento se caracteriza por la aplicación del psicoanálisis al estudio de la cultura en estudios sobre la infancia.

Así a los autores de Cultura y Personalidad les interesa nociones como inconsciente, represión o sublimación, sin otorgarle importancia a la universalidad del complejo de Edipo u otras aportaciones de Freud en Tótem y Tabú (Martínes, Orobíg y Comelles, 2000)

El etnopsicoanálisis o antropología psicoanalítica clásica (1970) recibirá influencia de los postulados de Freud representados por Francois Laplantine, Gezá Roheim y George Devereux.

Para este trabajo lo interesante de algunas aproximaciones de Freud y sus contrapartes es acercarse a la enfermedad mental al escudriñar lo cotidiano, el día, día como fuente de observación, entender como se construye lo patológico. Comprender los vínculos entre la subjetividad y la cultura, destacando la parte relacional. Teniendo como meta encontrar el

alcance de lo simbólico, más allá de las paredes de lo biológico, encontrar la cultura en el proceso de ajuste de los individuos y su participación en la configuración de la identidad.

## **2. Algunas reflexiones sobre la relación entre psicología y sociología: Marcel Mauss**

Como lo explica Lévi-Strauss la obra de Marcel Mauss, entre otros temas, plantea una reflexión interesante sobre la medicina psicosomática que resulta necesaria en este capítulo. En su argumento destaca la importancia de la relación entre lo psicológico y lo social, entre el individuo y el grupo, entre la etnología y el psicoanálisis.

La propuesta de Mauss sostiene una subordinación de la psicología frente a la sociología. Parte de la idea de que la vida social sólo puede comprenderse como un mundo de relaciones simbólicas que es captado de forma diferenciada por los psicólogos y los sociólogos; mientras los primeros reconocen las relaciones simbólicas, de manera esporádica, dentro de una a serie de datos anormales; los segundos lo harán continuamente, en múltiples repeticiones a través de los hechos normales. (Lévi-Strauss, 1979)

Respecto al sistema simbólico argumenta que es un ser colectivo que se expresa a través de las costumbres e instituciones, así las conductas por si mismas no son simbólicas, y por tanto “las conductas individuales anormales, dentro de un grupo social determinado, entran dentro del campo del simbolismo, pero en un nivel inferior, en un orden diferente y dentro de una medida totalmente diversa a aquella que se expresa en el grupo”. (Lévi-Strauss, 1979, p. 18)

A la luz del objetivo de este trabajo, es muy interesante este planteamiento porque por un lado advierte lo ilusorio que resulta la reducción intentada por la psicopatología de lo social a lo patológico; y por otro lado permite reconocer que cada “sociedad posee sus formas preferidas de trastornos mentales, y que tanto éstos como las formas normales son producto de un orden colectivo al cual la excepción misma no deja indiferente”. (Lévi-Strauss, 1979, p. 18)

En esta propuesta se puede comprender a la “sociedad como un universo donde sólo un grupo discreto de masas estaría perfectamente estructurado”, siendo inevitable que en cada grupo social haya individuos que estén fuera de estos sistemas o entre dos de estos sistemas, estos individuos ubicados en las fronteras; son obligados a adoptar ciertas formas. Así su posición periférica no los deja fuera del sistema, los incorpora, de hecho podría afirmarse que “dentro de cada sociedad la relación entre conductas normales y conductas especializadas es complementaria”. (Lévi-Strauss, 1979, p. 21) Por lo tanto los distintos trastornos mentales que se expresan en la sociedades conforman el equilibrio dentro de ellas. En este orden de ideas los enfermos mentales, los nerviosos o cualquiera que esté fuera del comportamiento colectivo, tendrán un carácter mágico, no por su físico, sino por la actitud tomada por la sociedad sobre ellos. Por lo tanto, la enfermedad mental, de acuerdo a este argumento, será una contingencia, resultado de una determinada sociedad:

[...] las enfermedades mentales son incidencias sociológicas sobre la conducta de individuos cuya historia y constitución personal se ha disociado parcialmente del grupo, o hay que reconocer en estos enfermos la presencia de un estado auténticamente patológico, pero de origen fisiológico, que únicamente produce una situación favorable, o si se quiere [sensibilizadora] de ciertas conductas simbólicas, que seguirán dependiendo de la interpretación sociológica. (Lévi-Strauss, 1979, p. 19)

Así independientemente del sustrato bioquímico de la neurosis o la psicosis se puede elaborar una teoría sociológica de la enfermedad mental. Desde este enfoque el enfermo mental es quien se niega a participar en la vida social.

El argumento de Mauss me parece vigente y útil para leer la experiencia de las personas que han sido nombradas como bipolares, motivo de este trabajo. Por un lado da elementos para discutir la preeminencia de lo social frente a lo biológico cuando se

intenta comprender la vida de las personas etiquetadas como enfermas mentales y rebatir entonces la idea de que lo único que determina el curso de una enfermedad es la neurobiología o genética asociada al mismo. Y por último, las narraciones que desarrollaré más adelante darán cuenta como en efecto los entrevistados son enfermos mentales en tanto no participen en la vida simbólica colectiva, mientras no coincidan en tiempo y espacio con su comunidad, tal como lo sugiere la lectura de Lévi-Strauss de la obra de Marcel Mauss.

### **3. Norteamericana: la cultura, el individuo y el colectivo**

Existe una preponderancia de la cultura como explicación de la vida social en los postulados hechos en la antropología norteamericana y por lo menos podemos distinguir los siguientes acercamientos en relación a los procesos mentales, incluida la enfermedad mental: a) la investigación de "Cultura y Personalidad" (Boas y sus alumnos Benedict, Mead, Linton, Sapir, -1918-1939- entre otros) establece la relación entre individuo, cultura y antropología; b) la sociología de la enfermedad mental: la escuela de Chicago (Faris, Goffman, etcétera), c) la antropología de la comunicación de la escuela de Palo Alto encabezada por Bateson y Watzlawick (Álvarez, 2006) y d) la psiquiatría transcultural (Kleinman, Guernica, Kirmayer, entre otros).

#### **3.1. Cultura y personalidad**

El movimiento de Cultura y Personalidad surgido en Estados Unidos comienza en 1918 con la publicación de "El campesinado polaco en Europa y América" por Znaniecki y concluye en 1939 con la obra de Abraham Kardiner "El individuo y su sociedad". Este campo de estudio que fue liderado por Franz Boas, explora la cultura a través del particularismo cultural, desde donde las culturas son explicadas por medio de nichos geográficos-históricos. (Aguirre, 2002). Este espacio de conocimiento es el precursor de la investigación contemporánea de los estudios transculturales de la personalidad. Se caracterizó como un movimiento de antropólogos, psicólogos y psiquiatras que

comienzan a hacer una confección en términos de la relación entre cultura e individuo. Algunos autores sugieren dividir este movimiento por fases en relación a la influencia de Freud en sus postulados: a) prefreudiana de “emicismo” boasiano, de clara influencia y una postfreudiana. (Aguirre, 2002, p.98)

Boas se inscribe en la corriente subjetivista-relativista, establece la posición teórico metodológica del relativismo cultural y sostenía que el medio ambiente físico de una cultura influye en el surgimiento de ciertos rasgos específicos pero no como determinantes. Esta posición sentará las bases de la escuela de “cultura y personalidad” cuyo énfasis está en la relación entre el individuo y la sociedad. (Rutsch, 1981)

Boas propone el método comparativo y señala la necesidad de encontrar el significado de los fenómenos étnicos, afirmará también que no existe un criterio objetivo más allá del significado subjetivo restringido a una determinada unidad cultural.

Es importante destacar que “cultura y personalidad” es más un campo de estudio que una escuela, en el que los participantes tenían distintas posturas y no abordaban unidimensionalmente los fenómenos, ni se limitaban a un tema en relación a la cultura y el individuo. Durante las dos décadas de construcción teórica no sólo estuvo Boas y sus alumnos (Ruth Benedict, Margaret Mead, Edward Sapir) sino otros como Gregor Bateson, Ralph Linton, Irving Hallowell, John Dollar y otros más. Por ejemplo se distingue el grupo de Dollar y Murdock quienes estaban preocupados con ser científicos en la lógica del positivismo, tal como lo venía haciendo la psicología académica e incluían en sus estudios el materialismo y una medición universal que permitiera la comparación transcultural. Mientras Benedict, Lee y Sapir se concebían como humanistas, holistas relativistas y se enfocaban en los aspectos de ideaciones de la cultura. (LeVine, 2001)

De acuerdo con LeVine, en este campo hay por lo menos tres preocupaciones que atraviesan los planteamientos teóricos: a) Definición de los conceptos de personalidad, cultura y su integración, b) La variación individual dentro de la cultura y c) La influencia del psicoanálisis freudiano.

En el tema de la definición de personalidad y cultura, una de las concepciones más populares es que este tipo de acercamientos tienden a ignorar las variaciones a favor de homogenizar la psicología cultural. (Smircich, 1983)

En su obra “Patrones de la cultura” (1934) Ruth Benedict sostenía que cada cultura se integra en torno a un conjunto de normas, valores y prácticas que constituyen un patrón que guía la interacción y el comportamiento social. (Creighton, 1990). En un artículo traducido como "La Antropología y el anormal" (1934), siguiendo con la idea de patrones culturales, Benedict propone que los anormales en una sociedad son definidos como la interpretación de un alejamiento del patrón dominante. La distinción de lo normal y anormal está dentro de un rango muy amplio y se define culturalmente.

La propuesta de Benedict resume a la normalidad como una variante del *bien*, que está culturalmente definida, mientras las acciones normales caen dentro de los límites del comportamiento esperado, la anormalidad se desborda de estos límites culturalmente institucionalizados; así la identificación de estos dos extremos está condicionada por la tradición de cada cultura (Benedict, 1934). El problema de esta demarcación es que quienes están fuera (anormales) son culturalmente desprovistos y expuestos a la exclusión social.

Benedict retoma el término de *Ethos* para describir la estructura mental básica que se infiere a partir de creencias y valores de los miembros de un sistema social. (Aguiguren, 1987). El objetivo del *Ethos* es sintetizar las cualidades afectivas expresadas e institucionalizadas que dan tono a los distintos comportamientos en una comunidad. Así, con el fin de describir el *Ethos* de algunas sociedades, Benedict estudiará la configuración cultural de los Zuñis y los caracteriza como cooperadores y controladores del mismo modo a los indios de las llanuras, competitivos, individualistas que gustan de las emociones violentas, los Kwakiutles dogmáticos y jactanciosos y los Dobuanos hostiles y suspicaces. Partiendo de la misma propuesta, en su obra “El crisantemo y la espada”(2008), Benedict hace un estudio de antropología cultural sobre las normas y

valores de la sociedad Japonesa. En esta obra utilizará el concepto de *Ethos* para describir a la cultura japonesa como una “cultura culpable” y contrastarla con la Americana como una “cultura de la vergüenza”.

El trabajo de Benedict será ampliamente criticado por la metodología utilizada, las fuentes y afirmaciones poco rigurosas. Una crítica interesante es la que plantea Marcel Mauss quien señala que el principal problema de la propuesta de Benedict y de la escuela de psicociología americana es intentar definir la correlación entre cultura de un grupo y el psiquismo individual y viceversa, ya que se vuelve un círculo vicioso porque se está intentando relacionar dos categorías que no están la una frente a la otra; lo que tendrían que considerar es que “la formulación psicológica es sólo la traducción, en el plano del psiquismo individual de una estructura puramente sociológica”. (Lévi-Strauss, 1979, p. 17). Como veremos más adelante estas críticas, realizadas principalmente por otros antropólogos, conformarán un estigma importante hacia su investigación y la de otros estudiosos del campo de la cultura y personalidad. (Creighton, 1990)

Pero, dentro de este campo de estudio hubo otras propuestas además de Benedict. Por ejemplo Abraham Kardiner sostiene que la institución cultural puede distinguirse de la personalidad individual. La formulación de Kardiner (1939-1945) argumenta que en cada sociedad existe una personalidad básica típica que define al grupo social. La configuración de esta personalidad está influida por condiciones culturales e institucionales. Junto con Linton (1945) desarrollará los términos de instituciones primarias y secundarias que en conjunto darán cuerpo a la estructura de la personalidad básica.

Kardiner se concentrará en estudiar los vínculos entre la socialización, las microestructuras y la personalidad básica. Se ha criticado el trabajo de Kardiner por considerar que usaba sus categorías de una forma *ad hoc* más que a través de un trabajo sistematizado. Además se ha señalado sus limitaciones en el uso sociológico para explicar cómo las instituciones secundarias dan forma a la personalidad básica. A pesar de que Kardiner elabora una tipología de la sociedad americana en términos de los mecanismos

adaptativos, no explica la participación de agentes sociales en las instituciones primarias. (Turner, 1988)

Margaret Mead parte de la idea de que la cultura es un mecanismo para satisfacer las necesidades básicas del hombre, vinculadas a sus características biológicas y psicológicas. A través del particularismo histórico hace un acercamiento al psicoanálisis. Sus trabajos se centran en el estudio de la infancia y adolescencia en las islas del Pacífico (Adolescencia, sexo y cultura en Samoa), su intención era plantear que los cambios psicológicos que se producen durante la pubertad están culturalmente determinados, intenta demostrar que la dimensión biológica es universal y que son los diferentes planteamientos culturales los que determinan la diferencialidad ante las necesidades biológicas (Moro, 1996)

A partir de 1980 Whiting y B. Whiting retoman la propuesta de Kardiner sobre la integración de series modales, pero criticando sus métodos empíricos. Aunque su intención es medir la personalidad, plantean la personalidad en términos de un constructo teórico según el cual la personalidad varía dependiendo de la cultura y las instituciones de enseñanza primarias y proyectivas. (Piker, 1998)

Con su obra *Childhood and Society* (1950), Erikson retoma y extiende la propuesta de Kardiner a través del desarrollo de un modelo epigenético sobre el desarrollo de la personalidad utilizando las biografías e historias de caso para explicar las complejidades de la personalidad, la relación individuo cultura y establecer el contexto histórico. (Piker, 1998)

Las críticas al movimiento de *cultura y personalidad* se centran en el limitado análisis intragrupal y factorial de la conducta humana debido a que hay excesiva psicologización de la cultura, demasiado énfasis en los procesos infantiles y la homogenización poblacional. (García y Saal, 2007)

En este texto no retomo los postulados de la escuela de cultura y personalidad, pero si algunas ideas que se desarrollan en trabajos de la psiquiatría transcultural que desarrollo en los siguientes apartados.

#### **4. Sociogénesis y enfermedad mental**

Con los trabajos de la Escuela de Chicago<sup>15</sup> fue que se inició el estudio del enfermo en su entorno social, otorgándole importancia a los factores ambientales que precipitan la aparición de los trastornos mentales. (Martí y Murcia, 1988). Las primeras preocupaciones de esta escuela serán los problemas sociales considerados desviados: homosexualidad, prostitución, drogadicción y alcoholismo; junto con la sociología de la anormalidad y la influencia de Talcott Parsons<sup>16</sup> se intentará definir a la enfermedad mental como parte de la desorganización social<sup>17</sup>. Así, a partir de la tercera década del

---

<sup>15</sup> La Escuela de Chicago será el centro del proyecto desarrollado en EEUU a partir de 1910 cuyo objeto es la construcción de una ciencia social con bases empíricas. Esta corriente utilizará como principal laboratorio la ciudad de Chicago estudiando temas como: desorganización, marginalidad, aculturación, asimilación y movilidad. (Martí y Murcia, 1988)

<sup>16</sup> Parte de la propuesta de Talcott Parsons sostiene que tanto médicos como pacientes desempeñan roles sociales que expresan la existencia de una serie de expectativas institucionales con sus correspondientes sentimientos y sanciones. El rol del enfermo se constituye por cuatro características: 1. Excepción de las responsabilidades sociales, 2. Su condición de enfermo valida la aceptación de “ayuda”, 3. La definición del estado de enfermedad como “indeseable” y 4. Obligación de buscar ayuda competente. Según Parsons cuando el enfermo asume su rol como “dependiente” puede recibir un beneficio secundario. (1951)

<sup>17</sup> De acuerdo con Roger Bastide (1998), Parsons es uno de los grandes expositores de la sociología psiquiátrica y postula la teoría de la desviación que se refiere a todas las conductas que se apartan de las que son prescritas por la sociedad y que se oponen en consecuencia a los comportamientos de conformidad que hacen posible la vida social. Los trastornos psíquicos aparecen cuando el sistema personal no llega a ajustar las demandas colectivas a las demandas individuales. En este planteamiento la psicoterapia representa un mecanismo de control.

siglo pasado, los sociólogos de la Escuela de Chicago estudiarán al enfermo mental a través del análisis de la microsociedad y la cultura de los hospitales psiquiátricos, el deterioro y cronificación de los enfermos ingresados, entre otros temas.

A partir de los estudios de los factores sociales en la etiología de la enfermedad mental se constituye la sociogénesis corriente de la que se desprenden por lo menos tres acercamientos:

1. “Psiquiatría social” en esta corriente se parte del enfermo mental, se refiere a la ciencia del comportamiento social mórbido, de los individuos afectados de trastornos mentales. Este enfoque pone acento sobre la psicopatología más que sobre la sociología y esta ciencia se convierte en un capítulo especial de la psicología social. Su objeto de estudio es la personalidad anormal del individuo, se interesa en la resocialización de éste y lo hace a través de estudio de casos (Bastide, 1998).
2. El estudio de la interacción del enfermo con su grupo de referencia para analizar los trastornos de la comunicación. Representada por la escuela de Palo Alto con la propuesta de Bateson y del interaccionismo simbólico.
3. La *Sociología de las Enfermedades Mentales (SEM)* tiene como interés las colectividades y grupos. Su meta es establecer correlaciones entre ciertos hechos sociales y cierto tipo de enfermedades, sin que estas correlaciones sean forzosamente leyes causales.

Como ya he hecho patente la relación entre las condiciones sociales y culturales con la enfermedad mental serán objeto de discusión por muchas disciplinas de manera dispersa, así lo atestigua Bastide (1998) en su libro “Sociología de las Enfermedades Mentales”.

El siguiente cuadro resume algunos enfoques de este acercamiento:

**Cuadro 2. Enfermedad mental, sociedad y cultura**

<b>Representantes</b>	<b>Argumento</b>
Comte (1956)	Para Comte la locura es el “pensamiento egoísta”, la rebelión del individuo contra la humanidad.
Morel (1857)	A través del <i>Tratado de las degeneraciones</i> pone en paralelo el aumento de la criminalidad con el aumento de

	<p>las enfermedades mentales. La teoría de la degeneración planteaba el dogma de la fijeza de las especies, según la cual existía un tipo normal de hombre, pero este podía ser afectado por la enfermedad y corrompido; así la desintegración nerviosa sería la causa de la desintegración social.</p>
Lévy Bruhl (1922)	<p>Distingue dos especies de mentalidades la <i>prelógica</i>, característica de las sociedades primitivas y <i>lógica</i> propia de nuestra sociedad. A partir de esta premisa autores como Charles Blondel señala que no hay entre lo normal y lo patológico una diferencia de grado sino de naturaleza. Plantea a la locura como un triunfo de la subjetividad y señala la imposibilidad de interpretar lo patológico a partir de lo normal.</p>
Durkheim (1897)	<p>Proporciona a la sociología de las enfermedades mentales el concepto de <i>anomia</i>, concepto con dos acepciones subjetivas y objetivas. La primera se refiere a la ausencia de reglamentación y en consecuencia de fijeza y de regularidades de las relaciones entre las diversas funciones sociales, de donde surgen los conflictos entre los órganos teóricamente solidarios. La segunda, la anomia objetiva, se caracteriza por la falta de control de las pasiones, el desmantelamiento de los deseos, la impaciencia contra toda regla, la irritación y el asco, según los períodos de prosperidad o de miseria. Aunque este concepto no es utilizado por Durkheim para el estudio de la sociología de las enfermedades mentales sino para el suicidio, este autor atribuía a las enfermedades mentales factores puramente fisiológicos o psicológicos. Sin embargo, el concepto de anomia será retomado por los norteamericanos para hablar de la</p>

	sociogénesis.
Le Guillant (1954)	Parte de los conceptos de lucha de clases y de alienación y su objetivo es mostrar el papel patógeno de las condiciones económicas de vida.
Gabel (1962)	Propone una sociología de la esquizofrenia según la cual el pensamiento esquizofrénico se define por la especialización de la duración, el estallido de las totalidades en pedazos y una lógica de la identidad pura. Su propuesta aunque limitada a la esquizofrenia representa una mutación entre la sociología marxista y la sociogénesis del estructuralismo.
Sullivan (1938)	Sostiene que el individuo es un ser social al que la sociedad plantea problemas cada instante. El individuo tiene dos objetivos, el de obtener satisfacciones (necesidades biológica) y el de obtener seguridad (necesidades culturales). Las neurosis proceden sobre todo de los trastornos de seguridad y como la seguridad depende del rechazo del medio social se les puede definir como trastornos de las relaciones humanas.
Holliday (1948) y E. Fromm	Estudiarán la enfermedad mental a través de la colectividad, asumiendo que la influencia psicosocial y cultural puede lesionar la personalidad individual, de tal suerte que no sólo los individuos, sino las sociedades pueden trastornarse.
Goffman (1970) y Basaglia (1972)	Estudiarán las relaciones del enfermo mental, la enfermedad mental es una trastorno producto del ejercicio de relaciones de poder.
Kurt Lewin (1939)	Planteaba el estudio de la conducta a través de los métodos experimentales de la psicología social, argumenta que sólo se puede estudiar la patología mental a través del grupo.

	Lewin, afirmará que las variaciones individuales del comportamiento humano con relación a la norma son condicionadas por la tensión entre las percepciones que el individuo tiene de sí mismo y del ambiente psicológico en el que se sitúa, el espacio vital.
Baruk H. (1956)	Hace un análisis de la estructura social desde el punto de vista económico, a través de estudios ecológicos y éticos. Baruk hizo un análisis del <i>Ethos</i> colectivo e interpretó la enfermedad mental como una variación de la moral del grupo.
Sarro (1972)	Retomando la propuesta de Levi-Strauss (1958) sobre el mito, el nexo de la relación social para determinar las estructuras comunes a individuo y grupo. Sarro trabajará en una teoría de los mitos (mitologemática) describiendo los mitologemas o temas delirantes más comunes entre 36 personas con esquizofrenia.

Fuente: Martí y Murcia (1988), Batide 1965 y Bastide 1998

#### 4.1. Escuela de Palo Alto

Ya que la comunicación es un tema que incumbe a distintas disciplinas (filosofía, lingüística, antropología, matemáticas, etc.) la teoría de la comunicación se caracterizó por la participación de perspectivas diversas. Así, teniendo como objeto de estudio la comunicación, desde principios del siglo XX hasta nuestros días, se han constituido acercamientos como la *teoría matemática de la información* propuesta por Shannon y Weaver, *teoría psicológica* de Abraham Moles, el acercamiento de Saussure a las ciencias sociales a través del lenguaje y la comunicación, hasta el enfoque de la *antropología cognitiva* de Lévi-Strauss y la *interacción*

encabezada por Bateson, Watzlawick y Goffman (Rizo, 2001). Es este último enfoque, el que aquí desarrollamos.

## 4.2. Interaccionismo simbólico

El *interaccionismo simbólico* será una de las corrientes más utilizadas en los abordajes psicológicos y de la sociología médica. El término de *interaccionismo simbólico* es acuñado por Hebert Blumer en 1938, también llamado “colegio invisible”, la premisa fundamental del planteamiento será que antes que otra cosa la “comunicación” es una interacción social. Los principales representantes son George Herbert Mead, Charles Horton Cooley y Ervin Goffman. (Rizo, 2001) Este enfoque se hizo popular en la psicología y la sociología médica debido a que permite examinar a detalle la interacción social de enfermos crónicos, en espacios hospitalarios, la relación médico paciente y a los profesionales en las instituciones de salud. (Castro, 2011)

El interaccionismo simbólico intentará comprender los significados que tienen las cosas para los individuos y la forma que ello moldea la conducta de los individuos; es decir, explicar como la interacción humana tiene lugar mediante el intercambio de símbolos y significados. Los antecedentes que darán cuerpo a este planteamiento serán el concepto de *hecho social* que propone Durkheim (1978) y *acción social* de Weber (1981). Uno de sus aportes metodológicos importantes es la sistematización y análisis cualitativo a través de la *teoría fundamentada*. (Castro, 2011). Algunas de las categorías más importantes del interaccionismo simbólico son “si mismo” de Mead, “yo espejo” de Cooley y “ritual” de Goffman. (Rizo, 2001)

Atendiendo a nuestro objeto de estudio, la obra de Goffman es fundamental para el estudio de la enfermedad mental, incluyendo la influencia de su trabajo en el desarrollo de otras corrientes como la antipsiquiatría. En “La presentación de la vida cotidiana“ (1993) Goffman concibe la vida social a través de una propuesta dramaturgica, en la que los individuos llevan acabo *actuaciones en fachadas* es decir las zonas en que sucede la vida social, este intercambio de actividades será realizado con el fin de lograr los objetivos

individuales. En la vida social las personas se reunirán en *equipos* en los que habrá cooperaciones para representar una rutina y así diferenciar unos equipos de otros. (Castro, 2011)

Estigma (2003) es otra obra importante de Goffman en donde aplica su propuesta en el análisis de la vida de las personas que poseen un estigma entendido como marcas o atributos de un sujeto por el que se presupone inferioridad de aquellos que la portan. En este trabajo se distingue entre “identidad virtual” lo que uno debería de ser e “identidad social” lo que uno es; personas estigmatizadas entre las que menciona a los pacientes mentales que tienen una *identidad deteriorada*. Además distingue dos tipos de estigma “desacreditado” y “desacreditable” en el primero la marca o diferencia es evidente y en el segundos no lo es. Lo interesante es que de acuerdo a este planteamiento todos somos susceptibles a ser estigmatizados. (Goffman, 2003)

En su trabajo en el Hospital St. Elizabeth de Washington, Goffman estudiará y describirá el manicomio como una institución total. Su libro *Internados* (1994) se enfoca en exponer la versión sociológica de la estructura del *yo* de los enfermos mentales. Goffman afirmará que no hay grupo social en el que no se desarrolle una vida social, no importa si está en el encierro. En el caso de las instituciones totales la absorción del tiempo da forma a la interacción de los internos. (Lozano, 2003)

*La carrera moral* será uno de los conceptos que Goffman utilizará para describir la dimensión subjetiva (como la *imagen del yo* y el *sentimiento de identidad*) y por otro la posición que asume el sujeto y las instituciones en el caso de los enfermos mentales, es decir la relación entre lo personal y lo público, entre el yo y la sociedad significativa. Es a través de este itinerario que la persona adquiere el estatuto de enfermo mental. Goffman dividirá la carrera moral en tres etapas: período previo a la internación *pre-paciente*, estadía en el hospital *paciente* y la alta del hospital *ex-paciente*. Durante todo este proceso intervienen una serie de agentes, además del médico psiquiatra, que irán constituyendo la nueva identidad del paciente, desde el familiar que lo interna, los propios enfermos del hospital y otras figuras de orden administrativo. Este proceso, “moral” ante todo, se caracteriza por la

perdida de los derechos y libertades de los pacientes, que además de constituirse por la práctica (internamiento, control, etc.) se conforma por una serie de saberes que avalan el estatuto de “enfermo mental” del sujeto internado; así por ejemplo, la historia previa a la hospitalización se convertirá en una suerte de señales y síntomas de la enfermedad psiquiátrica que irá dando sentido a la identidad moral del paciente. (Goffman, 1994)

Dentro del interaccionismo simbólico la teoría de la etiquetación corresponde a la tercera generación y surge como una nueva orientación a la desviación social, siendo los primeros en desarrollar sus postulados autores como: Becker, Lemert y Scheff. La idea principal de este acercamiento sugiere que *es la reacción de los grupos sociales frente a diversas formas de desviación primaria lo que constituye la desviación. Es lo que los grupos designan como desviación, lo que constituye la desviación.* (Castro, 2011:82)

Elementos de este enfoque serán retomados al final del capítulo para constituir el punto de partida de análisis de los resultados del trabajo de campo.

### **4.3. Sociología de las Enfermedades Mentales**

El principal representante de esta tendencia es Bastide (1998) quien tiene como objetivo definir una Sociología de las Enfermedades Mentales (SEM). La pregunta rectora de su obra es ¿Cuál es la aportación de la sociología en las enfermedades mentales? Para dar respuesta divide su obra en una extensa recapitulación de los aportes sociológicos teóricos al estudio de las enfermedades mentales (parte de esta síntesis es retomada en el cuadro 2) y una revisión por un gran número de trabajos que han intentado explicar la relación entre las ciencias sociales y la génesis de las enfermedades mentales a través de investigaciones estadísticas, entre otras, explicando por ejemplo, la relación de las enfermedades mentales y lo rural o lo urbano, las metodologías utilizadas para este efecto, la incidencia de las enfermedades mentales de acuerdo con la profesión, etcétera.

El problema medular que plantea la obra Bastide consiste en elaborar una SEM que abarque el tema de la psicosis, pues a través de su análisis queda claro que en el tema de

la neurosis no hay duda de la relación entre sociedad y patología mental, pero no de la sociogénesis de la psicosis. Ante este problema Bastide señala que el error es pensar a través de un modelo mecánico los fenómenos humanos en el que se separa en el tiempo una causa y un efecto, que pone un antes (sea antes la constitución mórbida o un factor social) y un después (la psicosis constituida).

Para solucionar este dilema Bastide retoma el *principio de acumulación* de Myrdal, este principio sustituye la noción de equilibrio estable (implícito en los conceptos de desadaptación o de acomodación, de ajuste, etcétera) por la de un sistema móvil, en movimiento incesante en su totalidad. Además Bastide retoma el pensamiento de Gurvitch quien a través del *principio de reciprocidad de las perspectivas* considera a la sociedad como situada en el ser psíquico y la conciencia a su vez como inmanente a la sociedad, sustituye el paralelismo o la simetría de las perspectivas de causalidad mecánica.

Con ambas perspectivas Bastide sugiere que hay que estudiar a las enfermedades mentales como sistemas de movimiento, en variables orientadas en realidades que fluyen, lo que permite hablar de la etiología de carácter social de la enfermedad mental. El siguiente párrafo resume esta idea:

*[...] captar las diversas variables de una manera dinámica, como un sistema global en movimiento, donde es imposible separar analíticamente la acción de la constitución mental, microgrupos y de los macrogrupos, discernir un antes y después porque todo está en mutua interdependencia allí, actuando lo psíquico como un "filtro" que no deja pasar lo social sino lo que puede alimentar su morbilidad o como un resonador que amplifica los traumatismos de los contactos sociales; y recíprocamente: lo social troquelando la personalidad mórbida, proporcionándole, para emplear una expresión ya usada por nosotros, el oxígeno para la combustión, sin que pueda establecer una cronología de las influencias, dado que el*

*futuro del enfermo está desde su nacimiento preso de las relaciones familiares y que estas relaciones familiares están determinadas por la situación de esta familia en la clase, la etnia y confesión religiosa. (1998, p. 295)*

Bastide complementa su propuesta con algunos de los postulados de Lévi-Strauss, sugiere que los sociólogos quieren captar en los trastornos mentales la actividad simbólica y su situación en las estructuras globales de sistemas simbólicos colectivos. Así deja en un plano secundario el origen de los trastornos mentales, el papel de la sociología será situar a los enfermos mentales en los conjuntos colectivos, determinar su situación estructural.

Bajo esta perspectiva, sólo podemos localizar a los enfermos mentales en la sociedad global si distinguimos las estructuras de los sistemas desviantes con los sistemas centrales. Igualmente permite entender la locura como una patología de la comunicación y no del ser, en donde los símbolos tienen significaciones diferentes para los normales y los enfermos mentales, permitiendo en un caso la comunicación y en otro obstruyéndola.

Así la SEM se sintetiza a través de un “sistema social global” en el que la locura tiene su puesto en lugares de ruptura entre subsistemas o zonas marginales, lo que hace que debamos siempre considerar conjuntos estructurados, en los que la conducta del enfermo actúa libre de las unidades sociales de las que forma parte y en las cuales las características de las estructuras de estas unidades determinan la respuesta de enfermo.

De esta corriente retomo el interaccionismo simbólico y algunas ideas desarrolladas por Goffman, específicamente el tema de carrera moral, estigma, la teoría de la etiquetación, entre otras.

#### 4.4. Teoría del doble vínculo

Durante los años cincuenta G. Bateson, junto con D. Jackson y H. Wackland propondrán la teoría del “Doble Vínculo” para explicar la relación que guardan las distorsiones de la comunicación dentro de la familia con enfermedades como la neurosis, depresión e incluso la esquizofrenia. Este planteamiento será revisado durante los años sesenta por P. Watzlawicz y A. Wilden y retomado por la terapia familiar sistémica. (Lucerga, 2003)

La propuesta de Bateson se fundamenta en los argumentos expuestos por la antropología psiquiátrica de la denominada escuela de Palo Alto. Retomando el concepto de comunicación de Mead como “la influencia de una mente sobre las otras a nivel simbólico”, esta propuesta supone que en el juego social los participantes no sólo son receptores de la comunicación, sino que son objetos de la misma y su intervención, ubicada en un contexto social y cultural determinado, influirá en el flujo y significación de la misma. Para este planteamiento la familia es un sistema abierto en donde debe prevalecer la “homeostasis”, sin embargo, cuando hay problemas en la comunicación que generen desequilibrio, los problemas se resuelven a través de la expresión de algunas patologías como la neurosis, la depresión, etcétera. Las relaciones comunicativas “normales” y “anormales” dependerán de la capacidad del sujeto para metacomunicarse, en donde la metacomunicación es la capacidad de comprender la comunicación de la comunicación. Por lo tanto, si los sujetos no pueden controlar el objeto y la relación comunicativa no podrán metacomunicarse. (Roiz, 1989) Esta capacidad de comunicarse a múltiples niveles es denominada por Bateson como “función yoica”<sup>18</sup>. (Lucerga, 2003)

---

<sup>18</sup> De acuerdo con Bateson la función *yoica* es la capacidad de discriminar modos de comunicación tanto dentro del *self*, como entre éste y los otros. Las personas con esquizofrenia tendrán dificultades para atribuir el modo comunicacional correcto: 1. A los mensajes que recibe de otras personas, 2. A los mensajes que él genera y 3. Para atribuir correctamente sus propios pensamientos, sensaciones y preceptos. (Lucerga, 2003)

Así la “teoría del doble vínculo” se enfoca en la construcción recíproca de escenarios interactivos. Ofrece una hipótesis sobre la percepción y consecuencia de los desórdenes de comunicación en los escenarios familiares. El *doble vínculo* se refiere a una situación comunicativa en la que una persona recibe mensajes diferentes o contradictorios que las lleva a expresar comportamientos esquizofrénicos. (Hunter, 1991). De acuerdo con Roiz los mensajes distorsionados que recibirá la persona son de dos tipos: a nivel de relación y a nivel de contenido. La persona que no alcanza a distinguir lo que denomino la “función yoica”, no tiene la capacidad de discriminarla cayendo en la paradoja de mensajes contradictorios, lo que conduce a la imposibilidad de comunicarse con otros. La solución de esta paradoja se dará *al [...] elevarse a un nivel lógico superior en el conflicto entre significado de la relación y significado del mensaje, y logrando con ello reestructurar la comunicación sobre la comunicación inicialmente planteada por el emisor y no percibida o asumida por el receptor.* (Roiz, 1988:129)

Un punto importante en el planteamiento del *doble vínculo* es que esta incapacidad de metacomunicación es debido a un patrón de aprendizaje dentro de la familia que ha sido apropiado por el sujeto como una suerte de hábito, un patrón sistemático. En razón del tipo de comunicación contradictoria los pacientes con esquizofrenia desarrollarán distintas formas de comunicación distorsionada, por ejemplo la comunicación “paranoide” en la cual, debido a la incapacidad del sujeto para juzgar adecuadamente lo que se esta diciendo, puede suponer que hay un significado oculto en cada frase, situación que amenaza su bienestar. (Roiz, 1988)

Así la intención de esta corriente es enfatizar que la patología está en los mecanismos de comunicación, de tal suerte que una buena intervención psiquiátrica deberá comprender la situación familiar en su totalidad pues esta distorsión o mal funcionamiento comunicativo es un círculo vicioso en el que interviene toda la familia.

## 5. Antipsiquiatría y movimientos democráticos

Como resultado de reflexiones de especialistas (sociólogos, antropólogos, filósofos, psiquiatras, entre otros) y de los propios enfermos mentales, en la década de los sesenta comienzan a evidenciarse los movimientos críticos a la práctica y saber psiquiátrico. Con antelación a este fenómeno social se publicaron dos textos sobre instituciones cerradas que en definitiva marcarán las ideas principales del movimiento: la obra de Ervin Goffman “Internados” (1959) y de Michael Foucault “Historia de la locura” (1961). La lectura de estas obras y la coyuntura con el movimiento del *Mayo francés* en 1968, constituyeron el terreno para la conformación de los movimientos anti institucionales (Galván, 2009-b)

Así, la antipsiquiatría y otros movimientos detractores de la psiquiatría nacen como una respuesta a los sistemas totalitarios, su intención es politizar la locura, integrar al loco como participante activo de la insurrección y hacer una severa crítica a la psiquiatría como un mecanismo de control del Estado. El nombre es acuñado por el psiquiatra sudafricano David Cooper (1967) para nombrar al ejercicio terapéutico Villa 21<sup>19</sup>. La

---

<sup>19</sup> Villa 21 fue un experimento realizado por David Cooper en 1962 en el pabellón de un hospital de Londres. La intención era probar una nueva terapia para las enfermedades mentales basada en una nueva organización del personal médico y de la posición de los pacientes, contraria a los tratamientos psiquiátricos tradicionales (caracterizados por un proceso de invalidación del paciente, incluso antes de su ingreso al hospital). El pabellón estuvo integrado por pacientes que habían sido diagnosticados con esquizofrenia, crisis de ansiedad por adolescencia y trastornos de la personalidad, su edad era de 15 a 20 años. Se planteó que en la unidad habría roles menos ritualizados y rígidos. Además hubo una cuidadosa selección del personal médico incluidos enfermeras, terapistas y vigilantes. El tratamiento incluía constantes encuentros en la comunidad que podían ser entre médicos y pacientes, pacientes y terapistas, sólo el personal o la totalidad del grupo. Estos encuentros terapéuticos se harían con programación anterior o de manera espontánea para ir solucionando los problemas de la convivencia diaria. La intención era que todos, incluidos los pacientes, participaran en la toma de decisiones, esto implicaba también alejarse de los roles

antipsiquiatría será sólo el comienzo de un fenómeno internacional mucho más grande que cuestiona a los Estados y cuyas manifestaciones serán distintas en cada país, por ejemplo mientras la experiencia británica se caracterizó por una crítica al sistema psiquiátrico, en Italia se hará patente a través de una serie de reformas legales e institucionales y el movimiento será reconocido como “anti institucional” o “psiquiatría democrática”, posturas que se describen en esta sección. Es decir, aunque se estandarizó el uso del vocablo antipsiquiatría para englobar una serie de movimientos de denuncia de las condiciones de atención y práctica represivas ante las enfermedades mentales, las posturas adquieren sentido en el contexto particular (Galván-a, 2009)

Los antecedentes de la antipsiquiatría se encuentran en la obra de Thomas Szasz (1950) que planteaba que la enfermedad mental es un mito y que hay que entenderla como una metáfora del comportamiento. Partiendo de una postura liberal, propone la separación de la psiquiatría y el Estado. Sostiene que la enfermedad mental no es una cosa o un objeto, y por ende sólo puede existir en la misma forma que lo hacen otros conceptos teóricos, el problema es que sea presentada como “verdad objetiva” o “hecho”. Su argumento se puede resumir en:

1. Considera incorrecta la analogía que hace la psiquiatría sobre la similitud de las enfermedades mentales con otras de tipo orgánico. No se puede interpretar en el mismo nivel ontológico los síntomas de una afección fisiológica y una mental.
2. Interpretar las comunicaciones referentes a nosotros mismos y al mundo que nos rodea como síntomas del funcionamiento neurológico es una acción equivoca. Depositar los problemas en unidades patológicas implica que los trastornos de las personas no pueden ser causados por sus necesidades personales, opiniones, aspiraciones sociales o valores. La enfermedad mental es usada para hablar de una

---

tradicional que médicos, enfermeras, etcétera; solían desempeñar. Además del tratamiento psiquiátrico se cuestionó la organización laboral y se propuso que los profesionales de salud debían liberarse del sistema jerárquico y paternalista bajo el cual realizaban sus funciones (Cooper,1967)

falta de armonía en la personalidad del individuo, partiendo del supuesto que la interacción social es intrínsecamente armoniosa. Hacer lo anterior es reducir toda conducta humana a un posible mal funcionamiento del organismo.

3. La ciencia médica parte de un supuesto de neutralidad dado por el método científico, sin embargo, las observaciones de los “síntomas” de las enfermedades mentales son interpretaciones de segundo grado, en donde la moral, las creencias del psiquiatra y del contexto social de la época van a interferir en la nosografía y diagnóstico de la patología:

El paciente puede asegurar que es napoleón *que este sea un síntoma psíquico*<sup>20</sup> implica formular un juicio que entraña una comparación tácita entre las ideas, conceptos y creencias del paciente y las del observador y la sociedad en que viven ambos.  
(Szazs, 2001, p. 24)

4. La analogía de la enfermedad mental con otro tipo de patologías de orden puramente orgánico pretende dejar en segundo plano que una de las características para definir las es el apartamiento de la conducta de un patrón psicosocial o ético, es decir la enfermedad mental será tal, en tanto rompa con una convención de carácter social. El problema viene cuando se quiere remediar este alejamiento con una terapéutica médica, a pesar de que la norma que se ha transgredido no tiene nada que ver con este ámbito.

[...] Se sostienen que las desviaciones psicosociales, ética y jurídicas pueden corregirse mediante una acción médica. Dado que los procedimientos médicos están destinados a remediar únicamente problemas médicos, es lógicamente absurdo suponer que contribuirán a resolver problemas cuya existencia misma se ha

---

<sup>20</sup> Las cursivas son mías.

definido y establecido sobre fundamentos no médicos. (Szazs, 2001, p. 24)

5. Negar que las enfermedades mentales sean simples rótulos o etiquetas que sancionan un comportamiento “anormal” es decir alejado de la norma, permite depositar en este concepto problemas de la vida cotidiana que no tienen que ver con una acepción patológica.

[...] el concepto de enfermedad mental funcionaría como un disfraz: en vez de llamar la atención hacia necesidades, aspiraciones y valores humanos antagónicos, ofrece como explicación de los problemas de la vida una “cosa” amoral e impersonal: una enfermedad. En este sentido cabe recordar que no mucho tiempo atrás se afirmaba que los demonios y las brujas eran las causantes de todos los problemas que tenía el hombre en su vida[...] Así pues, la enfermedad mental existe o es “real exactamente en el mismo sentido en que las brujas existían o eran reales”. (Szazs, 2001, p. 31)

Szazs concluye afirmando que no niega la existencia de los fenómenos sociales o psíquicos, lo que niega es que estos sean un hecho fuera de su construcción como metáfora de un problema social.

Las ideas básicas del movimiento de la antipsiquiatría serán (Méndez, 2003):

- Rechazo a la comprensión de la enfermedad mental como anormalidad biopsíquica, en contrapartida sostienen que la génesis de la patología mental se encuentra en el contexto histórico, social y cultural.
- Rechazo a tratamientos psiquiátricos tradicionales, la hospitalización en manicomios, espacios de encierro que de acuerdo a esta posición contribuyen a la alienación mental.
- La persona psicótica no es un simple objeto de estudio, ante todo es un ser humano que

responde al malestar que le causa su contexto cultural y social, su locura se atribuye a las contradicciones en este espacio.

- El diagnóstico psiquiátrico es una etiqueta social. Esta etiqueta es una suerte de homogenización institucionalizada propia de sociedades totalitarias, dependiente de valores socioculturales temporales.
- La psiquiatría como saber es una herramienta del Estado, un mecanismo de represión que fomenta la violencia institucionalizada.
- Se replantea la relación médico-paciente y se buscan nuevas alternativas terapéuticas que integren activamente a los enfermos mentales.

Las principales corrientes de este movimiento son:

### **5.1. Antipsiquiatría Anglosajona**

R. D. Laing, David Cooper, Aaron Esterson, Leon Redler, Morton Schatzman y Joseph Berke conformarán el núcleo de la antipsiquiatría británica, además de desarrollar y publicar los argumentos principales de este movimiento, fundarán algunas instituciones como la Asociación de Filadelfia, el Instituto de Estudios Fenomenológicos y la Asociación de Arbour, además de algunas comunidades terapéuticas incluida la famosa Kingsler Hall (Crossley, 1998).

Esta corriente también llamada fenomenológica-existencial desarrollará trabajos sobre familias de pacientes con esquizofrenia bajo los postulados de la Escuela de Palo Alto sobre la comunicación; su principal representante R. Laing quien además retomará ideas del psicoanálisis (Freud, M. Klein, Jung), la escuela analítica existencial (Binswanger), el marxismo, retomará a Goffman y Sheff y algunos postulados de corte existencialista de Jasper, Sartre, entre otros. (Vallejo, 2006)

Como hemos mencionado el primero en acuñar el término de antipsiquiatría es David Cooper quien se caracterizó por mantener una posición existencial frente a la locura, sostenía que ésta es una forma natural y positiva de enfrentarse a una patología social.

Concebía la enfermedad mental como un simple fracaso vital, por la incapacidad de manejar lo que él llamó la "gramática de la vida". (Bermejo, 2007)

Distingue tres tipos de locura:

- Locura social: explotación masacre del deseo, etcétera. Fruto de las relaciones que se instauran por competencia.
- Locura viraje interior. Un medio de destrucción de la experiencia alienada, de la construcción del propio individuo.
- Demencia social. Se genera a partir de la estructura patriarcal, la escuela y deja a la persona sin otra salida más que la locura.

Por su parte Laing sostiene que la sociedad es opresiva y requiere distorsionar y reprimir las potencialidades humanas para su funcionamiento efectivo. Para Laing las ilusiones paranoicas no son signos de una enfermedad sino una reacción comprensible al orden social persecutorio. La esquizofrenia tampoco es una enfermedad sino una pelea existencial por la libertad personal, por lo tanto, su cura se encontrará dentro del contexto social (Rissmille y Rissmille, 2006). En su libro sobre cordura, locura y familia (1964) Laing expresa algunas de sus ideas más famosas: la esquizofrenia es una etiqueta, el peculiar comportamiento que causa se debe a la familia más que al individuo que la padece.

Así la contribución de Laing más que a la psiquiatría es a la sociología y antropología. En particular el movimiento de higiene mental ha identificado a la familia como determinante de la pobreza en la salud mental y hay un creciente énfasis en el ambiente para el mejoramiento de la salud mental. Además introducirá una nueva concepción sobre la esquizofrenia como un viaje, una travesía en el espacio interior y propone que esta condición sea estudiada como una enfermedad mental nueva a la que nombra "sychiatrosis". Esta nueva posición incluye una mirada política hacia el diagnóstico de las enfermedades mentales, como un acto de etiquetación que concluye en invalidar al ser humano. Este proceso de etiquetación es ante todo un evento político, un hecho social. (Rissmille, 2006)

En su trabajo sobre el campo psiquiátrico identifica a la psiquiatría como una institución de control social cuya preocupación son aquellos que no se ajustan a la sociedad, se preocupa por los mecanismos restrictivos y de control en concordancia con el tratamiento moral que describe Foucault (1965) y la observación de Kesey (1962). Además el trabajo de Laing tiene una intersección con la contracultura en el interés mutuo por las comunidades terapéuticas, antifamilia, procomunidad, la relación tradicional médico-paciente y la experimentación con el uso del LSD. (Crossley, 1998)

## 5.2. Psiquiatría Democrática italiana

El movimiento de la psiquiatría democrática en Italia se caracterizó por la participación popular y el énfasis político e ideológico (Etxebarria, 1986). Franco Basaglia fue la figura principal del movimiento italiano “Psiquiatría Democrática” o “anti institucional”.

En 1962 Basaglia asumió la dirección del hospital psiquiátrico Gorizia, esta experiencia marcará su trabajo crítico hacia las instituciones manicomiales. Desde su punto de vista la antipsiquiatría es un movimiento de negación y transformación que cuestiona los parámetros y valores absolutos que sostiene la psiquiatría. El movimiento de psiquiatría democrática se conforma en 1973, su hito principal fue la aprobación en 1978 de la ley 180 por la que se cerrarán 94 manicomios italianos, incluido el hospital de Trieste, institución dirigida por Basaglia. La norma 180 preveía el progresivo vaciamiento de los manicomios hasta la total abolición, sustituyéndolos por hospitalizaciones temporales y controladas de los enfermos mentales en hospitales generales. (Lerner, 1985)

A diferencia de otros movimientos como la antipsiquiatría británica o la francesa, el italiano tendrá un alcance mucho mayor, vigente en la renovación asistencial actual y de acuerdo con Etxebarria (1986) este proceso se puede describir en por lo menos tres fases:

1. Fase de la sensibilización sobre el tema de los hospitales psiquiátricos, se desarrollará en la segunda mitad de los años sesenta. Dominada por la denuncia del retraso en el tratamiento psiquiátrico y por los intentos innovadores en la mejora clínica y administrativa. Basaglia es el principal representante de esta etapa, se retoma la noción de la autogestión comunal, acentuando los aspectos de

la participación. Había una crítica generalizada a las instituciones en la que participaban distintos sectores: estudiantes, trabajadores, etcétera. Ideas sobre la enfermedad como una forma de opresión, los enfermos mentales como revolucionarios en potencia y el uso del LSD fluían en el contexto histórico. Las posturas frente al ejercicio psiquiátrico eran: cerrar definitivamente los centros de atención psiquiátrica “liberar al pueblo de ese ejercicio” o cerrar los manicomios y establecer otras medidas asistenciales que pudieran ver por la salud mental de los enfermos.

2. Fase de las grandes reformas, hay un cambio legal que respalda al movimiento, entre 1970 y 1978. Aparece la Ley 180 cuyo contenido se centró en el cierre masivo de hospitales psiquiátricos, sin prever la construcción de alternativas de atención.
3. Fase del debilitamiento del compromiso y propuestas. Hay severas críticas a la aplicación de la norma y se reclama la falta de reconocimiento del tratamiento farmacológico con los enfermos mentales.

### **5.3. Microfísica del poder y micropolítica del deseo: la experiencia francesa**

Si bien, tanto en la experiencia británica como en la italiana, el movimiento antipsiquiátrico adquiere forma por el contexto sociocultural, en el caso de Francia será aún más evidente. Son las condiciones que se gestan en el *mayo francés* del 68 las que imprimen fuerza e interés en la obra de Michel Foucault y la convierten en obligada reflexión crítica y política. Como lo menciona Galván (2009-b) retomando al propio Foucault “Historia de la Locura” había sido recibida con bastante silencio por parte de la izquierda antes de 1968, sólo a partir de esta coyuntura es que será retomada; pero además el caso francés se caracteriza por el encuentro de la obra de Foucault con “*El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*” (1973) obra conjunta de Gilles Deleuze y Félix Guattari. Ambas propuestas se alejan del marxismo y más que atacar las instancias de explotación económica sostienen como eje primordial analizar los mecanismos de poder. Mientras la obra de Deleuze y Guattari arremetió contra el psicoanálisis, la institución psiquiátrica e incluso la antipsiquiatría por la insistencia de contener al libido en la caja de los sistemas

de comunicación intrafamiliares; Foucault también criticará el movimiento antipsiquiátrico en su denuncia contra la violencia institucional al argumentar que no sostenía una sistematización en conjunto (Galván, 2011)

En el Antiedipo se analiza al deseo a través de un enfoque sociohistórico y se enfatizan las coerciones sociales como modeladoras del mismo. Hay una crítica al modelo psiquiátrico conservador y al psicoanálisis, enfatizando la esterilidad de la utilización del complejo de Edipo como una explicación simplista. El psicoanálisis para estos autores es útil en la represión burguesa a través del familiarismo. Con la pretensión Kantiana de ensayar una crítica de la razón pura al nivel del inconsciente la obra de Deleuze y Guattari es un libro de ética estructurado bajo dos aspectos básicos: crítica al complejo de Edipo y al psicoanálisis y el estudio de la relación que guarda la globalización capitalista con la esquizofrenia. (Galván, 2011)

Foucault propondrá la unificación de las enfermedades mentales y a través del relato de la locura en la Europa moderna hace patente la utilización del discurso y la práctica psiquiátrica como modelo de exclusión. Su análisis genealógico rompe con la visión científicista de la psiquiatría. Su trabajo indicó el contexto social de las enfermedades mentales e hizo notar la manera en que los intereses externos de carácter económico y cultural siempre las definen. (Galván, 2011)

De acuerdo con Galván (2009-a) el encuentro entre estas obras transmite la incomunicación entre el hombre razonable y el loco, el poder clasificatorio y la línea divisoria entre lo normal y lo patológico como mecanismo de exclusión. El poder médico, ungiéndose como garantía jurídica y moral desde finales del siglo XVIII, califica al loco como un error que hay que subsanar a través del encierro y la violencia en el orden manicomial.

Los tres autores compartían su negativa a las abstracciones como el uno, el todo, el yo e incluso la razón, rompen con la promesa de un hombre nuevo comprometido con la

verdad, en cambio proponen una existencia nueva que recobre espacios como el cuerpo, el tiempo, la sexualidad, la cultura, etcétera. (Galván, 2011)

## 6. Etnopsiquiatría

El término de etnopsiquiatría aparece por primera vez en el trabajo sobre psiquiatría colonial en el que se aborda la salud y enfermedad mental en población africana, escrito por J.C. Carothers<sup>21</sup> en 1953 y publicado por la organización Mundial de Salud. (Caroppo, 2009)

La etnopsiquiatría como perspectiva teórica, metodológica y terapéutica es fundada por George Devereux (1908-1985) y también desarrollada por Géza Róheim (1891-1951) y F. Laplantine (1973). Este planteamiento es resultado del encuentro entre el enfoque etnológico a través de la categoría universal de cultura; el psiquiátrico por medio de la concepción de lo normal y lo anormal; y el psicoanálisis<sup>22</sup> como instrumento operativo para la práctica etnológica. Consiste en comprender y curar a los enfermos mentales en función de los conceptos claves de aculturación y deculturación. Es importante apuntar que la etnopsiquiatría se gesta en un contexto histórico de dominación (colonial y postcolonial) en el que el *Otro* cultural es visto como el *Otro* patológico. (Beneduce, 2006)

Devereux (1977) retoma el principio de complementariedad análogo de indeterminación de Heisenberg (1972) para justificar el encuentro entre la etnología, psiquiatría y psicoanálisis en la atención de los enfermos mentales, pues según este principio un fenómeno puede ser estudiado por lo menos a través de dos explicaciones y entre más

---

<sup>21</sup> De acuerdo con Devereux, Louis Mars será el primero en hablar de etnopsiquiatría.

<sup>22</sup> De Freud se retoma los intentos por entrar en el campo antropológico que se encuentran en las obras: primeras cartas a Fliess (1887-1902), Tótem y Tabú (1913), El porvenir de una ilusión (1927), El malestar de la cultura (1929) y Moisés y la religión monoteísta (1938), además el complejo de Edipo proporciona la idea de un principio unificador para explicar la vida social y los procesos patológicos.

aislada se encuentre una explicación de otra, más imperfecta se vuelve y hay más posibilidad de la incompreensión del mismo, evitando el progreso de las ciencias del hombre. Por lo tanto, este posicionamiento complementarista no sólo exige la multidisciplinaria sino que cada perspectiva sea exhaustiva en su campo y la descripción de las relaciones que guardan cada campo. (Laplantine, 1973)

La intención de Devereux es desarrollar una perspectiva metacultural de la psiquiatría. Para este objetivo parte de la universalidad psíquica y cultural del hombre, lo que le permite afirmar que la interacción social se da a través de los materiales culturales universales<sup>23</sup> que son compartidos y que sirven para expresar todos los aspectos de la vida social, incluidos los trastornos mentales. Por lo tanto, los seres humanos retoman los materiales culturales de carácter universal y los utilizan y organizan de acuerdo a sus necesidades y a la particularidad de cada grupo social. La combinación de estos materiales culturales determinarán la anormalidad y normalidad en cada grupo. Esto no significa que se llegue al relativismo cultural<sup>24</sup>, por el contrario justamente la universalidad de los materiales culturales permite sostener que las enfermedades mentales están presentes en todas las culturas y que *son los criterios absolutos sobre los que se fundamentan los mecanismos de funcionamiento cultural los que indicarán cuáles son las “locuras” del ser humano, no importa en qué sociedad se encuentre* (Pedrique, 2002, pp. 861). Así la cultura no cambia a las enfermedades mentales, las patologías mentales son las mismas en occidente y en culturas no occidentales, lo que cambiará será la manera de sentirse enfermos y los elementos para expresar los trastornos.

Para traspasar el relativismo cultural Devereux propone establecer criterios de normalidad *metaculturales*; es decir, que se *encuentren más allá y por encima de la diversidad de las*

---

<sup>23</sup> Cuando Devereux habla de los materiales culturales universales distingue entre la cultura en sí (como una serie de categorías generales que comparten en común el observado y el observador lo que denomina “el modelo de cultura universal”) de las expresiones y contenidos que cada cultura tiene en particular. (Pedrique, 2002)

<sup>24</sup> Específicamente está en contra de las orientaciones puristas del relativismo cultural que sostienen que todo puede ser “normal” en tanto se vea así en el contexto cultural en que se da.

*culturas, tales como: la madurez afectiva, el sentido de lo real, la racionalidad y la capacidad de sublimación (1973, p. 27).*

De acuerdo a la etnopsiquiatría la enfermedad mental es un proceso de regresión afectiva, en el que hay una desindividualización y una resocialización. La enfermedad mental es una deculturación en donde los materiales culturales son desprovistos de su contenido cultural, de sus elementos simbólicos, por lo se destruyen los fundamentos sociales de la existencia. Por lo tanto, los enfermos mentales elaborarán rituales vacíos, a través de una realidad originariamente exterior a ellos y luego interiorizada. Así el psicótico niega la existencia de una exterioridad distinta a su subjetividad, es decir niega estar insertado en un sistema simbólico común. La cultura se utiliza por estos individuos como soporte para el deseo individual, por lo tanto, los actos cumplen necesidades psicoafectivas individuales lejos del significado simbólico común. Laplantine lo explica como:

[...] la expresión de una lógica del inconsciente que busca negar toda relación funcional con los sistemas de valor de la cultura, con el fin de impedir cualquier relación con terceros y preservar de este modo un equilibrio patológico cuyo corolario es una reorganización desdiferenciada y empobrecida del comportamiento. (1973, p. 81)

Sobre lo Inconsciente Devereux sostiene dos distinciones:

1. Lo no es consciente
2. Lo que en un principio no estaba consciente y ha sido rechazado.

Con el objetivo de articular el encuentro disciplinario entre etnología y psiquiatría Devereux propone la existencia de dos tipos de inconsciente: uno idiosincrásico: “...los elementos que el individuo se ha visto obligado a reprimir por la acción de los *stress* únicos y específicos que ha sufrido...” (1973, p. 30); y otro étnico, constituido por los diversos rasgos que una cultura determinada ha reprimido en los individuos que la

integran, compartidos por todos ellos así como también los conflictos inconscientes que se generan de ese material reprimido y se transmite de generación en generación a través de la cultura y no de la biología. (Franco, 2008) El inconsciente de la personalidad étnica: es el inconsciente común a la mayor parte de su cultura. Lo que cada generación obliga a rechazar, aceptar, etcétera. Cambia como cambia la cultura. Esto moldea un *Ethos* cultural por eso los individuos poseen en común ciertas pulsiones o partes del psiquismo común. Esto explica porque la cultura provee como se debe expresar las pulsiones y el estrés.

Así en el enfoque de la etnopsiquiatría hay una aculturación de la locura, es decir, como había mencionado la cultura no sólo determina quien está enfermo sino como enferma, como menciona Laplantine la cultura nos dirá que *personalidad de repuesto debemos adoptar, porque la enfermedad mental es un contrasentido o más precisamente otro sentido posible respecto de lo que una sociedad define como sentido primero.* (Laplantine, 1973. p. 62-64)

La figura del Chamán es uno de los ejemplos en los que se ha aplicado el enfoque teórico de Devereux, al respecto sostiene que el chamán es un ser gravemente neurótico o psicótico en remisión temporal que puede recaer en sus delirios. La distinción entre el chamán y el enfermo mental común será que la afección mental del primero se ubica en el inconsciente étnico y el segundo en el idiosincrático, esto significa que mientras los síntomas del chamán toman material de su cultura, el psicótico los crea él mismo. Igualmente aunque el chamán es un elemento perturbador de su cultura también es medular y por tanto es respetado. Sin embargo es considerado como un enfermo mental porque aunque puede adaptarse<sup>25</sup> a su contexto, es un individuo adaptado a un sector muy pequeño de su sociedad, es decir fuera de ella es visto como un psicótico o neurótico.

---

<sup>25</sup> En la crítica al concepto de enfermedades mentales Devereux señala que la diferencia entre adaptación y adaptabilidad, para diferenciar al enfermo mental del que no lo es: no es la adaptación, sino la capacidad de hacerlo sucesivamente sin perder el sentido de su propia continuidad en el tiempo y este es el criterio para determinar la normalidad.

Las críticas a la etnopsiquiatría versan sobre los aspectos teóricos y prácticos. Primero la debilidad de algunos parámetros que se vuelven problemáticos cuando se pasa de culturas occidentales a no occidentales, principalmente, se ha reprochado que la propuesta de la psiquiatría metacultural tropieza con problemas operativos, porque no ha logrado superar la visión médica occidental hegemónica (Pedrique, 2002). Este punto ha sido ampliamente expuesto en las críticas sobre su visión del chamanismo en el que se enfatiza que la obsesión de Devereux por la unidad de su planteamiento teórico ha derivado en algunos abusos en sus afirmaciones sobre el tema (Franco, 2008).

Respecto a la práctica se ha criticado que en algunos centros de atención etnopsiquiátrica se puede *generar segregación en la población de origen extranjero bajo una reducción esencialista de la alteridad, evitando incorporarles en el sistema de cuidados de derecho común público*, (Muñoz, sf: 3), debido a la adjudicación de los trastornos psiquiátricos a su características culturales particulares.

Sin embargo, actualmente la etnopsiquiatría es vigente y ha sido muy útil en los distintos contextos migratorios. De acuerdo con Rubén Muñoz a partir de los años noventa los dispositivos terapéuticos etnopsiquiátricos han gozado de gran apogeo en la influencia francófona europea y no se le puede limitar a un sólo tipo de práctica etnopsiquiátrica sino a muchas, desarrollándose en centros de cuidados normalizados y algún hospital de tipo público.

Algunos ejemplos de esta práctica son el *Centre Georges Devereux*, fundado en París por el psiquiatra Tobie Nathan y orientado a la cura de pacientes migrantes, en donde se da atención a pacientes derivados de la sanidad pública, a menudo habitantes de: Saint Denis, Aubervilliers, Bobigny; por lo general inmigrantes: Magrebíes, centroafricanos, sudamericanos, antillanos, indios, entre otros (Portelli, 2009). Otro ejemplo es el hospital de Brugmann de Bruselas fundado en 1923, y donde actualmente se brinda consulta etnopsiquiátrica con un grupo pluridisciplinar de entre 10 y 15 terapeutas, con múltiples trayectorias lingüísticas y culturales. (Muñoz, sf)

## 7. La psiquiatría transcultural

De acuerdo con Regeser y Guarnaccia (2000) en 1977 A. Kleinman anunciaba el comienzo de una nueva psiquiatría transcultural (también llamada psiquiatría cultural, etnopsiquiatría, antropología psiquiátrica, psiquiatría comparada, salud mental multicultural), un acercamiento a través de la investigación interdisciplinaria que integra métodos y teoría antropológica con los acercamientos psiquiátricos y psicológicos tradicionales.

Los antecedentes de la psiquiatría cultural se encuentran en el trabajo de Kraepelin en el que explora la universalidad de la demencia *praecox* y sus investigaciones sobre el *koro*, el *amok* y el *latah* que interpretó como expresiones étnicas de la depresión, epilepsia e histeria respectivamente. También los trabajos sobre la universalidad del complejo de Edipo, estudios comparativos de terapias tradicionales, la eficacia curativa de los rituales, el carácter patológico de los chamanes, entre otros (Martínez, 2006).

Kirmayer y Minas (2000) sugirieron dividir el desarrollo de la psiquiatría transcultural en por lo menos tres fases:

La primera literatura de la psiquiatría cultural se conforma durante el proceso del colonialismo, primero a través de las crónicas de exploradores y luego a través de informes de las potencias colonizadoras sobre el modelo médico de atención impuesto en las colonias, estudios basados en hospitales o asilos psiquiátricos. Esta etapa colonial exotiza a los grupos y resalta ciertos síntomas y conductas caracterizándolas como propias del grupo para dar paso a la noción de síndromes culturales (cultural bound syndromes). En esta primera fase no sólo se plantea la universalización de los desordenes mentales, sino se disemina la impresión de que las personas de las culturas no occidentales tienen ideas irracionales y comportamientos incomprensibles.

La segunda fase, se caracteriza por la falta de sistematización de resultados, en esta etapa se realizan un sin número de estudios comparativos que suelen omitir la diversidad interna

de cada grupo: religión, clase social, rural y urbana y otras poderosas influencias sociales. Parten de la presunción de uniformidad nacional lo que genera una serie de datos pobres que no reflejan la realidad local.

En la tercera fase, la psiquiatría cultural estudia el conocimiento psiquiátrico y la práctica psiquiátrica como construcciones culturales. Kleinman es precursor de este cambio (1977), junto con Littlewood y otros.

Las sucesivas fases de la psiquiatría cultural estudiarán los distintos tipos de sociedades y la “cultura” entendiendo sus diferencias en los distintos contextos. El concepto de cultura en un principio será visto de manera metateórica a través del contraste entre cultivado y ser salvaje, la dicotomía entre cultura y naturaleza.

Este acercamiento abordará las limitaciones de las categorías indígenas sobre la enfermedad frente a las categorías occidentales de enfermedad como depresión y esquizofrenia. También distingue entre enfermedad como: mal funcionamiento o mala adaptación de procesos biológicos o psicológicos y padecimiento como la reacción personal, interpersonal y cultural a la enfermedad (Kleinman, 1977, p. 9). La perspectiva de Kleinman, Fábrega y otros, articulada en los años sesenta refleja una dirección importante sobre el estudio de la cultura y la psicopatología para entender el mundo social dentro de la enfermedad mental. Paralelamente también identificaron las maneras o los patrones en que la cultura moldea la aflicción y los desordenes.

Algunas de las contribuciones de esta línea son el segundo estudio multinacional de la Organización Mundial de la Salud sobre esquizofrenia (Sartorius, Jablensky, Korten, Ernberg, Anker, Cooper, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. et al., 1986) o Epidemiologic Catchment Area (ECA) uno de los estudios más grandes sobre la prevalencia de desordenes psiquiátricos en Estados Unidos en el que se encuestó a por lo menos 3, 500 personas (Regier, Myers, Kramer, Robins, Blazer, et al., 1984). En conjunto los resultados de ambos estudios dan cuenta de los factores sociales, étnicos y culturales que se relacionan con la distribución de la psicopatología.

Horacio Fábrega, Byron Good, Arthur Kleinman, Keh-Ming Lin, Spero Manson, Juan Mezzich y Dolores Parron desarrollaron los materiales sobre cómo integrar la perspectiva cultural en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión IV (por sus siglas en inglés: DSM-IV), sobre cómo realizar una formulación cultural en el proceso de diagnóstico multiaxial y uno de los glosarios de síndromes culturales más importantes alrededor del mundo. En este acercamiento hay una discusión limitada de cómo ciertos síntomas pueden ser tanto experiencias normativas culturales y signos de aflicción, y cómo la forma en que fueron incorporados los síndromes culturales en el apéndice del DSM IV es una tendencia a exotizar la cultura. Los investigadores culturales objetan el punto de vista según el cual la cultura sólo concierne a pacientes pertenecientes a una “minoría cultural”.

Otro desarrollo de esta línea de investigación es la publicación del estudio sobre la salud mental a nivel mundial “World Mental Health Report” (Desjarlais, Eisenberg, Good, y Kleinman, 1996) que da cuenta de los rangos de prevalencia en salud mental y problemas conductuales principalmente en regiones de bajos ingresos: Asia, Latino América, África y el Pacífico.

Así en resumen y en concordancia con lo propuesto por Kirmayer y Minas (2000) la psiquiatría transcultural ha desarrollado por lo menos tres líneas: 1) Estudios comparativos entre los desordenes psiquiátricos y la medicina tradicional. La investigación epidemiológica y etnográfica de tipo comparativo de los trastornos mentales; 2) Estudios sobre salud mental, específicamente en contextos de migración, refugiados, diversidad cultural, etcétera; y 3) El estudio etnográfico de la teoría y práctica psiquiátrica como construcción cultural<sup>26</sup>, en donde se ha hecho énfasis en el estudio de la “cultura profesional”.

---

<sup>26</sup> Entre los temas de este último enfoque en general prevalece el cuestionamiento a la neutralidad de la psiquiatría como “práctica” y como “saber”, se cuestiona también la

Es importante apuntar que la psiquiatría cultural se ha desarrollado de forma distinta en cada país, esta heterogeneidad responde en parte a la historia de migración y los modelos de ciudadanía de cada región. Por ejemplo países como Reino Unido y Francia que fueron potencias coloniales reciben migración de sus excolonias y aunque los migrantes generan muchas expectativas positivas respecto al trato que recibirán, generalmente son discriminados y reciben expresiones de racismo. Ante este panorama la psiquiatría cultural en Inglaterra se ha enfocado en la inequidad en los servicios de salud y ha generado espacios antirracistas. En Francia por ejemplo gracias a la influencia del psicoanálisis la identidad etnocultural es vista como algo individual que puede expresarse libremente en el hogar, pero no es apoyada activamente por el Estado, se enfocan en el significado simbólico de las prácticas médicas a través de la psicoterapia. Se han creado espacios transitorios en donde los clínicos especialistas en etnopsiquiatría intervienen mediante los mundos simbólicos colectivos de los inmigrantes o de las personas originarias de Francia. (Kirmayer y Minas, 2000)

Uno de los retos de este acercamiento es analizar el impacto de la globalización en la psiquiatría y se resumen en tres puntos: 1. Las formas de identidad individual y colectiva y la vida comunal que interactúa con los desordenes psiquiátricos. 2. El impacto en las inequidades económicas en la salud mental y 3. La conformación y diseminación de conocimiento psiquiátrico. (Kirmayer y Minas, 2000)

## **8. Las emociones ¿objetos culturales?**

El tema de la afectividad y específicamente de las emociones en las enfermedades mentales se encuentra disperso en el trabajo antropológico y sociológico. El discurso postmoderno de la antropología y la sociología retoma el tema de las emociones principalmente en la década de los ochenta como una crítica a la filosofía y sociología racionalista, la importancia del cuerpo como objeto de estudio, la reincorporación de lo

---

construcción de su nosología y el manejo de los diagnósticos psiquiátricos, específicamente su validez y fiabilidad como realidades biológicas.

biológico en lo social y la comercialización de las emociones en la industria del consumo. (Ramírez, 2001)

Las enfermedades psiquiátricas más estudiadas a través de los diversos enfoques antropológicos han sido la esquizofrenia, la neurosis, el estrés, entre otras, sin embargo, aunque existen muchos acercamientos a enfermedades como la depresión, hay pocos trabajos sobre trastorno bipolar.

Las aproximaciones en el tema de los desordenes afectivos a través de la antropología han sido en tres dimensiones: como estado emocional, como síntoma y como una patología. Esto implica que se puede estudiar una emoción sin estar asociada a ninguna patología, al síntoma médico expresado a través de una emoción, las emociones que generan los síntomas en los pacientes, las emociones que generan los síntomas de los pacientes en otras personas, las emociones que generan en los pacientes, las emociones de su entorno cercano, entre otras dimensiones. En este apartado presento algunas de éstas reflexiones.

### **8.1. Los estados emocionales como objeto de estudio antropológico**

En diversos acercamientos de la antropología las emociones son abordadas como un vínculo crítico con la interpretación cultural que ayudan a comprender la negociación de la realidad social, lo que permite hacer una investigación etnográfica de la vida social como un proceso activo y creativo (LeBreton, 2009). Según este enfoque las emociones nos atraviesan, tienen repercusiones en nuestra identidad, se alimentan de las normas colectivas y se expresan según el estilo y la apropiación cultural de cada individuo. Por lo tanto, son circunstancias morales ritualizadas que movilizan el vocabulario y discurso de los otros y del individuo. Igualmente se convierten en símbolos de pertenencia o exclusión social.

Así, no podemos desligar las emociones de sus vínculos morales, de la propiedad o de sus expresiones socialmente construidas y legitimadas, de sus lazos con las instituciones, las normas y los valores que las forman (Harkness y Super,1983). En esa medida, las

emociones no pueden tomarse abstractamente de las experiencias que las constituyen, sino que implican también una visión sobre el mundo y lo social, unido a una praxis socialmente guiada por medio de reglas, instituciones y valores.

Por lo tanto, lo emocional tiene “efectos” y consecuencias “estructurantes” para lo social. Esto significa que *los procesos emocionales son un campo constitutivo/constituido de la experiencia encarnada de un sujeto biopsicosocial construido sociohistórica y políticamente a partir de diversas ideologías morales y tecnologías educativas y del cuerpo a lo largo de la continua ontogenia del ciclo vital humano. Las emociones permiten al sujeto dar valor, saliencia y significación a su relación constitutiva con el mundo, implicándolo, engarzándolo a él. Se trata de un sujeto que siente con otros sujetos que también sienten.* (Ramírez,2001, p. 190)

Al igual que en el tema de las enfermedades mentales gran parte del estudio de las emociones se ha enfrascado en abordajes deterministas unidimensionales entre el universalismo y el constructivismo.

Las perspectivas evolucionistas, biológicas y/o psicodinámicas que plantean estas formas extremas de universalismo tienden a esbozar a las emociones como estados intrapsíquicos que son datos puramente fisiológicos. El único interés de este acercamiento es la esencia biológica de las emociones, postulando que son innatas y que dependen de programas genéticos (Laban, 1993). La psicología y la psiquiatría parten de estos postulados filogenéticos y neurofisiológicos. Planteamientos como el darwiniano (1965) sobre el comportamiento evolutivo de las emociones ligadas al comportamiento defensivo y establecimiento social, sustentan este acercamiento.

Desde esta perspectiva las emociones son fenómenos universales, están ligadas a procesos neurofisiológicos y neuroquímicos *“la modelización neuronal de la producción y expresión de las emociones sería innata y sólo el cuándo, el cómo y el control de la intensidad de las mismas variaría culturalmente”* (Ramírez, 2001, p. 179). La crítica a este enfoque positivista es la descontextualización de los procesos emocionales. Ante este

determinismo biológico, autores como Changeux (1985), sugieren que la ontogénesis del sistema nervioso se desarrolla con la interacción del medio ambiente; los humanos son por naturaleza incompletos y requieren de la cultura para un desarrollo adecuado.

Frente al universalismo fisiológico, la psicología multicultural y la antropología psicológica proponen un enfoque “constructivista”. Desde esta perspectiva las emociones son conceptualizadas como “feeling-thoughts”. (Lutz, 1988) En oposición a la idea de que las emociones son estados irracionales, plantean que son juicios y evaluaciones construidas culturalmente que son negociadas en un contexto social particular (Lynch, 1990). Estas interpretaciones se encuentran integradas en las estructuras de significados (relaciones políticas, organizaciones sociales, creencias etnopsicológicas y símbolos locales). Así las emociones son relativas y varían de lugar en lugar.

Este tipo de naturalismo cultural es paralelo al determinismo genético que plantea el universalismo. El relativismo de la propuesta constructivista hace residir en la cultura la posibilidad de *construcción, expresión y comunicación significativa de las emociones, las cuales se constituyen en torno a vocabularios compartidos, convencionales y rituales* (Ramírez, 200, p. 180). Al igual que en el caso del extremo del universalismo, los constructivistas omiten un sinnúmero de evidencias sobre la importancia de la perspectiva biológica, la principal crítica ante los excesos “culturalistas” sobre las emociones es que este enfoque las desnaturaliza totalmente.

Autores como Laban (1993) y Ramírez (2001), sugieren salir de la esterilidad teórica de este tipo de dicotomías. Como veremos, esto implica asumir conceptos distintos de las emociones y de otros procesos biopsicosociales como las enfermedades mentales.

El acercamiento de la antropología a las enfermedades mentales sobre todo en las que hay alteración en la vida afectiva ha sido en las implicaciones socioculturales, en la variabilidad transcultural del curso y en los resultados de la enfermedad. El argumento eje de este enfoque es que hay algunos cambios en la trayectoria de la enfermedad que no se

explican a través de la historia natural del padecimiento, la neuropsicología o farmacología.

En la antropología psiquiátrica, que ha tomado auge en los últimos años, las enfermedades mentales, en particular la esquizofrenia es vista más que como una entidad, como un proceso interactivo; se habla de experiencias emocionales y el enfoque de estudio no sólo incluye a la subjetividad del individuo, sino la manera en que las emociones de su familiares influyen en el curso y síntomas de su enfermedad (Hunter, 1991). De acuerdo con Sapir 1961, la contribución de la antropología en el tema de las emociones es identificar el lugar de la cultura en la interacciones individuales específicas y el significado que se abstrae de estas interacciones. Sostiene que una persona con desordenes psiquiátricos debe ser evaluada en el contexto interpersonal y su situación social, poniendo particular atención en su atmósfera emocional.

Renato Rosaldo (1983) ha sido exponente del tema de la fuerza cultural de las emociones. Utiliza este concepto para referirse al tipo de sentimientos que se experimentan o aprehenden. En lugar de hablar en general sobre las emociones como sistema cultural, considera la posición del sujeto dentro del campo de las relaciones sociales para captar el significado de la experiencia emocional. Desde esta perspectiva el trastorno emocional está en las fuerzas de la familia, la enfermedad se localiza en la ruptura de una relación íntima particular y en la falta de capacidad para la protección emocional.

Como decía, la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales estudiados en este enfoque. El término Emoción Expresada “EXPRESSED EMOTION” (EE) ha sido uno de los caminos para estudiar cultural y socialmente la experiencia de esta enfermedad. La EE es original de George Brown 1960 y describe la participación crítica y hostilidad expresadas por los parientes cercanos a un paciente que sufre de esquizofrenia. Específicamente se ha estudiado de manera empírica este tipo de expresiones emocionales y el curso de la enfermedad en los pacientes. Su objetivo es establecer la relevancia que tienen los factores etiológicos de los desordenes psiquiátricos y las características familiares de los pacientes. (Hooley, 2007)

En las últimas décadas hubo un sinnúmero de artículos sobre la emoción expresada (EE), los temas de estos artículos han variado, pero principalmente han sido sobre los resultados de la esquizofrenia, (Brown, Birley y Wing, 1972, King y Dixon, 1999), intervenciones terapéuticas (Fallon, Boyd and MacGill 1984) y las críticas de los puntos de vista de los miembros de las familias de personas con esquizofrenia sobre las perspectivas de los investigadores. Las investigaciones se han hecho en padecimientos psiquiátricos (esquizofrenia, desordenes afectivos, etcétera) y no psiquiátricos (cáncer, Parkinson, etc.) y han sido con un enfoque multicultural.

Aunque el estudio de la EE ha podido establecer la relación entre la psicopatología de los pacientes y las características de personalidad de sus familiares, la crítica principal es que en este acercamiento no hay interpretación de los significados de las conductas analizadas. Además no hay un examen de la relación entre cultura y las EE, generalmente ésta es incluida de manera descuidada. Esto a pesar de que la literatura antropológica específicamente la etnopsiquiatría de las emociones había documentado importantes rasgos a considerar como los estilos de comunicación psicodinámica, etnomedicina, parentesco y el apoyo social. (Hunter, 1991)

El ímpetu por desarrollar un acercamiento adecuado y teorizar sobre las emociones y el self (Shweder and LeVine 1984) muestra que en la mayoría de los trabajos antropológicos la localización de las emociones esta primariamente en las situaciones más que en la psique. Sin embargo, Hunter (1991) afirma que uno de los problemas de este desarrollo ha sido el poco rigor de las descripciones teóricas incluyendo las que se relacionan con los desordenes mentales.

Finalmente, tratando de desarrollar una propuesta más completa y un marco conceptual para estudiar el afecto desde lo antropológica, Alexander Laban (1993) propone un acercamiento *procesual* cuyo fin es examinar el proceso por medio del cual las emociones son generadas sincrónica y diacrónicamente, partiendo de que los fenómenos que son nombrados como emociones no son homogéneos. De acuerdo con este enfoque las

emociones no son vistas como un objeto cultural o biológico sino como una etiqueta general que se usa para caracterizar un fenómeno que es generado por varias fuentes (fisiológica, cultural, individual, social, etcétera).

Este acercamiento hace que las emociones se expliquen no a través de un sólo elemento cultural o biológico, sino a través de la interrelación de los distintos componentes, a diferencia de los reduccionismos planteados por el universalismo y el construccionismo, el procesualismo ve a las emociones como un fenómeno que emerge de la interacción de factores culturales y biológicos.

Para que el procesualismo pueda aplicarse como marco teórico se puede recurrir a la teoría de sistemas (Laban, 1993). Este enfoque sugiere que los fenómenos deben ser vistos como dispuestos en niveles jerárquicos de las organizaciones que limitan e interactúan unos con otros a través de la retroalimentación. Mientras que los niveles más bajos sirven para apuntalar a niveles más altos, los segundos son fenómenos emergentes y, por tanto, no son reducibles a los primeros. Cada nivel organizacional opera en términos de principios que son internamente generados y encarnan propiedades de los sistemas como un todo. Comprender de que manera cada nivel actúa de forma individual y al mismo tiempo es constreñido por otro nivel, es el trabajo de distinguir los niveles de operación.

Las emociones pueden estudiarse de manera análoga a través de la teoría de sistemas. Un nivel del sistema de emociones pueden ser los aspectos biogenéticos de las emociones. El interés de la antropología será en el nivel cultural, social e individual. En el nivel individual el análisis versará sobre cómo la historia personal, el temperamento, personalidad, las metas, planes y estrategias influyen en las experiencias emocionales. En segundo la manera en que las emociones son moldeadas por el parentesco, estatus social, modelos culturales y significados simbólicos. Es crucial comprender como en los otros niveles de organización, este dominio puede estar influenciado por las propiedades del sistema como un todo. Así las emociones pueden ser generadas como un sistema de componentes habiendo coherencia entre los factores biogenéticos, sociales, culturales e individuales situados dentro de un contexto particular de interacción y prácticas.

## 8.2. La Psiquiatría transcultural frente a los trastornos afectivos

La psiquiatría transcultural aborda los trastornos afectivos a través de la comparación entre los diferentes vocabularios de las emociones y las concepciones del malestar o aflicción que estos ocasionan. Describe la variación emocional de las expresiones y las experiencias emocionales en distintas culturas. También se interesa en analizar la nosografía psiquiátrica y la metodología utilizada para identificar los desordenes afectivos transculturales (Kirmayer, 2001). El objetivo es demostrar que la experiencias y expresión de los malestares en los trastornos del afecto están moldeados por la cultura y cómo esto tiene un impacto en las causas, curso y pronóstico de este tipo de patologías. Propone que justo esta construcción cultural contribuye directamente en el proceso cognitivo e interpersonal que aumenta el riesgo de padecer o mantener la enfermedad.

Como ya he mencionado, la psiquiatría contemporánea ve a las emociones como un fenómeno biológico, determinado por un rígido proceso neurofisiológico en el sistema límbico que otorga una variedad limitada de respuestas emocionales universales. Estos patrones de respuesta son producto de un proceso evolutivo de adaptación. Por lo que los desordenes afectivos son resultado del daño en el sistema básico neural que regulan las emociones o el afecto Kirmayer (2001), proponen que además de este sustrato biológico hay un significado transcultural del afecto, así las emociones pueden ser entendidas como una metáfora de los sentimientos corporales y de los eventos sociales, como una estructura o escenario y como un discurso o como una práctica que contribuye a la construcción de la experiencia social.

Kirmayer (2001) explica que la etimología de los términos emocionales reflejan una historia cultural que centra la emoción en una situación social específica. Como otros conceptos las emociones son construcciones metafóricas que tienen tanto connotaciones universales como especificidades culturales. La emociones son fuerzas retóricas en diversos contextos sociales, el léxico emocional codifica significados sociales y morales

de una comunidad cultural. Esto implica que el complejo termino de emoción no se puede traducir de manera perfecta de un lenguaje a otro, por lo que es un problema considerar que el concepto anglo de emoción o de estado emocional es igual en otras culturas.

Un ejemplo de cómo las emociones adquieren connotaciones diversas por el contexto sociocultural es la discusión que plantea Kirmayer (2001) sobre la forma en que la noción de persona y de self influye en el concepto de depresión, señala que la teoría de indefensión aprendida (Theory learned helplessness) sugiere que la depresión es consecuencia de percibir la pérdida de control, más específicamente la depresión se presenta cuando hay una pérdida en la toma de decisiones y hay ansiedad por la pérdida de control. Sin embargo, la toma de decisiones y el control, solo son esperadas en espacios culturales en donde se ha establecido oportunidades de elección y autodirección. Cuando la elección individual nunca ha sido posible y el control no es tan valorado, las limitaciones del desarrollo tal vez no tienen las mismas consecuencias negativas.

Además en la psiquiatría transcultural se plantea que hay problemas metodológicos en la valoración diagnóstica de los desordenes afectivos, específicamente cuestiona la habilidad para realizar las entrevistas y la maleabilidad de la memoria de las personas que son diagnosticadas, sobre todo en investigación sobre prevalencia en estudios longitudinales. Se insiste que en los estudios epidemiológicos<sup>27</sup> es necesario un estudio sobre la

---

<sup>27</sup> Kirmayer explica que la epidemiología psiquiátrica debe considerar que cuando se hace una entrevista para evaluar los síntomas psiquiátricos hay una reconstrucción de la memoria guiada por estructuras o conocimientos tácitos culturales. El resultado de autoreporte refleja la interacción entre la experiencia corporal y las prescripciones sociales. Estas consideraciones son importantes para la epistemología del trabajo epidemiológico porque debe considerar que cuando se hace una entrevista psiquiátrica y cuando se evalúa el autoreporte de los pacientes no sólo se esta recolectando eventos naturales, sino construcciones sociales. Se necesita una epidemiología basada en trabajo empírico de la psicología y estudios antropológicos situado en el significado del malestar.

naturaleza de los síntomas y la enfermedad, ambos en el contexto de la memoria autobiográfica, además del análisis social del impacto en el contexto, la auto presentación en los síntomas y experiencias asociadas a la memoria. (Kirmayer, 2001)

Finalmente en este enfoque se enfatiza que la presentación de síntomas no es una mezcla de características estáticas de pacientes o culturas, es una reflexión estratégica de la autorepresentación o una posición en una negociación e implica una relación personal. Los desordenes afectivos implican una ampliación de la órbita intrapsíquica, entre la evaluación cognitiva y la intensidad del afecto, como también el ámbito interpersonal que responden a la disminución o agravamiento del aislamiento social, desmoralización y autoevaluación negativa.

Así la propuesta de la psiquiatría transcultural es ver a los términos psiquiátricos como categorías culturales en el marco de un sistema de significados normativos que media las relaciones de poder entre las personas, por lo tanto las emociones aquí son vistas como expresiones constitutivas para entablar relaciones sociales (Kleinman y Good, 1985).

Específicamente sobre el tema de trastorno bipolar se ha hecho epidemiología psiquiátrica que muestra la variabilidad de síntomas y detección de los mismos dependiendo el origen étnico, por género y social de las personas. Por ejemplo en un estudio (The United States Epidemiologic Catchment Area ECA) realizado en Estados Unidos sobre el tema, se encontró que en personas afroamericanas el trastorno bipolar están subdiagnosticado, siendo la esquizofrenia y los trastornos no afectivos los que más se atribuye a esta población. En Londres se encontró que los pacientes diagnosticados con TB I de origen africano presentan más episodios de manía que de depresión, más datos de esta naturaleza serán desarrollados en el siguiente apartado (Kirmayer, 2001).

### **8.3. La manía como estilo de vida: acercamiento etnográfico a la depresión maniaco depresiva en Estados Unidos**

Otro acercamiento al estudio etnográfico de los trastornos del ánimo es el de Emily Martin (2008 y 2009), su trabajo es respecto a la fase maniaca de las personas que han

sido etiquetadas con el título de depresión maniaca<sup>28</sup> (PEDM). A través de una reflexión sobre el concepto de racionalidad como parámetro de normalidad e inclusión social, se pregunta ¿qué tipo de orden o trastorno, racionalidad o irracionalidad, existirá en los mundos sociales contruidos por personas con estos diagnósticos?, ¿de qué manera los supuestos acerca de la vida, la muerte, el poder, debilidad, capacidad e incapacidad, racionalidad, mente y cuerpo influyen en las prácticas y significados sobre depresión maniaca? y ¿qué hacen las personas con la depresión maniaca?

Martín parte del estado psicológico de las PEDM y de ahí revela la relación con un campo cultural más amplio, incluido un cuestionamiento a la construcción de los mercados por medio de un estado psíquico deseable y controlado por los fármacos, esto inmerso en un marco en donde algunas características de la manía son sinónimo de éxito.

Respecto al tema de la racionalidad como parámetro de normalidad cuestiona la idea de que las personas normales son plenamente racionales todo el tiempo, sugiriendo en cambio que en la vida diaria las personas tienen diferentes grados de conciencia de la realidad y de las consecuencias de sus acciones, así tienen distintos grados de “razón” en sus decisiones y opiniones, por lo tanto la noción intelecto–salud utilizada para excluir a las personas con depresión maniaca es cuestionable, ya que en sus observaciones y experiencia propia (ella ha sido diagnosticada con depresión maniaca), las PEDM constantemente se mueven entre lo racional y lo irracional. Así critica el modelo del sujeto neoliberal calculador, racional, bien disciplinado e hipercognitivo y se pregunta como encaja el sujeto patológico, retrasado, victimizado y con una racionalidad disminuida en los diversos contextos culturales.

Con relación a los diagnósticos psiquiátricos retoma de Rose (1996) la idea de que el conocimiento psicológico es un conjunto de técnicas para la diferenciación humana. Y por otro lado recalca que los PEDM gestionan este conocimiento, utilizando la etiqueta científica como una especie de protección o coraza para otros exámenes. Es decir de

---

<sup>28</sup> Martín prefiere utilizar este termino al de Trastorno Bipolar

alguna forma el sujeto que ha sido rotulado con la enfermedad psiquiátrica busca encajar sus “síntomas” dentro de los parámetros establecidos por la definición. Y aunque es posible que las experiencias de las PEDM son mucho más amplias, no están dispuestos a compartirlas para no someterse a mayor escrutinio.

Como decía Martín, camina del estado psíquico interior a un marco cultural mas amplio, así, en su trabajo también detalla como el sistema económico norteamericano mide y rastrea todo tipo de recursos y uno de ellos es el estado de ánimo. Específicamente desarrolla como la manía puede introducir a un estilo de vida, pero también puede llevar al límite que implica vivir al borde.

Se detiene en analizar como se ha constituido una especie de higiene del estado del ánimo y el lazo que existe entre depresión y productividad. Enfatiza la manera en que hay un escrutinio del ánimo para lo cual las emociones se transforman en escalas numéricas. El escrutinio del ánimo puede incluir cada minuto, detallar momento, tras momento y enfatizar la anormalidad. Todo esto en una lógica cultural en donde la manía es celebrada y deseada.

## 9. Conclusiones: ¿Cómo abordar antropológicamente la experiencia de ser bipolar?

Estudiar la experiencia de las personas diagnosticadas con TB a través de lo social requiere un acercamiento teórico múltiple, es decir ante un objeto de estudio poliédrico se debe utilizar diversas miradas que alcancen todas sus dimensiones. Dicho lo anterior en esta última parte puntualizo algunas herramientas teóricas que me ayudaron a comprender el sentido de las experiencias de los pacientes a quien entrevisté.

Partiendo de la noción de que no hay ningún grupo humano que no desarrolle una vida social y cultural, mi intención en este trabajo será describir cómo son las prácticas de las personas que han sido clasificadas con trastorno bipolar; privilegio la comprensión del intercambio de símbolos y significados que se constituyen a partir y por del diagnóstico. A través de la identificación de la carrera moral y los itinerarios terapéuticos de los pacientes, estudio la forma en que la enfermedad mental se constituye como un engranaje para la construcción identitaria y cómo las redes sociales contribuyen en este proceso. Como plantea Laplantine (1973) entendiéndolo a la enfermedad mental como un proceso de aculturación y trataré de identificar cómo enferma un paciente con TB en nuestro contexto y en este tiempo, qué personalidad de repuesto ha construido y cómo es recibido por su contexto. Así los síntomas del TB los observaré como circunstancias morales ritualizadas que movilizan el vocabulario, discurso y práctica de los otros y del individuo y que serán convertidos en símbolos de pertenencia o exclusión social.

Enmarco mi reflexión en la antropología simbólica, acercamiento que reconoce a la cultura no como una variable más sino como un sistema de significados que dan sentido a las prácticas y experiencias. Así la cultura es el resultado de la organización o la lógica de la acción, *de la gente operando dentro de cierto orden institucional, interpretando sus situaciones para actuar coherentemente con ellas* (Ortner, 1984, p. 3). Es decir parto de la noción de que la cultura es producto de la actuación social. Entendiendo que los sistemas simbólicos se expresan a través de las costumbres y las instituciones, se observa

en el día a día, en los hechos sociales y que tanto las formas normales como las patológicas son producto de un orden colectivo (Lévi-Strauss, 1979).

Así, mi intención con este acercamiento antropológico es analizar las estructuras significativas de la experiencia de los pacientes diagnosticados con TB, considero que las formas culturales se encuentran en la experiencia de los individuos *quienes guiados por los símbolos percibe, sienten, razonan, juzgan y obran. Es decir las formas simbólicas no están en sí mismo, sino en su uso.* (Nivón y Rosas, 1991, pp. 43-44). Mi punto de partida es la mirada del actor y para comprender el sentido y valor de la enfermedad mental en su vida cotidiana hago un trabajo hermenéutico.

Considero que los símbolos pueden ser *cualquier objeto, acto, acontecimiento o cualidad que permitan vehicular ideas o significados, es decir son fuentes externas por las cuales los individuos organizan sus relaciones o experiencias* (Nivón y Rosas, 1991, pp. 43-44). Un punto muy importante es que intento además de acercarme a la subjetividad, contextualizar la experiencia para observar no solo la negociación de los pacientes con su entorno, sino las tensiones y conflictos que viven día a día.

Para hacer una aproximación sistemática de la dimensión subjetiva de la vida social de los individuos que han sido clasificados como pacientes con Trastorno Bipolar, me pregunto qué significado tiene esta enfermedad mental para las personas y cómo afecta en sus conductas y la interacción con los otros. Para lo cual utilizo algunas ideas de la propuesta del interaccionismo simbólico que señala que la *interacción humana tiene lugar mediante el intercambio de símbolos y significados* (Castro, 2011:63).

Desde la mirada teórica del interaccionismo simbólico no sólo se dan relaciones significativas entre sujetos, sino también entre objetos, incluidos los objetos abstractos, en este caso el concepto de enfermedad mental. El significado que tenga este objeto abstracto para los pacientes depende de cómo ha sido definido por las personas con quienes interactúa, es decir como se vive el TB depende de cómo ha sido definido por el medio

que los rodea, incluidos sistemas de atención, familiares y personas cercanas, incluso otros medios como el Internet, tal como lo veremos en este trabajo.

Me concentro en la dimensión subjetiva de la vida social para comprender la acción social, partiendo de la idea que el orden social será el resultado de la negociación entre diversos individuos, como desarrollo más adelante son los propios pacientes quienes dan sentido a su experiencia. Así queda entre paréntesis el concepto de “paciente” como pasivo, pues como veremos más adelante los individuos son agentes de su enfermedad. Ahora bien, una crítica al interaccionismo simbólico en cuanto al tema de las enfermedades mentales es que no problematiza la definición de enfermedad, sino se concentra en la interacción social que se suscita entorno a ella, si bien en esta tesis no cuestiono con detalle la noción de TB, queda patente que intento desnaturalizarla y hacer evidente que es el producto de la construcción social de la psiquiatría.

Para comprender cómo se construye socialmente la enfermedad mental recurro algunos postulados de la teoría de la etiquetación (Labelling Theory) que sostiene que las enfermedades lo son porque las sociedades lo especifican y tratan como tal, es decir no son las desviaciones biológicas por lo que se generan las etiquetas de las patologías, sino por la interacción con definiciones culturales y percepciones sociales (Castro, 2011). Como lo explica Becker en su obra “Outsiders hacia una sociología de la desviación”:

“la desviación es creada por la sociedad”[...] los grupos sociales crean la desviación al establecer las normas cuya infracción constituye una desviación y al aplicar esas normas a personas en particular y etiquetarlas como marginales [...] Es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal, y el comportamiento desviado es el comportamiento que la gente etiqueta como tal (2012, p. 29)

Me parece importante señalar que una de las críticas a este tipo de planteamientos es que dibujan a un individuo totalmente constreñido a las instituciones sociales, elemento que no concuerda con mis entrevistados, por lo tanto, lo que recojo de esta teoría es el proceso

de *etiquetación* y asimilación de la misma, pero donde los sujetos pueden tener cierto margen de acción con ella y hasta utilizarla.

Retomo de Ervin Goffman algunas posturas y conceptos como *estigma*, siguiendo su propuesta sobre las instituciones totales descrita en el libro “internados”, intentaré ejemplificar como el proceso de diagnóstico ya sea por un tercero o por el propio paciente constituye una deconstrucción y construcción identitaria.

Respecto al proceso de diagnóstico retomo el concepto de *rito de institución* de Pierre Bourdieu, para ejemplificar la forma en que la diferencia es legitimada y reconocida como natural. Utilizo la categoría de *rito de institución* para describir el cambio que se suscita en las personas cuando son diagnosticadas, es decir cómo se puede pasar de un individuo con salud mental a ser “bipolar”.

Problematizo la manera en que los entrevistados intentan encajar a través de una especie de autocontrol emocional, para este fin retomo el concepto de *tecnologías del yo* de Michel Foucault. Tal como lo sugiere Mauss utilizo las categorías de tiempo y espacio para estudiar como, en parte, las personas adquieren la identidad bipolar al no encajar ni en los horarios, ni lugares del colectivo.

Finalmente hago una etnografía virtual de la vida en línea de los bipolares y desarrollo las implicaciones de vivir a través de la pantalla siendo bipolar.

## Capítulo 2. Arenas movedizas: el Trastorno Bipolar

“El problema en la psiquiatría es intentar estudiar la mente a través de la mente.”

Testimonio de médico neurólogo

El estudio de las enfermedades mentales ha sido visto como un terreno fangoso lleno de dificultades, más si estas patologías han sido enmarcadas en el espectro afectivo. Pero ¿qué tiene de escurridizo hablar de los trastornos mentales, específicamente del Trastorno Bipolar (TB)? ¿Por qué es necesario hacer alguna acotación, ya no sólo de la naturaleza de la enfermedad, sino de la existencia de la misma?

Cuando reflexionamos sobre las enfermedades mentales, inevitablemente tenemos que hablar de la cultura, del sujeto clasificado, de quien lo clasifica, del método para clasificarlo y del conocimiento que sustenta esa clasificación. Mientras que en enfermedades como el VIH, un tumor cerebral, una lesión muscular no hay duda de la enfermedad pues hay marcadores biológicos que dan cuenta de ello y en menor o mayor medida el diagnóstico será el resultado de una observación clínica apoyada con evidencias objetivas del padecimiento; en las enfermedades mentales como la depresión, el trastorno límite de la personalidad o el TB las evidencias de estas patologías resultan menos tangibles. Además los “síntomas psiquiátricos” son diagnosticados por especialistas que deben hacer una interpretación de la interpretación que el individuo hace de sus emociones o pensamientos o de un tercero que se convierte en informante de la conducta del individuo “enfermo”, situación que puede suponer ciertos límites de certeza. Si bien, el desarrollo en técnicas de neuroimagen, exploración cerebral y pruebas genéticas han cambiado por completo la visión sobre las enfermedades mentales, sigue siendo cierto que estas patologías cobran sentido gracias al entorno social y cultural en que se insertan.

En este capítulo plantearé las particularidades del estudio del TB y la construcción del saber psiquiátrico. Específicamente quiero dar cuenta de cómo el TB es una enfermedad que se inserta en arenas movedizas, en conceptos como afecto, ánimo, condiciones que cualquier ser humano experimenta, pero que se vuelven mórbidas por su intensidad, motivación, duración entre otras condiciones.

Es importante aclarar que el objeto de estudio de esta investigación son las experiencias y prácticas de las personas que han sido diagnosticadas con TB, por lo tanto no hay intención de hacer una etnografía de la psiquiatría o de la construcción del concepto de TB, no obstante si haré ciertas acotaciones sobre cómo la psiquiatría estudia a los individuos para llegar a dar un diagnóstico y clasificar a una persona con TB y como esto es un producto cultural.

### **1. Construcción biomédica de los diagnósticos psiquiátricos: trastorno bipolar**

Las preguntas que guían este apartado son: ¿cómo clasifica la psiquiatría las enfermedades mentales? ¿qué es el afecto? ¿porqué el TB es clasificado como un trastorno del afecto? ¿cómo se evalúa el afecto? ¿de qué manera la psiquiatría llega a la conclusión de que las emociones o el afecto es exagerado?. El objetivo es señalar algunos elementos que construyen el diagnóstico psiquiátrico de TB, describiendo las bases epistemológicas<sup>29</sup>, metodológicas e históricas que dan cuerpo a la definición del término y la práctica médica.

---

<sup>29</sup> En general *la epistemología de la medicina general y de la psiquiatría exploran el origen, validez y legitimidad del conocimiento médico y psiquiátrico*. La intención es *evaluar tanto la coherencia de los principios fundamentales como la base de los mismos*. Este tema es importante a la luz de la naturalización de los trastornos mentales y la descripción deficiente que puede encontrarse sobre algunos de ellos (Berríos, 2007-a-, p. 127).

## 1.1. De la psicopatología a la práctica psiquiátrica. El proceso de diagnóstico

Para el estudio de las enfermedades mentales se ha dividido la vida psíquica en funciones o facultades aisladas (memoria, asociación de ideas, afectividad, pensamiento, etcétera) y así se encuentran en algunos manuales de psiquiatría. Estas “funciones mentales” se yuxtaponen y tienen por objeto la organización jerarquizada de las personas. Este modelo psicodinámico del aparato psíquico responde a concepciones de tipo organistas, según las cuales todos los elementos de la vida psíquica aparecen integrados. El funcionamiento global de estas funciones se comprende a través de la dinámica entre el pensamiento, la acción y la afectividad en un corte transversal (momento actual del sujeto) y longitudinal (historia del sujeto) para evaluar la forma de adaptación del individuo (Ey y Bernard, 1976). Se parte de que las enfermedades mentales se presentan e identifican con una serie de signos y síntomas que conformaran síndromes<sup>30</sup>. Esta división explica porque los trastornos en la psiquiatría son calificados o encuadrados en distintas funciones, de ahí por ejemplo el Trastorno Bipolar es considerado un trastorno del afecto, pues los síntomas que predominan son los que se relacionan con el ánimo, esto no implica que otras funciones mentales no se vean afectadas.

La psiquiatría occidental, específicamente la americana, recurre al término fenomenología psiquiátrica para explicar la manera de observar y categorizar los sucesos psicopatológicos anormales, las experiencias internas del paciente y su comportamiento posterior<sup>31</sup>. Siguiendo esta propuesta metodológica Juan Beta (1972) propone que los

---

<sup>30</sup> El concepto de síntoma mental es reciente en la psiquiatría y es especificado por Griesinger por influencia de la psicología asociacionista, para él la locura había que analizarla en fragmentos atómicos, no fragmentables, aislables y una vez hecho esto, se podían rejuntrar los síntomas y entender las enfermedades (Berrios, 2007 –b-).

<sup>31</sup> Se ha criticado el uso de esta categoría para describir el quehacer psiquiátrico, por considerar que su aplicación y definición en el campo es muy diluída comparándola con la propuesta de la filosofía occidental, de autores como Husserl, Roman Ingarden, entre otros (Berrios, 2007-b-).

psiquiatras deben dividir su investigación de la enfermedad mental en dos: a) estudio de los antecedentes y b) el estudio del enfermo mismo.

Los antecedentes abarcan una revisión de varios tipos, empezando por los de carácter heredo-familiares cuya intención es revisar el árbol genealógico del enfermo, verificar si alguien de su familia padece enfermedades que se puedan transmitir o que representen una carga genética para el paciente. Igualmente se revisa si hay algún tipo de intoxicación (alcoholismo) y cualquier dato que pueda orientar el fenotipo<sup>32</sup> del paciente.

Después se analizan los antecedentes personales del paciente en los que se indaga, desde su nacimiento al momento de la consulta, aspectos: mórbidos (enfermedades padecidas), físicos (malformaciones o condiciones físicas), psíquicos (traumas, situaciones violentas, humor habitual, la manera de comportarse, el carácter, etcétera) ambientales (tipos de ambientes hostiles, violentos, cultos, características de las personas con las que convive, etcétera) sexuales (preferencias, tipo de relaciones, sexualidad, entre otras) y culturales<sup>33</sup> (escolaridad, preferencias, etcétera).

Finalmente se evalúa la enfermedad actual: cuándo y cómo comenzó, de qué manera ha evolucionado (constante, momentos de remisión, etcétera); tratamientos recibidos y repercusiones en el enfermo.

---

<sup>32</sup> Fenotipo se refiere a las enfermedades, así como otros rasgos expresados o manifiestos clínicamente en los individuos (Wyszynsky,1998, p. 26).

<sup>33</sup> Es importante decir, a partir de mi observación como participante en sesiones de enseñanza donde se presentan casos de personas con trastornos psiquiátricos; he notado que lo que el personal de salud (médicos psiquiatras, neurólogos, residentes, trabajadoras sociales, etcétera) denomina cultural, es a todo lo que no forma parte del diagnóstico clínico: religión, educación, procedencia geográfica, etcétera. A veces pareciera un saco para aquello que excede el conocimiento médico.

El estudio del enfermo se hace a través de diversos exámenes:

- 1) Psíquico o mental
- 2) Clínico general o somático
- 3) Neurológico
- 4) Complementarios (análisis de sangre, electroencefalograma, de imagen, etcétera)

El examen mental es la clave fundamental para evaluar si el comportamiento del paciente se ajusta a las descripciones psicopatológicas y por lo tanto si tiene un trastorno mental o no. En esta evaluación se incluye la actitud del paciente, su lenguaje, su comportamiento. Juan Beta lo resume en los siguientes aspectos:

- a) *Hábito externo: incluye el tipo de indumentaria o presencia del paciente (condecorado, extravagante, sucio, desordenado, entre otros), aspecto psíquico, observa el estado del psiquismo y el tono afectivo y los sentimientos (excitado, deprimido, indiferente u obnubilado).*
- b) *Interrogatorio: se divide en orientación autopsíquica, se refiere a si el enfermo está orientado en sí mismo (nombre, edad, estado civil, escolaridad, entre otros); orientación en el tiempo y espacio o alopsíquica; conciencia de la situación (comprende con quién está y por qué está en ese lugar); y finalmente se le cuestiona sobre la conciencia de enfermedad (si la tiene o no<sup>34</sup>) (1972: 41-51).*

Ey y Bernard (1976) en el apartado de descripción y análisis de los síntomas señalan la importancia de la manera sistemática en que el examen mental y la semiología psiquiátrica<sup>35</sup> debe ser, específicamente habla de la necesidad de una práctica dividida en tres planos<sup>36</sup> que debe ir de lo superficial a lo profundo:

---

<sup>34</sup> La conciencia de la enfermedad no se limita a saber si el enfermo acepta o comprende que tiene un padecimiento, es mucho más amplia, se intenta indagar como es esa comprensión.

<sup>35</sup> En los países de Europa continental la psicopatología descriptiva es llamada semiología psiquiátrica.

<sup>36</sup> Estos tres planos son similares a los que menciona Beta en el examen mental (1972).

1. La semiología del comportamiento y las conductas sociales. Es un estudio cuidadoso de la presentación, por ejemplo la mímica, la psicomotricidad (ej. forma en la mirada, expresiones emocionales como llanto risa, etcétera) el porte (vestido aseo personal, etcétera), la conducta verbal (manera de hablar, tono de la voz, etcétera). Reacciones al examen y el contacto con el médico (por ejemplo si el paciente coopera, se opone a la entrevista, es indiferente, entre otros). El comportamiento en la vida cotidiana que incluye: cuidados corporales, la forma de dormir, el sueño, las conductas sexuales y alimenticias, la vida familiar y la actividad profesional o laboral. Finalmente la reacciones antisociales, por ejemplo: suicidio, robos, incendios, homicidios, entre otros.
2. La semiología de la actividad psíquica basal actual. Aquí los psiquiatras deben ocuparse de la historia, las ideas, las concepciones o los problemas morales, afectivos o sociales de los enfermos. Intentarán captar el funcionamiento de lo que el enfermo vive en el momento de la entrevista, las formas en que se presenta el lenguaje, la memoria, los sentimientos, la imaginación, el pensamiento, la actividad motora, etcétera.
3. La semiología del sistema permanente de la personalidad. Aunque en algunos tratados de psiquiatría este apartado se incluye en el anterior, Ey y Bernard (1976) señalan que aquí el clínico debe analizar el sistema de personalidad, en los que se incluyen semiologías de: trastornos de carácter, conflictos intrapsíquicos de la persona (ej. fobias, conversiones histéricas, etcétera), entre otras.

El examen clínico general también llamado somático, consiste en una revisión minuciosa de los diversos aparatos y funciones (aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario y examen ginecológico). La intención es observar el hábito, la biotipología, déficit somático y cualquier deficiencia de los distintos sistemas funcionales del organismo (Ey y Bernard, 1976, p. 74).

La evaluación neurológica comprende la exploración de las funciones mentales<sup>37</sup>, se continúa con los diferentes nervios craneales, las funciones motoras, reflejas y sensitivas de los brazos, el tronco y las piernas, y se finaliza con el análisis de la postura y la marcha (Rodríguez- García, Rodríguez-Pupo y Rodríguez-García, 2004). La intención es evaluar el estado anatómico y funcional de cada parte del sistema nervioso. Hay particular interés en revisar los trastornos motores y psicomotores de tipo piramidal<sup>38</sup> y extrapiramidal y las funciones del lenguaje, gnosias<sup>39</sup> y praxias<sup>40</sup>. El énfasis en este enfoque neurológico es porque algunas manifestaciones de tipo psiquiátrico pueden ser resultado de una afección general, nerviosa, genética o adquirida (Ey y Bernard, 1976, pp. 75- 76).

En mi experiencia de trabajo de campo pude observar que esta revisión de los pacientes se puede hacer en diversos momentos dependiendo de la circunstancias. Además varía la forma de evaluación y el número de médicos que revisan a un individuo, por ejemplo: si es que llega en urgencia o si hay una revisión en el consultorio generalmente es realizado por un solo médico; pero si el paciente es hospitalizado rutinariamente se hacen los llamados “pases de visita” en donde un grupo de psiquiatras, residentes, estudiantes de pregrado y residentes observan al paciente y cuestionan su evolución durante su estancia. Algunas de estas revisiones pueden resultar invasivas, y aunque hay un seguimiento de los pacientes, a mi siempre me resultó muy limitado el tiempo para evaluar a profundidad características tan subjetivas como el hábito de los pacientes, su afecto o pensamiento. Los psiquiatras argumentan que mucho de este trabajo necesita un gran tiempo de experiencia para detectar síntomas que sin un *ojo entrenado* sería poco probable detectar.

---

<sup>37</sup> En la evaluación de la función mental, deben valorarse siete categorías: nivel de conciencia, reacciones emocionales, capacidad intelectual, contenido del pensamiento, patrones psicomotores, psicosensores y lenguajes (Meza, Soriano, Solís, y Silva, 2003:7),

<sup>38</sup> Piramidal se refiere al haz o fascículo piramidal de las fibras que corren en sentido longitudinal por la pirámide del bulbo raquídeo. Es la única conexión de fibras largas directa entre la corteza cerebral y médula espinal (Ropper y Brown, 2007:41).

<sup>39</sup> Las gnosias son una de las funciones psicológicas superiores que se refiere al reconocimiento (sensopercepción) (López y Muñoz, 1995).

<sup>40</sup> Praxias son funciones psicológica superior referente al moviendo (López y Muñoz, 1995).

Lo que sí puede corroborar es que en efecto la práctica psiquiátrica es un proceso de interpretación de tercer nivel que pasa por la cultura del sujeto diagnosticado y por la del evaluador, no es una observación botánica irrefutable, hay pues un amplio espacio para las valoraciones personales de índole moral, cultural y social.

## **2. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en la práctica psiquiátrica**

Además de la bibliografía sobre psicopatología que establece los criterios anteriores, los médicos psiquiatras se valen del método multiaxial que ofrece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés DSM (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). La utilización de este manual y su contenido ha sido cuestionada en varios puntos, por ejemplo en la comparación de las enfermedades mentales con otros padecimientos médicos negando el papel de la cultura en el proceso de diagnóstico y de construcción de las definiciones, me permito algunas reflexiones sobre este tema.

Con el fin de compartir el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, el modelo biomédico occidental se ha dado la tarea de construir sistemas diagnósticos que homogenicen el conocimiento y la práctica clínica. La justificación es generar datos estandarizados que sirvan en el trabajo científico<sup>41</sup> y permitan hacer investigación de corte epidemiológico que generen datos para estructurar a los servicios de salud.

Los antecedentes de los manuales actuales son los criterios Feighner y los Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI) (Dilling, 2004). Posteriormente la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) desarrolló el DSM, la quinta es la última edición);

---

<sup>41</sup> El principal interés de crear los sistemas diagnósticos de clasificación proviene de los psiquiatras dedicados a la investigación psicofarmacológica. Entre 1970 y 1960 las clasificaciones diagnósticas fueron criticadas por el psicoanálisis y la antipsiquiatría, quienes consideraban que no eran precisas y se preocupaban más por el síntoma que por el individuo (Dilling, 2004).

mientras que la OMS ha elaborado la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE, la décima es su última versión). También existe la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLAD) adaptación de la CIE a las características de la población de América Latina. En el INNN se utiliza principalmente el DSM IV (la versión V se publicó en 2013) que es interpretado a través del estudio sistemático y riguroso de la nosología psiquiátrica.

En el manual, los trastornos del “aparato psíquico” se manifiestan como entidades discretas que las diferencian de otras y que se derivan de dos premisas:

1. *Los trastornos psiquiátricos se caracterizan por una sintomatología, un curso, una evolución, una respuesta al tratamiento particular y en principio, por una patofisiología específica. Precisa la particularidad advirtiendo que ello significa que los trastornos son intrínsecamente estables y, por lo tanto, permiten predicciones confiables sobre el curso, evolución, respuesta al tratamiento y a la fisiopatología.*
2. *Cada entidad puede distinguirse y delimitarse respecto a constructos diagnósticos vecinos, lo cual reafirma la idea de que para cada una de ellas hay un lugar en el campo de la ciencia por derecho propio. Esto permite discriminar una epidemiología, una fisiopatología y una respuesta terapéutica. (Giraldo C, 2005: 561 y 562)*

Así la psiquiatría contemporánea describe la suma de manifestaciones conductuales, muchas veces heterogéneas representadas en los criterios diagnósticos de la psiquiatría estadounidense. Según este paradigma, las enfermedades mentales tienen una historia natural situada en el sistema nervioso central, sus estructuras neuroanatómicas y neuronales y en los procesos de transmisión que entrelazan las redes neuronales del cerebro; procesos mentales vinculados con la acción reversible o irreversible de los genes (Uribe, Vásquez, Martínez y Castro, 2006).

En los sistemas diagnósticos hay una descripción de cada síntoma y conjunto de síntomas asociados a cada trastorno mental, sus rasgos principales, expresión a través del tiempo,

complicaciones, prevalencia, posible etiología, distribución por sexo, síntomas y trastornos asociados, curso, patrón familiar y distinción con enfermedades no psiquiátricas (Uribe, Vásquez, Martínez y Castro, 2006). Las enfermedades son descritas de acuerdo a su fenomenología e independientemente de su etiología, abordaje conocido como atórico (Dilling, 2004:139).

Para el DSM IV el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo: dolor), a una discapacidad (por ejemplo: deterioro de una o más áreas del funcionamiento) o a riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento (por ejemplo: la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea la causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo: político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

En el DSM IV se advierte *que su contenido es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. En el DSM IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo diagnóstico sean heterogéneos, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico* (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Específicamente el DSM IV plantea como método de diagnóstico un sistema mutiaxial que implica una evaluación de varios ejes para recabar información y poder plantear un tratamiento y predecir resultados del mismo. Los ejes son: I. Trastornos Clínicos otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, II. Trastornos de la personalidad

Retraso mental, III. Enfermedades Médicas, IV. problemas psicosociales y ambientales y V. Evaluación de la Actividad Global.

El uso del manual sugiere que los diagnósticos deberán ser realizados a través de códigos en los que se pueda expresar tipos y subtipos del trastorno en revisión. Igualmente sugiere que el diagnóstico se realice por las manifestaciones actuales del sujeto especificando la gravedad y curso evolutivo de: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior, para lo cual se considera la intensidad de los signos y síntomas y la afectación en la vida social y laboral por los mismos (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Es posible que se den diagnósticos provisionales, en tanto se tenga la presunción que se cumplirán los criterios para un trastorno, pero no se cuenta con información para formular un diagnóstico firme. También es probable la utilización de categorías no específicas ya sea porque se presentan casos clínicos que no se encuentren en la nomenclatura diagnóstica del manual, porque los síntomas no cumplen con los criterios (duración, intensidad, etcétera) casos en que se considera que el trastorno tiene una presentación atípica o mixta, la etiología es incierta o no se puede recoger los datos (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Otra advertencia del manual es que para la aplicación válida de los criterios diagnósticos se requiere juicio clínico que debe ser construido con formación médica rigurosa que enriquezca los conocimientos de la psicopatología (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Específicamente el DSM IV cuenta con un apartado de “Consideraciones éticas y culturales” que se justifica para la aplicación del manual en ámbitos culturales distintos al estadounidense; la idea es que los clínicos puedan distinguir psicopatologías de variaciones normales del comportamiento. El tipo de información que maneja el manual tal como lo define son:

- 1) Una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los

- trastornos, incluidas en el DSM IV;
- 2) Una descripción de los síntomas relacionados con la cultura no incluidos en el DSM IV;
  - 3) Directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el contexto cultural del individuo.

Las directrices que señala el inciso tres se compone de una revisión sistemática de: Identidad cultural del individuo, explicaciones culturales de la enfermedad individual, factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de actividad, elementos culturales de la relación entre individuo y clínico (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Hasta aquí la descripción de ejercicio diagnóstico de los médicos psiquiatras. Pero qué limitaciones se tiene en la práctica de la psiquiatría moderna, por qué hice énfasis en que el campo de las enfermedades mentales y en particular el TB, asemejan arenas movedizas. Me parece importante que si bien he señalado que la psicopatología es la lengua y el lenguaje de la psiquiatría, es también un sistema técnico de captura de la conducta enferma, de tal suerte que además de ser una institución conceptual es una institución social. Como todo lenguaje es construido por los seres humanos en un momento histórico específico, y conlleva premisas, prejuicios, ideología y emociones (Berrios, 2007 -b- ) De tal suerte que los sistemas diagnósticos actuales deben ser leídos bajo esta premisa, enfatizando que aunque la psicopatología como otras áreas de la medicina occidental tiene como meta la capturar de la realidad y que esa tarea sea válida, duradera y estable, (lo que Berrios denomina función mimética), hay posibilidad de distorsiones dentro de tal proceso.

Las críticas a los manuales diagnósticos provienen de diversas áreas (sociología, antropología, psiquiatría, filosofía, entre otras) y versan sobre sus fundamentos epistemológicos, metodología, composición y aplicación.

Se habla del sacrificio que produce el DSM en la definición de los síntomas, y aunque los criterios diagnósticos y sus glosarios de términos psicopatológicos, han sido útiles en la

clasificación de enfermos para ensayos clínicos, para muchos interesados en el tema, representan un retroceso grave y progresivo en la investigación clínica y en la investigación psicopatológica descriptiva-fenomenológica.

Es curioso que la psiquiatría biológica<sup>42</sup> basada en evidencia no exija el mismo nivel de evidencia del aparato conceptual que los que demanda en los aspectos empíricos. Como lo plantea Germán Berrios (2007 –b-) toda la investigación biológica depende de la calidad de la captura de los síntomas mentales y parece ser que ha ocurrido una falta de emparejamiento entre las necesidades de poder de resolución de las nuevas técnicas de investigación y lo que la psicopatología le puede ofrecer.

Rachel Cooper (2004) hace un interesante recuento de algunos de las temas que ponen en duda la validez del DSM en sus distintas versiones, se detiene en cuatro temas: el término de trastorno mental, la conceptualización de los trastornos mentales como entidades naturales “natural kinds”, el planteamiento de los prejuicios teóricos (Theory-Laden) que pueden tener los clínicos en la elaboración y la aplicación del conocimiento científico y finalmente las presiones sociales y económicas que enmarcan la inclusión de las categorías dentro de los sistemas diagnósticos. El argumento se orienta a cuestionar cómo pueden ser entendidos los trastornos mentales como entidades naturales cuando hay de por medio todos los factores ya mencionados.

El DSM presupone que la investigación empírica<sup>43</sup> puede decir como deberían ser clasificados los desordenes mentales. Estiman que los datos empíricos científicamente recolectados permiten construir sistemas de clasificación que reflejan similitudes y

---

<sup>42</sup> La descripción del la psiquiatría biológica se encuentra en la introducción de la tesis.

<sup>43</sup> Los miembros APA, revisores del DSM, consideran que los estudios que examinan las condiciones bioquímicas que correlacionan con los trastornos mentales, estudios sobre como distintos trastornos responden a tratamientos particulares y datos sobre la manera en que ciertos trastornos afectan a personas de cierta edad o sexo, son suficientes para crear y diagnosticar las enfermedades mentales.

diferencias naturales entre los casos de enfermedad mental. Estas similitudes son vistas tanto en las observaciones objetivas como teóricas dentro de la psiquiatría, así cuando se hacen estudios clínicos sobre alguna enfermedad mental se piensa que los individuos que participan en ellos de alguna manera son similares (Cooper, 2004).

De esta manera la psiquiatría biológica ve a los trastornos mentales como entidades naturales en inglés “natural kinds”. Este es un término usado en la filosofía para hacer referencia a cosas u objetos estudiados por las ciencias naturales. Son ejemplo de las entidades naturales: el sodio, las pulgas, los electrones, las proteínas, los genes, entre otros (Cooper, 2004).

Sostener que todos los síntomas de los trastornos mentales son entidades objetivas identificables y medidas de manera irrefutable por cualquier observador, tal y como se hace en las ciencias naturales ante los “natural kinds”; implica negar la construcción del devenir histórico de la psicopatología, y el hecho que algunos de los síntomas mentales son observables solo a través de un trabajo hermenéutico sobre el discurso y la conducta del paciente.

Respecto a la neutralidad utilizada en la construcción de los manuales diagnósticos la crítica principal es que no hay posibilidad de un conocimiento absolutamente neutro, de tal suerte que los clínicos que construyen el contenido de los manuales y los que lo aplican tienen una formación previa que influye en los paradigmas que eligen para realizar su labor. Además aquellos que utilicen los manuales estarán sesgados en la manera en que se comprenden o perciben los fenómenos, en la forma en que se trasmite el lenguaje y en la decisiones sobre qué se va analizar en un fenómeno. Así sus observaciones son parcialmente verdaderas (Cooper, 2004).

Además los sistemas clasificatorios, no sólo dentro de la psiquiatría, responden a intereses acordes al contexto histórico específico en que se presente. Se ha hecho verdadero énfasis en evidenciar las presiones de las aseguradoras, de los intereses sociales, políticos y económicos de incluir ciertos trastornos en los sistemas diagnósticos. Aunque esta

realidad es aún más palpable en sistemas de salud privados, hay evidencia de la forma en que en definitiva hay un proceso de mercantilización de la salud y medicalización de la vida cotidiana (Cooper, 2004).

Así, el ejercicio diagnóstico en el ámbito psiquiátrico es eminentemente un acto de interpretación cultural, en el examen mental del individuo el “enfermo” es objeto de escrutinio a través de una serie de escalas “objetivas” de las que el médico se vale para encuadrar la conducta, el pensamiento y el afecto del sujeto, en todo este proceso de interpretación del “otro” el médico hace también una valoración moral que escapa de la esperada objetividad científica de la práctica médica, dejando a las enfermedades mentales en un espacio de interpretación subjetiva dependiente de la cultura en que se encuentren tanto el psiquiatra como el sujeto clasificado (Cooper, 2004).

A propósito de esta pequeña reflexión sobre la práctica psiquiátrica y los retos que representa, en mi trabajo pude darme cuenta de algunas de las contradicciones que se presentan en la atención. Específicamente recuerdo una ocasión en la que un médico psiquiatra describía lo que para él representaba un dilema ético, estaba en la encrucijada de seguir atendiendo o no a uno de sus pacientes que él había diagnosticado con TB, desde su punto de vista su paciente a quien llamaremos Javier no tenía TB sino realmente tenía trastorno límite de la personalidad, a pesar que él mismo le había dado el diagnóstico de TB años antes, en el momento de su dilema ético había cambiado de opinión. El problema según el médico era que Javier era manipulador y al conocer las características del TB las utilizaba para chantajear a su familia y a él como su psiquiatra. Al final concluyó que debía continuar tratándolo porque el trastorno límite de la personalidad también era un padecimiento psiquiátrico. Unos meses después volví a coincidir con el psiquiatra y le pregunte por el caso de Javier, me comentó que lo que pasaba es que tenía TB y trastorno límite de la personalidad. Este breve relato refleja las críticas que menciona Cooper y da cuenta de por lo menos tres aristas: a) la fragilidad del conocimiento psiquiátrico, una vez en el lenguaje psiquiátrico los individuos pasan de una categoría a otra, ya que los síntomas se pueden compartir en distintos diagnósticos pareciera que no hay certeza del padecimiento, así un día se es *bipolar* y al siguiente

*border*; b) el diagnóstico como acto social cultural y moral. Como dice Germán *Berrios diagnosticar es una actividad humana rica, variada y compleja (2007-a)* donde la cultura del médico, sus prejuicios personales, emociones, sentido común se vierte sobre otro; y c) el poder en la relación médico-paciente, la actitud de Javier ante el conocimiento médico y la investidura del psiquiatra pone entredicho el concepto de “paciente” de un individuo que recibe y no cuestiona. Javier no sólo cuestiona, utiliza y cambia los papeles del médico y el paciente, el que sabe y el que busca.

### 3. Trastorno Bipolar

En esta sección describo la definición del TB de acuerdo a la psiquiatría, mi intención es señalar algunas de las imprecisiones que lo hacen un concepto muy amplio, a veces difícil de encuadrar en la conducta de las personas.

Así, el Trastorno<sup>44</sup> Bipolar también llamado Trastorno Maníaco-Depresivo es una enfermedad descrita por la psicopatología dentro de los trastornos del humor, del ánimo o del afecto<sup>45</sup>. En este tipo de trastornos mentales, las experiencias humanas adquieren mayores dimensiones, sus síntomas son exageraciones de la tristeza y el cansancio, alegría y felicidad, sensualidad y sexualidad, irritabilidad y rabia, energía y felicidad (Goodwin y Nassir, 2004, p.805).

---

<sup>44</sup> A partir del siglo XIX los alienistas fraccionaron la “conducta insana” en clases, conceptos, tipos o unidades individuales de análisis, en este contexto Griesinger los llamó trastornos elementales de la enfermedad mental (Berrios, 2008, p. 57). El término trastorno es sustituido por el de enfermedad a partir de la instauración de los sistemas clasificatorios como el DSM, pues la evaluación de fenómenos mentales se realiza a través de un diagnóstico operacional en la que se buscan síntomas, síndromes, sin tener en cuenta la etiología (Dilling, 2004).

<sup>45</sup> Aunque el DSM IV y el CIE 10 han sustituido el término afecto por “humor” o “estado de ánimo” para realzar la duración de los fenómenos, algunos autores como Beta (1972) utilizan este término cuando describen los estados depresivos y maníacos.

Como veremos en la descripción del TB, la dificultad en los trastornos del afecto estriba en dos temas. Por un lado las descripciones difusas y poco definidas en el tiempo que contienen trastornos de conducta subjetivos y objetivos que puede *evaluar una función mental unitaria o combinación de ellas* (Berrios, 2008). El ánimo, el afecto, sensaciones, pasiones y propensión, son términos con referentes culturales y orígenes históricos diferentes y que en conjunto dan contenido a la afecciones del estado de ánimo. El segundo tema es que el afecto es reconocido y analizado a través de imágenes mediadoras, la principal fuente de información es la descripción de los pacientes de las experiencias, luego el clínico debe traducirla a las descripciones existentes. Difícil tarea si consideramos que los pacientes pueden sufrir fenómenos que trastocan la manera en que perciben la realidad, y por tanto, son incapaces de comportarse como “observadores racionales”. Además en la mayoría de los casos los fenómenos que experimentan los pacientes son nuevos, lo que implica que es probable que no cuenten con elementos suficientes para su descripción. Como veremos más adelante este será uno de los principales temas en la discusión sobre la cultura y los trastornos mentales.

Actualmente los psiquiatras utilizan como parámetros para evaluar el afecto: duración, intensidad, calidad, relevancia, intencionalidad (objeto), afabilidad, variación diurna, interferencia con la competencia psicosocial, control conductual, etcétera. Ante la dificultad de las descripciones de los pacientes, para determinar la psicopatología afectiva, los clínicos también se valen de *factores como experiencias del pasado, síntomas recurrentes, personalidad y conducta no verbal.*(Berrios, 2008, p. 361)

Para distinguir entre la definición de sentimiento, emoción, pasión, ánimo, afecto, y sensibilidad, la psicopatología evalúa la duración, la motivación, su relación con los objetos internos y externos, la intensidad, etcétera. Por ejemplo, la emoción y pasión son caracterizadas por poseer características motivacionales y cambios corporales, además que la primera es menos intensa que la segunda (Berrios, 2008). De acuerdo con Kaplan humor se define como la emoción persistente y mantenida que colorea la percepción del mundo que el sujeto tiene, en tanto el afecto es la respuesta emocional del paciente en un momento dado; es lo que el examinador infiere de la expresión facial del paciente,

incluyendo la cantidad y el rango de la expresividad. El afecto puede o no ser congruente con el humor. Se describe como dentro del rango de la normalidad, constreñido, embotado o plano (1996, p.287).

Se parte de que todos los individuos tienen un tono afectivo que se compone por oscilaciones entre los placeres y displaceres, la patología se presenta cuando hay un desequilibrio cuantitativo y cualitativo en el tono afectivo. Cuando hay un equilibrio entre estas condiciones del afecto se le denomina eutimia, la exaltación hipertimia; la disminución hipotimia y cuando el tono afectivo se encuentra anulado se le denomina atimia . (Beta, 1976).

Los estados hipertímicos pueden variar desde la euforia y excitación a la tristeza y depresión. Los primeros ubicados en los de tipo placentero se componen por euforia simple, moría, hipomanía y manía. La hipomanía es un estado de alegría incontenible con sensaciones de plenitud y perfección que generan sentimientos de optimismo, capacidad, insuficiencia y triunfo. La manía es el grado más intenso de exaltación, además de la hipomanía puede presentarse alegría patológica, debilitamiento de las inhibiciones, gran excitación psicomotriz<sup>46</sup>, fugas de ideas<sup>47</sup>, pudiendo girar hacia la cólera o el furor (Beta, 1976).

En la hipertimia displacentera (se observa en la depresión) los individuos sufren una tristeza de la que no pueden salir, no hay motivo aparente, ni causas que la originen(Beta, 1976).

---

<sup>46</sup> La excitación psicomotriz o síndrome de excitación psicomotriz incluye los estados que presentan doble excitación: psíquica y motriz. Hay una gran exaltación afectiva con descontrol psíquico, por disminución de las inhibiciones normales (Beta, 1976, p. 450).

<sup>47</sup> De acuerdo con el DSM IV la fuga de ideas es un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, p. 917).

Hay una modalidad mixta de la hipertimia que contiene elementos pertenecientes a las descripciones anteriores. Puede manifestarse con melancolía agitada (al cuadro de melancolía simple se acompaña de ansiedad), melancolía con fuga de ideas (junto a la depresión psicomotriz y ánimo triste hay pensamiento acelerado que puede llegar a la fuga de ideas), furor maniaco (excitación psicomotriz y predominio de emociones de cólera), entre otros (Beta, 1976).

Las alteraciones cualitativas afectivas se les denomina paratimias algunos ejemplos son la tenacidad afectiva (persistencia de estados afectivos en forma prolongada o permanente), labilidad afectiva (cambios bruscos y repentinos en el tono afectivo), perplejidad (hay confusión mental y la obnubilación de la conciencia no permite al individuo percatarse de su situación y de lo que sucede alrededor), etcétera (Beta, 1976).

Tanto la melancolía<sup>48</sup> como la manía fueron descritas desde la antigüedad, aunque Herófilo señaló en el siglo I la conexión entre ambas, le atribuyen a Arateo Capadocia durante el siglo II la descripción más convincente de la relación entre ambas manifestaciones (Akiskal, 2001, p. 272) . No obstante, como ya mencionamos, el estudio del afecto, no fue retomado y desarrollado sino hasta el siglo XIX por los alienistas franceses.

Los cambios ideológicos como la disponibilidad de la psicología de las facultades, el modelo anatómico-clínico de la enfermedad y la inclusión de la experiencia subjetiva dentro de los síntomas de las enfermedades mentales, fueron las condiciones que enmarcaron el

---

<sup>48</sup> La melancolía es un trastorno descrito por Hipócrates, durante el siglo XX fue más conocida como depresión endógena. A partir de los sistemas de clasificación norteamericanos (de los que hablaremos más adelante), pierde su primacía como eje de la clasificación de depresiones y es relegada a uno de los varios subtipos de estas (Vallejo, sf, p. 31) . Hasta antes del siglo XIX la melancolía era un término que se utilizaba para describir cualquier tipo de insania en la que se presentaban delirios, además la tristeza y el afecto no constituían sus características principales. El término depresión surge a mediados del siglo XIX como una forma de insania parcial que se caracterizaba por pérdida, inhibición, disminución y deterioro.

nacimiento de la descripción del TB (Berrios, 2008). La idea de que la manía y depresión podían presentarse en un sólo individuo fue retomada por Baillanger quien la denominó locura a doble forma, Farlet locura circular (Goodwin y Nassir, 2004:807). Otros autores la describieron como locura intermitente, periódica, alternante, entre otras, culminando con la descripción de Emil Kraepelin de la “enfermedad maniaco-depresiva”. Este último describió a la enfermedad como un continuo, dando un curso<sup>49</sup> cíclico a la enfermedad, en el que la melancolía, la manía y las fluctuaciones de temperamentos afectivos eran en conjunto la manifestación del trastorno. También incluyó la descripción de diversos patrones de curso incluyendo formas continuas y ciclación rápida (ambos cursos serán descritos más adelante) (Akiskal, 2001, p. 273).

Tras la descripciones krapelianas surgieron diversas corrientes como la psicoanalítica encabezada por Freud<sup>50</sup>, su obra “Duelo y melancolía”, proponía que la melancolía debía ser vista de forma análoga a otros sentimientos depresivos normales como el duelo. Los psicoanalistas posteriores elaboraron una teoría general según la cual la depresión tiene relación con sentimientos de hostilidad hacia otra persona, generalmente los progenitores, y que estos sentimientos pueden volverse hacia uno mismo (Goodwin y Nassir, 2004, p.807).

Adolf Meyer y Eugen Bluler, tienen influencia durante el siglo XX. El primero, perteneciente a la escuela norteamericana, sostenía la relación de las patologías con la interacción entre características biológicas y psicológicas del individuo y su ambiente social. Por su parte Bluler en Europa partía de los paradigmas krapelianos y postuló la

---

<sup>49</sup> Se refiere a la evolución de la enfermedad, la manera en que se presentan los síntomas: crónicos, por tiempo determinado, etcétera.

<sup>50</sup> De acuerdo con Germán Berrios a Freud se le debe la primera “insurrección semántica” de la psiquiatría contemporánea. Explica que en el contexto histórico en el que Freud presenta sus postulados, dominaba la noción de que la locura se reducía completamente al cerebro; el abandono de los espacios semánticos de la época lo realiza al señalar que aunque un tumor cerebral puede ser causa de la locura, también hay razones para ponerse loco. Así reconoce la importancia de la semántica de la enfermedad mental (2007-b-).

relación entre la enfermedad maníaco depresiva y la esquizofrenia como un continuo, pues describía pacientes con síntomas maniaco-depresivos, pero también psicóticos. Este postulado retó la visión dicotómica de Kraepelin respecto a la enfermedad maniaco-depresiva y abrió la puerta a la descripción del trastorno esquizoafectivo<sup>51</sup> (Goodwin y Nassir, 2004, p.807).

En 1975 Karl Leonhard utiliza el término “bipolar” para describir a los pacientes que tenían manía y a los que sólo padecían depresión los denominó monopulares, además distinguió que los primeros tenía en mayor medida antecedentes familiares con manía que los segundos. Aquí comienza la distinción dicotómica entre los trastornos bipolares de la depresión unipolar, según la cual para la existencia de los primeros se requiere la presencia de manía, en tanto los segundos se reconocen porque han tenido depresión, pero no han presentado manía o hipomanía (Akiskal, 2001, p.272).

A partir de la “revolución de la psicofarmacología<sup>52</sup>”, el paradigma kraepeliano es retomado y se da el período de *restauración neokraepeliana*, en el cual son retomadas las nosografías realizadas por Kraepelin, específicamente por el manual de diagnósticos psiquiátricos norteamericano. Este paradigma justifica la presencia de la patología mental a través de evidencias empíricas, la validez del diagnóstico psiquiátrico se basa en cuatro criterios: clínica fenomenológica, genética, evolución y respuesta al tratamiento (Goodwin y Nassir, 2004, p.807).

---

<sup>51</sup> El término de psicosis esquizoafectiva fue acuñado por Jacob Kasanin, con él describió un grupo de pacientes con síntomas tanto afectivos como esquizofrénicos, con un inicio agudo en la juventud, posterior a un suceso vital estresante y con un ajuste social premórbido adecuado (Arenas y Rogelis, 2006: 149 ).

<sup>52</sup> Durante la década de los 50 del siglo pasado, se introdujo el uso de sales de litio en el tratamiento de los trastornos mentales, este abordaje farmacológico en el que también se incluye el descubrimiento de la clorpromazina y la imipramida ha sido comparado con el descubrimiento y utilización de la penicilina en la medicina general y ha traído un replanteamiento teórico, médico, ético, cultural y social ante los trastornos mentales por lo que se considera una verdadera revolución (López-Muños, Alamo y Cuenca, 2002).

Actualmente el término TB hace referencia a episodios recurrentes de depresión y manía. El DSM IV distingue dos tipos , I y II, siendo el primero más grave que el segundo.

El episodio<sup>53</sup> maníaco es un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de ánimo anormal debe durar por lo menos 1 semana (o menos si requiere hospitalización). La alteración del estado del ánimo debe ir acompañada por al menos de tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distractibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

El episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas en las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos cuatro síntomas de la lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

El episodio hipomaniaco contiene las características de uno maniaco, pero se distinguen en la duración de los síntomas y en algunas características de gravedad, es más leve (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

---

<sup>53</sup> El diagnóstico operacional que utiliza el DSM incluye criterios de gravedad y duración, tal como observamos en la descripción del TB y la distinción de manía e hipomanía que describe y se introducen términos como episodio.

El *Trastorno Bipolar I* es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maniacos. El *Trastorno bipolar II* es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores acompañado por al menos un episodio hipomaniaco (Dodds, 2003). Normalmente, el episodio aparece de forma aguda: los síntomas pueden manifestarse en cuestión de días o semanas. En cuanto a la duración de los episodios, es muy variable: a veces duran días y a veces meses (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

En el DSM III, las depresiones con hipomanía eran llamadas “trastorno bipolar no especificado” la inclusión de la categoría de TB II es el resultado de la oposición de la categoría dicotómica planteada por Kraepelin, pues según la experiencia clínica el trastorno bipolar “puro” con manía y depresión bipolar representa los extremos del espectro, entre cada extremo se presentan fenómenos que no cumplen los requisitos temporales o de gravedad (Akiskal, 2001). Lo que sugiere que existe un amplio espectro bipolar que abarca desde la psicosis grave hasta las depresiones cíclicas pasando por los desequilibrios temperamentales.

Así, entre la manía y la depresión se han descrito dos síntomas que amplían o dan origen al espectro bipolar. La distimia se refiere a síntomas depresivos mayores clínicamente significativos que están presentes durante dos años o más, pero que no alcanzan el umbral con respecto a la gravedad y/o número de síntomas para el trastorno depresivo mayor. Por otro lado la ciclotimia es una afección, que como en la distimia, los síntomas depresivos están presentes, pero no alcanzan el umbral para el diagnóstico de episodio depresivo mayor y está presente la hipomanía. La ciclotimia y la distimia pueden representar una predisposición para trastornos del ánimo mayores. Dentro del DSM IV se utilizan los términos “trastorno bipolar no especificado”, “trastorno ciclotímico” para formas bipolares menos claras que la descripción del bipolar II. Además se habla del “trastorno del estado de ánimo no especificado” para aquellos en los que los síntomas afectivos no cumplen los criterios para alguno de los trastornos del ánimo específicos y en los que es difícil elegir entre trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (Akiskal, 2001). Finalmente, dentro de los trastornos bipolares el DSM IV

distingue los trastornos del ánimo inducidos por sustancias, en los que se considera que el estado de enfermedad responde a efectos fisiológicos directos de una sustancia. La siguiente tabla describe las diferencias entre las clasificaciones del TB que hemos descrito:

**Tabla 1. Espectros bipolares y depresión unipolar**

<b>Subtipo</b>	<b>Descripción</b>
Bipolar I	Al menos un episodio maníaco
Bipolar II	Depresiones recurrentes, hipomanía y/o trastornos con forma atenuadas de trastorno ciclotímico
Bipolar III	Depresiones recurrentes sin hipomanía espontánea, pero a menudo con temperamento hipertímico y/o historia familiar de bipolaridad (pseudounipolar)
Depresiones unipolares	Sin evidencia de hipomanía, trastorno ciclotímico, trastorno hipertímico, o historia familiar de bipolaridad

**Fuente:** Akiskal, 2001: 274

#### **4. Datos epidemiológicos del Trastorno Bipolar**

La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que 25% de la población mundial sufre, en algún momento de su vida, algún trastorno mental y conductual. La pérdida de años de Vida Saludable (AVISA) por este tipo de trastornos es de 9%. En el **Informe sobre la salud en el mundo 2001** se calcula que 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas, entre las que se encuentra el trastorno bipolar (Organización Mundial de la salud, 2001).

Las tasas medias de recaída están posiblemente entre un 60% y un 90%. Cuanto más larga es la historia previa de episodios y mayor el número de episodios previos, hay más riesgo de recaída. Sin embargo, el riesgo mayor de recaída se produce poco después de salir de un episodio (Sanz y Vazquez, 1995).

La *American Nacional Depressive and Manic Depressive Association*, ha descrito que aproximadamente 50% de los pacientes con trastorno bipolar no buscan ayuda hasta 5 años después del inicio de los síntomas y en 48% no se realiza un diagnóstico correcto hasta que se llega a un tercer profesional; en el 34% de los casos transcurren más de 10 años entre el momento de la consulta y el del diagnóstico (Pini, Queiroz, Pagnin, 2005). La OMS señala que en el mundo la brecha terapéutica<sup>54</sup> en los pacientes con trastorno bipolar es de 50.2% y en México es de 74.1%.

La detección, tratamiento y/o canalización de los trastornos mentales a servicios especializados en salud mental, alcanza a penas el 5% en México (Berenzon y Juárez, 2005: 20). Antes de llegar a estos servicios los pacientes atraviesan un camino largo y no necesariamente una vez que son atendidos por psiquiatras o psicólogos detienen su itinerario. La carrera de los pacientes por los diversos servicios de salud no es lineal y puede haber utilización de diversos modelos de atención de manera simultánea.

Es difícil estimar la incidencia del trastorno bipolar porque generalmente ésta enfermedad, se hace evidente después de un período de algunos años. Como se ha descrito, los trastornos bipolares puede iniciar con síntomas maniacos, depresivos o mixtos. Sin embargo, la manía es claramente la características más relevante en el Trastorno Bipolar, por lo que no es de sorprender que los pacientes que inician con un episodio depresivo generalmente no reciban el diagnóstico de TB. Estos pacientes generalmente son diagnosticados con una depresión mayor hasta que presenta su primer episodio maniaco, que puede aparecer un año después.

---

<sup>54</sup> La brecha terapéutica es la diferencia entre los pacientes que son aquejados por un padecimiento psiquiátrico y son atendidos y aquellos que no reciben tratamiento alguno. (Kohn, Levav, Almeida, Caldas de, Benjamín, Caraveo-Anduaga, Saxena, y Saraceno, 2005).

Debido a que el diagnóstico debe ser longitudinal<sup>55</sup> las estadísticas sobre incidencia del TB deben basarse en datos retrospectivos. En EUA se han realizado análisis con tales características, los resultados que la prevalencia del TB a lo largo de la vida es de 1.3%. En un estudio epidemiológico trasnacional 38,00 personas en 10 países han presentado un rango de .3%-1.5% a lo largo de su vida un TB. En un estudio más reciente reporta que 127,00 adultos cerca de 3.7% presenta desordenes del espectro bipolar (Rush, 2003, 4). En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México se encontró que la prevalencia del trastorno bipolar tipo I a lo largo de la vida es, en México, de  $1.3 \pm 0.2\%$ , en el último año de  $0.9 \pm 0.1\%$  y en el último mes de  $0.4 \pm 0.1\%$  (Chavez-León, 2004:35).

Los datos de prevalencia de TB en hombres y mujeres son similares. Sin embargo, existe distinciones importantes entre ambos en: la edad de presentación, síntomas y en la respuesta a los tratamientos o los efectos adversos. Algunos datos sugieren que las mujeres son más hospitalizadas que los varones durante los episodios maniacos y que con más frecuencia presentan ciclados rápidos. Igualmente se ha encontrado que en las mujeres predominan los episodios depresivos. Igualmente la Hipomanía o TB II es más común en mujeres. Las mujeres están sobrerrepresentadas en los casos de episodios mixtos, y los hombres en los de manía. Además las Mujeres reportan más intentos suicidas que los varones (Diflorio & Jones, 2010). En México en cuanto al sexo, la prevalencia es un poco mayor entre los hombres ( $1.6 \pm 0.3$ ) que entre las mujeres ( $1.1 \pm 0.2$ ) a lo largo de la vida, similar en el último año ( $0.9 \pm 0.2\%$  vs.  $0.8 \pm 0.2\%$  respectivamente) e igual en el último mes ( $0.4 \pm 0.1\%$ ) (Chavez-León, 2004:35).

---

<sup>55</sup> El término implica la realización de al menos dos series de observaciones a lo largo de un período de seguimiento en una investigación (Rodríguez y Llorca, 2004). La aplicación en el estudio y definición de los trastornos mentales se refiere a que un episodio no puede definir la naturaleza psicopatológica del fenómeno, es necesario un seguimiento a través del tiempo para encuadrar las manifestaciones en una nosología psiquiátrica. Von Monakoe en 1928 es quien introduce el concepto de tiempo en la definición de síntoma mental, de acuerdo a esta idea los síntomas aparecen por partes en el tiempo por lo que es necesario mapearlos en un plano longitudinal (Berrios, 2007-b-).

Aunque el TB puede presentarse en cualquier edad se ha encontrado que en muchos casos aparece durante la adolescencia, específicamente entre los 15 a 19 años. Sin embargo es posible que el TB se manifieste por primera vez en la edad adulta. Yassa (1988) reporta primer episodio de manía en 9.3% de pacientes con más de 60 años. En nuestro país la edad en que aparece el TB I oscila entre los 20 y los 47 años, y 21.36 años en promedio.

Aunque las características clínicas entre pacientes con edades distintas no varían, la etiología si, generalmente en los adultos en edad avanzada que inician con TB no es común encontrar que en la historia familiar se haya presentado la enfermedad. Aunque hay investigaciones que reportan diferencias en la influencia genética del TB entre hombres y mujeres en edad adulta, sugiriendo que las mujeres generalmente no cuentan con antecedentes y los varones sí (Rush, 2003, 4).

La prevalencia del TB no presenta diferencia por origen étnico, no obstante el TB puede estar infradiagnosticado en afroamericanos e hispanos, quienes además tienen mayor riesgo que la población caucásica de ser diagnosticados con esquizofrenia, particularmente si son jóvenes y experimentan alucinaciones durante sus episodios (Rush, 2003).

Estudios en familias han confirmado que la presencia de TB es más alta entre casos índice<sup>56</sup> que entre familiares de individuos que no tienen enfermedades mentales. Sin embargo, no necesariamente hay una asociación genética con la etiología del padecimiento.

En algunas situaciones existen ciertas condiciones o intervenciones que pueden desencadenar el TB, por ejemplo en las mujeres el período de posparto es de alto riesgo para generar depresión u otros cambios del ánimo incluidos la manía. Igualmente la función tiroidea ha demostrado relación con el TB, por ejemplo se ha encontrado al

---

<sup>56</sup> Caso índice es el individuo afectado por medio del cual se incorpora su familia al estudio (Wyszynsky, 1998: 27 ).

hipotiroidismo como factor de riesgo con el ciclado rápido. El Trastorno Ciclotímico se ha considerado como un precursor del TB I y II, así que también es considerado un factor de riesgo.

Aunque no es de especial interés en la biomedicina relacionar las condiciones socioeconómicas con las enfermedades mentales, algunos estudios sobre el nivel socioeconómico de los individuos con TB y otras enfermedades mentales han encontrado relaciones con el TB y la clase social. Varios estudios sugieren que un alto porcentaje de personas con TB y/o sus familias cuentan con condiciones sociales altas. Sin embargo ECA (US National Epidemiological Catchment Area) encontró que la población con TB tiene bajo índice educativo y bajos ingresos. Los estresores sociales (muerte de algún familiar, falta de trabajo, etcétera) han sido relacionados con efectos negativos en el curso del TB (Rush, 2003).

Por otro lado algunas investigaciones han relacionado eventos estresantes con el incremento de manera significativa de la recurrencia en los episodios y en la prolongación en el tiempo de recuperación de los mismos. Los pacientes con eventos negativos en su vida tardan tres veces más en recuperarse que aquellos que no los tuvieron. Igualmente la falta de apoyo social incrementa el tiempo de recuperación y la sintomatología depresiva (Rush, 2003).

El TB se asocia a un alto índice de comorbilidad y mortalidad. Se estima que aproximadamente 19% de los pacientes diagnosticados con TB tienen riesgo de muerte por suicidio. Igualmente se han reconocido afectaciones en el ámbito laboral y en las relaciones personales (Leinonen y Kampman, 2010). Los padecimientos psiquiátricos que pueden aparecer junto con el TB son: desorden obsesivo compulsivo, desorden de pánico, bulimia nerviosa, desorden de control de impulsos y algunos pacientes también presentan desorden de la personalidad (Rush, 2003).

Respecto a los gastos que representa el vivir con TB se han evaluado de distintas formas, estudios sugieren que mensualmente un paciente puede gastar entre \$570 a \$333 dólares

por mes en medicamentos, sin considerar que esta cantidad puede aumentarse por hospitalizaciones o la comorbilidad que tenga el paciente (Gardner, Kleinman, Brook, Rajagopalan, Brizee y Smeeding 2006). En México no contamos con estudios sobre los costos que el trastorno bipolar puede generar, sin embargo, por los testimonios de las personas que participaron en la investigación, los pacientes gastan aproximadamente, entre 1,000 a 6,000 pesos mensuales entre médicos y fármacos que deben consultar y consumir, respectivamente, situación que es muy difícil sostener para muchos de ellos porque la mayoría no tienen trabajo estable.

Respecto al consumo de sustancias, se sabe que 60% del paciente con TB I y 50% TB II tienen historia de abuso de sustancias. El abuso de alcohol es el más común y se ha señalado que los pacientes alcohólicos presentan el doble de intentos suicidas de los que no consumen alcohol (Rush, 2003). Los hombres con TB presentan mucho más comorbilidad con uso de alcohol o sustancias que las mujeres, sin embargo las mujeres diagnosticadas con TB hay más prevalencia de uso de alcohol y sustancias que las mujeres de la población general (Ranga, 2010).

## **5. Características sociodemográficas de los participantes**

En este apartado me interesa destacar los datos de carácter epidemiológico que hay sobre las personas etiquetadas con TB en nuestro país, describo algunas características de las condiciones sociodemográficas que inciden en las experiencias de los participantes en este estudio.

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos psiquiátricos de la CIE (Manual de Clasificación de las Enfermedades) en su vida. Los más frecuentes son 14.3% ansiedad, 9.2% abuso de sustancias y 9.1% trastornos afectivos. De la población con trastornos afectivos 1.3% corresponde a Trastorno Bipolar<sup>57</sup> I y Trastorno Bipolar II,

---

<sup>57</sup> En el capítulo 2 se describe a que se refiere bipolar I y II.

2%. La mediana en la edad de inicio en depresión mayor es de 24 años, manía 20 años e hipomanía 19 años. El uso de servicios en el caso de manía es: 12.7% acude a un especialista, 1.6% acude a un médico general, otros (incluye consejero espiritual, yerbero, curandero quiropráctico, sacerdote, pastor o curandero) 0%. Depresión mayor es: 11.9% acude a un especialista, 7.7% acude a un médico general y otros 3 %. En el caso de depresión mayor hay una tasa de 2.5 mujeres por cada varón, en el caso de episodios maniacos son 1.21 varones por cada mujer (Médina-Mora, 2003:3,8 y 9).

Así, con el fin de delimitar y caracterizar al tipo de personas que han sido atendidas en el INNN bajo el concepto TB presento el siguiente análisis estadístico de los pacientes hospitalizados del 2005 al 2009.

La edad promedio de los pacientes es de 26 a 35 años el siguiente rango por frecuencia es de 36 a 45 años. Hay muchas más mujeres que varones 60.8% frente a 39.2% respectivamente. El TB más frecuente es el tipo I 91.4%, tipo II 2.9%, no especificado 5.3% y .5 % tipo III.

La mayoría de las personas que fueron hospitalizadas por algunos síntomas relacionados con el TB eran solteros; respecto a la diferencia entre hombres y mujeres en el estado civil: 29.3% mujeres eran casadas, en contraste con 9.3% de los varones casados. La escolaridad de las mujeres es principalmente licenciatura 26.0%, le sigue carrera técnica 15.8% y primaria incompleta con 11.9%. Los varones igual que las mujeres, están más representados en escolaridad nivel licenciatura 39.8%, preparatoria incompleta 17.6%, lo que sugiere que su nivel académico es ligeramente mayor que el de las mujeres. No obstante, en general, el nivel de licenciatura es el más representativo, los menos son los analfabetas.

El trabajo de campo de la investigación se realizó de 2009 a 2013, entrevisté a médicos, personas etiquetadas con TB y algunos de sus familiares, a 20 personas que han recibido el diagnóstico de Trastorno Bipolar, 8 mujeres y 12 hombres con una edad promedio de 39.9 años, la mayoría de las mujeres y varones estaban solteros 37.5% y 58.3% respectivamente, 3 mujeres y 3 varones eran casados, sólo 1 mujer era divorciada y 2

hombres estaban divorciados. Respecto al nivel educativo las mujeres alcanzan el más alto: 25% contaban con un posgrado. Ambos se encuentran más representados a nivel licenciatura 37.5% mujeres y 75% varones alcanzaron el grado, el nivel más bajo es de 2 mujeres que tenían primaria, no hubo personas analfabetas. Como se puede ver en los datos anteriores, la mayoría de los entrevistados tienen entre 30 a 45 años, viven solos o en casa de familiares, son solteros teniendo relaciones de pareja de manera constante pero no fija y no tienen hijos.

Con relación a los ingresos económicos y al empleo, 8 de los participantes son desempleados y 12 cuentan con empleo, 62.5% de las mujeres son desempleadas y de los varones 37.5%. Para evaluar sus ingresos consideré si contaban con ayuda familiar para subsistir, sobre todo en los casos que no tienen trabajo. La mayoría de los participantes cuenta con más de cinco mil pesos al mes.

Reitero que las características descritas son muy importantes a la luz de algunos resultados obtenidos, como desarrollaré más adelante me parece que la mayoría de las personas que me compartieron sus experiencias cuentan con recursos suficientes para atender el padecimiento, con un nivel educativo alto y con acceso a diversos medios para atenderse, características que no son comunes en la población que atiende el INNN tal como se describe en la introducción de esta tesis. Si bien encontré a personas con verdaderos problemas para sustentar el pago de sus medicamentos o el de la atención médica, fueron el porcentaje más bajo.

Finalmente, el tiempo promedio en que las personas son diagnosticadas de TB es de 5 años, este período considera desde el momento en que acuden por primera vez a buscar atención psiquiátrica hasta que el médico determina que sus síntomas encuadran con el TB. Durante este tiempo algunos fueron etiquetados como esquizofrénicos, epilépticos, esquizoafectivos, etcétera previo al diagnóstico de TB, ruta terapéutica que definitivamente tiene un impacto en la forma en que se acercan a la psiquiatría, tal como lo veremos en los siguientes capítulos.

## 6. Conclusiones

Este capítulo, denso desde mi punto de vista, retoma elementos importantes para comprender las experiencias y prácticas de las personas que han sido diagnosticadas con TB. Como describo en los siguientes capítulos, la vida de quienes serán nombrados *bipolares* se enmarca en los términos de la psiquiatría americana, palabras como “depresión, eutimia, manía” se incorporan al lenguaje y formas de comprensión de su mundo; incluyendo la interpretación que los otros tienen sobre ellos. Por tanto, me pareció muy importante describir como se construye desde el conocimiento psiquiátrico estos rótulos sociales.

También quise, transmitir mi inquietud sobre los problemas epistemológicos que representan algunas figuras dentro de la psicopatología, específicamente comprender que son construcciones culturales, que si bien intentan reproducir la observación naturalista, no pueden hacerlo porque su objeto de estudio no lo permite, es decir no se puede comprender en el mismo nivel de observación la conducta humana que el comportamiento de los electrones, las proteínas, esto sería negar la naturaleza social y colectiva de las enfermedades mentales.

Hablar de manera análoga del TB y las arenas movedizas, reitera la dificultad de asir, por decirlo de alguna forma, el tema de la alteración del afecto, sobre todo cuando se aplica a personas con distintos contextos. Es decir, las narraciones que se verán en los siguientes capítulos dan cuenta de lo complejo que es aplicar el conocimiento psiquiátrico sobre personas y sus conductas, que aunque pudieran asemejarse a la descripción de los manuales, viven condiciones diversas en razón de la construcción social de la enfermedad.

La dificultad para identificar las conductas que la psiquiatría considera “anormal” pueden derivar en la posibilidad de error en la clasificación, ya sea porque no cuadra en una sola definición o porque puede encajar en varias enfermedades mentales, esto en parte se debe a la falta de rigor, los problemas en las descripciones en la psicopatología americana y en

parte de la práctica psiquiátrica, si bien no es el tema medular de este trabajo etnográfico si es muy importante porque este acto de clasificación es un acto de definición social.

### Capítulo 3. Itinerarios terapéuticos: el camino de la etiquetación y la búsqueda de respuestas

*[...] sabes que cabrón: no me sirve esa chingadera cabrón[...]  
sabes que papá méteme al manicomio,  
mañana méteme al manicomio,  
me estoy volviendo loco.  
persona etiquetada con trastorno bipolar*

#### 1. Introducción

Según Byron Good (2003) la enfermedad está presente en el mundo vital y es experimentada como un cambio en ese mundo. Y es que como veremos en las siguientes líneas, estudiar a las enfermedades mentales con curso crónico como el Trastorno Bipolar (TB) significa hablar de la vida de los pacientes, la enfermedad se entrelaza con la cotidianidad y la define. De acuerdo con Michael Bury (1982) la naturaleza social de los padecimientos crónicos genera la desorganización de las estructuras cotidianas y de las formas de conocimiento asociadas. Es una “interrupción biográfica” que se caracteriza por:

- a) La interrupción de los supuestos y comportamientos que se daban por sentados;
- b) El replanteamiento de la biografía del individuo y la redefinición del yo;
- c) La alteración de los recursos materiales y cognitivos.

La intención de este capítulo es realizar una lectura etnográfica del TB, del padecer y de la experiencia de la enfermedad partiendo de los distintos recursos terapéuticos, de los actores sociales y la forma en que son utilizados.

Diversos estudios se han abocado al análisis del proceso salud, enfermedad y atención a través de las carreras, rutas curativas o itinerarios terapéuticos como un medio de

acercamiento. Autores como Goffman (1993) y Kleinman (1989) han descrito que la manera de acercarse a los sistemas de salud y las conductas ante los problemas de salud están influenciadas por el contexto sociocultural.

En México se ha sugerido que los pacientes con algunos trastornos psiquiátricos, incluidos el TB, suelen tener un patrón caracterizado por la utilización múltiple de sistemas terapéuticos, incluidos: medicina tradicional, médicos generales, psicólogos, psiquiatras, y otros (Caraveo & Mas-Condes,1990).

Así, estudiar los itinerarios terapéuticos consiste en el análisis de la secuencia de recursos de atención, cuidado y autoayuda que utilizan las personas diagnosticadas con TB, los actores que han participado y las decisiones o acciones realizadas. Son una herramienta analítica que además de explicitar los hábitos terapéuticos pueden permitir identificar el funcionamiento social y la expresión cultural del individuo y el medio que les rodea. Dentro del itinerario terapéutico me interesa identificar:

- Qué mecanismos culturales y sociales construyen y dan forma a las prácticas de atención del TB;
- Dar respuesta a cómo determinadas conductas serán vistas por los pacientes como "sintomáticas" ¿a partir de cuándo ocurre esto? ¿en qué circunstancias?, ¿qué lleva a una determinada persona a "descubrirse" como enferma de trastorno bipolar?, ¿qué la lleva -a ella y a su entorno- a verse como enfermo?, ¿cómo influye el saberse clasificado con trastorno bipolar en la vida cotidiana y en el sentido de la misma? Una vez en algún sistema de atención ¿cómo utilizan los métodos terapéuticos?

Describo la manera en que las personas clasificadas con el TB identifican sus experiencias y las estrategias más allá del modelo de atención biomédica propuesto por los centros de atención psiquiátrica. La manera en que las personas entienden y viven sus circunstancias clasificadas como "patológicas" retan la construcción teórica de los sistemas de diagnósticos psiquiátricos contemporáneos.

A fin de dar cuenta el extenso camino que recorren los pacientes y como éste da forma a sus experiencias y prácticas por la enfermedad mental, iré haciendo pequeñas viñetas en donde desarrollo los distintos temas que surgen a través del rastreo del significado de descubrirse, asumirse, atender y vivir con el TB. En algunos casos retomo como título los testimonios y en otros desarrollo algún tema a través de la experiencia individual de los participantes en la investigación.

## **2. Un pasado que huele y sabe a consultorio**

Es evidente que en las sociedades occidentales hay un notable aumento de la medicalización de la vida cotidiana, es decir atribuir a una condición médica cualquier conducta del individuo que no se ajusta al marco normativo y las expectativas sociales, es una respuesta primaria a una desviación social, tal como lo sugiere la teoría de la etiquetación. Por ejemplo solo basta abrir un diario, para encontrar este tipo de noticias:

Respecto al aumento de las enfermedades mentales en niños “El 10% de los menores sufre algún trastorno”, aclara el médico entrevistado “Las pataletas son normales en la infancia, especialmente entre los dos y tres años. Pero si son demasiado intensas o más frecuentes, de manera que afectan a su convivencia con la familia o el entorno, pueden ser la manifestación de un trastorno o una depresión”<sup>58</sup> (Vidales, 2012).

No sólo en lo medios de comunicación, sino en conversaciones en lo cotidiano, se pone de manifiesto como el encuentro de las variaciones biológicas con definiciones culturales y percepciones sociales dan como resultado un acto social por el que se etiqueta a través del “conocimiento científico” el día a día de los individuos. Esta tendencia a patologizar la vida cotidiana desde muy temprana edad, ya común en los medios masivos de

---

<sup>58</sup> Es fácil encontrar artículos sobre el trastorno por déficit de atención (TDH), programas sobre niños con esquizofrenia y la gente está cada vez más familiarizada con ciertos términos médicos relacionados con la supervisión de las emociones y conductas de los infantes.

comunicación, es parte de los itinerarios de los individuos que pude entrevistar. Veremos cómo han sido sometidos al escrutinio experto y lego desde la infancia; y cualquier dejo de incompatibilidad ha sido señalado como el predecesor de sus síntomas actuales. Este primer encuentro con los médicos, psicólogos, psiquiatras, profesores de escuela será la antesala para la lectura del presente.

Es en casa, en el ámbito privado, con hermanos, padres o familiares cercanos donde los individuos serán por primera vez analizados y clasificados, todavía no hay como tal un encuadre psiquiátrico, pero si un rechazo, ya sea de los familiares o de las propias personas quienes sin haber recibido diagnóstico alguno se sienten diferentes.

[...] Sí, pero yo ya me sentía fuera de lugar en la casa. Tu mente empieza a ir muy rápido. En la casa con cualquier cosa que me decían mis hermanos había enojo, decía mi mente va más rápido y no me entienden, me desesperaba y ya con cuestiones de agresividad, ya empezaban a ver algo (B, H, EP, 101112)<sup>59</sup>

La familia excluye al individuo resaltando sus diferencias y él se identifica como *el otro* dentro del núcleo familiar.

Te vas sintiendo que no sirves, que no les gustas a los demás, que no les gusta tu actitud, que no te entienden, que quisieran un molde, que quisieran otras personas hacer de ti como ellos quieren, y tú no quieres, o sea, que no te aceptan como eres [...](S,M,EP, 290310)

---

<sup>59</sup> Cada entrevista tiene un código de identificación en el que se escribe: inicial del seudónimo del participante, sexo, tipo de entrevistas EP (entrevista a profundidad) y FB (material de facebook) y la fecha en se obtuvo.

En esta primera etapa la locura es identificada en conductas no deseadas, lo patológico es no seguir el orden.

[...] Sí, sí, sí, sí, sí, de la casa fui la más rebelde, orinaba todas las noches la cama, hasta como a los once años. Entonces no es algo fácil ver que se burlan de ti porque orinas la cama y si quieres saber por qué orinaba la cama, es porque mi padre era alcohólico y había violencia intrafamiliar. (S,M, EP, 290310)

La búsqueda de una explicación, de un rótulo que encuadre la conducta infantil y las problemáticas propias de los espacios domésticos, acerca a los individuos con su primer encuentro con el cuerpo médico: psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas abonan a formar los primeros recuerdos y prácticas futuras.

Entonces toda mi infancia, toda mi vida: huele a un consultorio. O en hospital, pegándonos chingaderas para ver si no estábamos pendejos, desde niño: pruebas psicológicas, psicólogo infantil y luego psicoanalista infantil; y luego siempre no. Y luego en la adolescencia otra vez y luego yo solito fui porque pues esa era la religión de mi papá, él era ateo, pero era su verdad, su camino, su vida. (I,H,EP, 021112)

En esta etapa en donde los individuos todavía no han sido diagnosticados, en que son parte y dependen de la familia nuclear, se pueden esbozar cuadros más amplios: padres con manías, madres sobreprotectoras, hermanos con envidias, elementos que serán más tarde partes de la definición de enfermedad mental. Todo un retrato digno del argumento esbozado por la propuesta fenomenológica-existencial de la antipsiquiatría anglosajona que desarrollará trabajos sobre familias de pacientes con esquizofrenia bajo los postulados de la Escuela de Palo Alto sobre la comunicación. Comenzando con Bateson quien supone que en el juego social los participantes no sólo son receptores de la comunicación, sino que son objetos de la misma y su intervención, ubicada en un contexto social y

cultural determinado, influirá en el flujo y significación de la misma. Para este planteamiento la familia es un sistema abierto en donde debe prevalecer la “homeostasis”, sin embargo, cuando hay problemas en la comunicación que generan desequilibrio, los problemas se resuelven a través de la expresión de algunas patologías como la neurosis, depresión, etcétera (Lucerga, 2003); o los argumentos de Laing quien en su libro sobre cordura, locura y familia (1964) expresa algunas de sus ideas más famosas: la esquizofrenia es una etiqueta, el peculiar comportamiento que causa se debe a la familia más que al individuo que la padece.

Ahora me doy cuenta que me educó un enfermo, que su vida era que el mundo giraba en torno a él y su vida y sólo él sufría y nadie podía sufrir más que él, y él y su padecimiento de fatiga crónica, y él y su psicoanálisis y a huevo meternos a nosotros a psicoanálisis desde niños con psiquiatra, con otro, en estudios y con electroencefalogramas [...] (I, H, EP, 021112)

Y aunque también entrevisté a participantes que no tenían problemas familiares, en muchos casos se repitió historias de maltrato y abandono como precuela al malestar y la forma de relacionarse con otras personas con las que actualmente conviven.

Mi papá [...] le lleva muchos años a mi mamá (20 años), él tuvo muchas mujeres y por lo mismo muchos hijos, pero los tenía y los dejaba, con mi mamá contrae matrimonio[...]mi papá era un hombre muy dado a la bebida, era muy borracho[...]En una etapa mi hermano me pega mucho y mi mamá nunca le decía nada, pero también mi mamá me pega mucho [...] Y finalmente a mí a veces no me dolían los golpes y tenía etapas como que no me dolía, y decía mi mamá que yo parecía mula [...] Y de verdad que no me dolían, y es que desde niña estaba mal ¿no? y a veces que me pegaba me daba risa, pero yo no sabía porque. Y a veces mi mamá

me pegaba tan fuerte que se me ponía morado o me hacía un chipote o algo así, pero me daba risa [...] (S,M,EP, 051012)

La escuela es uno de los principales espacios de distinción, etiquetación y segregación de los pacientes, adjetivos como “distráido, travieso, inatento, grosero” acompañan el paso escolar desde temprana edad, a veces con la anuencia de la familia nuclear.

[...] Yo no sé si era problemática o qué, porque para empezar yo siempre hablaba bien rápido y es que como que las cosas se me pegaban rápido, era la que causaba problemas en la escuela [...] En esa temporada la maestra de tercero de primaria me corrió y le dijo a mi mamá que tenía que ponerme a hacer ejercicio. Le dijo a mi papá “que como yo estaba muy mal, que no me veía futuro, a lo mejor no iba a hacer nada de mi vida, entonces que me buscara algo que hacer” (S, M, EP, 051012).

Al hacer el recuento de su pasado los individuos no sólo narran como fueron etiquetados, también en algunos casos, es un repaso por los mitos sobre la locura enclavada en las historias familiares. A veces con enfermedades mentales diagnosticadas y otras con suposiciones que ayudan a entender su presente.

Algunos de los hijos de mi papá vivían con nosotros y mi mamá los trataba bien, a la mamá de esos niños la metieron a la Castañeda<sup>60</sup> y yo pensaba que ese era un cuento, hasta me reía, pero cuando me dieron el diagnóstico pensé que en realidad ella era mi verdadera mamá y que la que decía que era no lo era, y por eso me pegaba [...] (S, M, EP, 051012)

---

<sup>60</sup> La Castañeda fue la Institución de atención psiquiátrica más grande de nuestro país, ubicada en la ciudad de México, fue inaugurada en 1910 y demolida en 1968.

Al definirse como paciente con TB los entrevistados hacen una relectura de su pasado a través de los lentes de este diagnóstico y encuentran rasgos de lo que califican indicios de su enfermedad mental. Es decir, una vez diagnosticados y familiarizados con el lenguaje psiquiátrico los pacientes hacen una interpretación de sus experiencias a través de estos saberes.

Con cualquier cosita me estresaba mucho, temblaba casi siempre, todo me generaba mucho estrés. Un examen simple me generaba demasiado estrés. Desde niño, como desde los 6 años (D, H, EP, 021112).

Le otorgan peso a ciertas conductas y las catalogan en el rango de la manía o depresión:

Porque no paré de llorar un mes y no quería ir a la escuela y me costaba, me sentía excesivamente triste y te digo ya a la distancia, yo lo veo como una depresión. Después de haber sido depresivo o bipolar toda mi vida y ya caigo en cuenta y digo, pues era una depresión infantil (I, H, EP, 021112).

Así, como un rompecabezas los individuos etiquetados van dando sentido a sus síntomas actuales y hablan de ideas suicidas durante la primaria, depresión en secundaria y una continua soledad en la vida cotidiana.

En esa época todavía no sabían mucho de la depresión en niños, no nada, además yo desde chiquita tenía las ideas de suicidio, una idea permanente, pensaba que era normal, no sé por qué, ni de dónde lo saqué, pero si era una idea seria (S, M, EP, 051012).

Esta lectura incluye su conducta, pensamientos y relaciones con otros. Se hace patente la incorporación del lenguaje biomédico en la vida cotidiana como modo de explicación

legítima, que además dará sentido a sus experiencias en el futuro. Queda la percepción de que hay un exceso de interpretación, como un intento de encuadrar todo a través de esta descripción, cuando seguramente habrá situaciones que escapan a esta definición. Es decir al igual que la enfermedad mental, la memoria es construida a través del diagnóstico de TB, así parece que hay una sobreinterpretación del pasado, como una necesidad de encuadrar conductas con la condición actual y deliberadamente se eligen situaciones y momentos que puedan encuadrar en la definición psiquiátrica, esto garantiza obtener sentido de la realidad y tranquilidad a los individuos, pues es algo que se ha venido manifestando durante toda su vida. Así, la enfermedad psiquiátrica se irá construyendo por las personas, que una vez etiquetadas, utilizan estos conceptos para describir las prácticas cotidianas.

### **3. Encontrando el minotauro**

Los itinerarios terapéuticos no son secuencias normalizadas, rutinarias o únicas, por el contrario son procesos no lineales marcados en absoluto por el contexto del individuo que lo vive. En este apartado describo brevemente el momento en que las personas han sido diagnosticadas con TB, como dije estas experiencias son muy diversas, no intento retratar de manera unívoca estos procesos, son sólo algunos ejemplos. Me detengo en tres experiencias y luego abordo otros temas como el significado de este encuentro entre el saber psiquiátrico y el individuo y el papel de los medicamentos.

**3.1. El psicoanálisis.** Italo<sup>61</sup> es un hombre de provincia que encontró refugio en el D. F. En el momento de la entrevista llevaba a penas 6 meses del diagnóstico. Tiene una visión muy optimista sobre el control del TB a través del tratamiento psiquiátrico. Él tiene una experiencia de muchos años con el psicoanálisis, hay un rechazo a este tipo de terapia en parte porque la identifica como una ideología de su padre que quiso imponerle a él y a su

---

<sup>61</sup> Todos los nombres utilizados son seudónimos para garantizar la confidencialidad de la información.

familia. Además censura a esta terapia por no haber recibido con anterioridad el diagnóstico por su psicoanalista:

[...] nunca me diagnosticó y quedé muy resentido porque al final me diagnosticó un psiquiatra de los que no se quitan la bata y este cabrón sabía que yo era bipolar y el güey me lo quería quitar con terapia y era tan fácil medicarme. A sabiendas que tengo historial clínico de bipolares en mi familia y que conoce todo mi mapa traumático y clínico, porque sabe que tengo dos tíos bipolares y un primo bipolar [...] a sabiendas de eso el psiquiatra nunca me diagnosticó porque él es purista del psicoanálisis, netamente freudiano (I, H, EP, 021112).

Después de años de sentirse fuera de lugar, no poder mantener relaciones estables, Italo pide ayuda a su familia, pero advierte que está dispuesto a cualquier terapia, excepto el psicoanálisis.

[...] mira cabrón, no voy a regresar con un psicoanalista, es lo último que voy a hacer en mi vida, haz lo que quieras llévame a bailar a Chalma, méteme a un hospital, yo no voy a regresar a psicoanálisis porque no me sirve, es una pendejada [...] (I, H, EP, 021112)

Una vez recibido el diagnóstico de TB de un psiquiatra encuentra en él algo en que depositar frustraciones, es el enemigo a vencer. Hasta el momento de la entrevista veía muchas ventajas de haber sido diagnosticado con TB.

[...] “ah cabrón” la neta me sentí mejor al saber contra que tenía que luchar, es como encontrar al minotauro, nunca encuentras al puto minotauro y estás tirando chingazos al aire para estar bien y no puedes y cuando me diagnosticaron por fin sabía contra que iba

luchar. Y ya a partir de ahí todo empezó a mejorar [...] me da tristeza no haberlo descubierto antes, me hubieran sabido mejor mis logros, que no me sabían, no los veía, los rechazaba. (I, H, EP, 021112)

**3. 2. El autodiagnóstico:** en busca de un padecer. Damián es un hombre de más de treinta años que vive en el D. F. y que ha buscado encontrar un nombre a su malestar desde hace mucho tiempo, el narra que pasó de la incredulidad, el rechazo, a la aceptación y reconocimiento como paciente con TB. Dice haberse acercado de fondo a la antipsiquiatría, al uso de células madre, entre otras terapias. Insiste en descalificar a la psicología como una vía para la atención del TB. Es un buen ejemplo de cómo los itinerarios terapéuticos son rutas en el que el uso de los sistemas de atención son variados y pueden ser simultáneos.

La dianética se me hace más razonable que la psicología o el psicoanálisis, se me hace mucho más completa. Con el psicoanálisis ahí sí acabe mal, desde la primaria [...] Después de eso yo ya estaba desesperado, de plano no me levantaba y empezó lo del fraude de las células madre [...]. Fuimos porque había mucha promesa, me dijo que la tiroides influye mucho en la parte de TB [...]. Pero la verdad yo ya estaba tan desesperado que dije “lo que sea”(D, H, EP, 201010)

Y aunque asevera que él no se diagnosticó, su investigación previa le dio legitimidad a los médicos que hasta ese momento no lo habían convencido.

Yo me alejé de los doctores, empecé a buscar en internet, empecé a atar cabos de que sí cuadraba con todo[...]. Yo no me estaba autodiagnosticando pero sí decía “me suena demasiado”(D, H, EP, 201010)

Damián tenía la necesidad de encontrar algo que le explicara sus experiencias de vida, además del TB encontró otros padecimientos (biomédicos) que también le “sonaban” como posibles.

[...] Di con los diagnósticos de posible fibromialgia, porque de repente tenía dolores muy raros y ninguno cuadraba, todos se quedaban incompletos o a medias; había buscado que me hiciera una resonancia de la carótida [...] entonces en ese inter tratas de atar cabos y empecé a ver que podía provocar falta de oxígeno al cerebro, podía generar fatiga crónica, pero también tenía miedo porque también a la larga puede provocar que se te reviente o te cree un aneurisma, no sé qué, pero fue con el que más tiempo estuve “por favor que me hagan estudios, ¿no?” [...] (D, H, EP, 201010)

Para Damián el tener un diagnóstico no sólo ha puesto nombre a su malestar ha significado encontrar una identidad, la enfermedad le da sentido a su condición y a su vida. Además le genera tranquilidad al ubicarse en la normalidad de su padecer, sus emociones ahora se justifican y tener temporalidad en sus crisis le permite saber que tendrá un fin cercano.

Tener el diagnóstico ha tenido un significado multifactorial, primero tener una tranquilidad muy fuerte, porque ya sé que no importa qué pase, sé que es debido a esto, no se va acabar el mundo, no me estoy muriendo, no tengo que entrar en una ansiedad generalizada y a controlar un ataque de pánico. Segundo ya sé cuando es un enojo normal, ya tengo la capacidad de discernir entre algo y saber estás exagerando o no estás

exagerando o ya puedo saber si ya hay como una parte de tristeza que dices ¡ah bueno, estás teniendo algún tipo de duelo!, algo pasó que te tiene triste, que tan normal es y que tan anormal es. [...] ya sé que en días malos, sé que no van a durar todo el tiempo, entonces sí me siento realmente de la fregada, si me empiezan a entrar pensamientos negativos, si me empiezan a pasar cosas espantosas realmente lo sobrevivo diciendo “pasará, mañana, pero pasará”(D, H, EP,201010)

**3. 4. Estrés, distimia<sup>62</sup>: el psicólogo.** Amanda es una mujer muy preparada, cuando la contacté estaba muy dispuesta, pero expresaba mucha angustia<sup>63</sup>. Ella piensa que empezó con el TB desde el tercer año de primaria, dice haber sentido “depresión” en períodos en que quería dormir todo el tiempo y manía cuando era “demasiado traviesa”. Además del TB la han diagnosticado con déficit de atención, padecimiento que ha decidido no tratar<sup>64</sup>. Creció en un ambiente que la tachó de mal educada, traviesa y loca, una maestra sugirió a su padre la sacara de la escuela por su mala conducta. Sufrió violencia de su madre quien fallece cuando ella tenía 8 años.

Retomo la experiencia de Amanda porque da cuenta de lo que ella llama “psicología”, opción de terapia que explica el sufrimiento del sujeto a través de figuras como: estrés, cansancio, tensión, entre otros. Veremos cómo estos términos

---

<sup>62</sup> La distimia es un termino psiquiátrico. Describe un trastorno depresivo de naturaleza crónica pero de menor severidad que la depresión mayor, cuyos síntomas depresivos son más o menos continuos durante por lo menos dos años (Lima & Moncrieff, 2008:1)

<sup>63</sup> No había terminado de explicarle el motivo de mi llamada y ya había aceptado la entrevista, hablaba muy rápido y sin que yo lo preguntara me dijo todo lo que sentía en ese momento, me explicó sobre sus crisis recientes, su diagnóstico, su habla era muy acelerada, se escuchaba preocupada y alterada.

<sup>64</sup> Comenta que ya son demasiados fármacos los que debe tomar por el TB como para agregar otros por el TDH.

se vuelven una especie de sacos en donde cabe todo: el tedio del trajín laboral, las presiones de los estudios, el fastidio de la vida citadina, el cansancio, la excitación, problemas de pareja, etcétera. De tal suerte que los términos como estrés, depresión entre otros van diluyéndose en lo cotidiano, perdiendo fuerza ya no son acontecimientos sino condiciones de vida.

Amanda acudió al servicio de psicología de las escuelas desde la secundaria hasta la universidad, en la secundaria tuvo que abandonar un año la escuela porque se sentía muy mal anímicamente, decía no querer hacer nada y se sentaba por horas en el patio de su casa. Con el paso de los años describe que comienza con “crisis”, como les llama ella, cada vez más constantes, en donde no puede hacer nada, está muy cansada.

Cuando yo solicito la ayuda me dicen que es cansancio, bueno tampoco existía esta parte de “estás estresada o algo así” me decía “necesitas dormir porque está muy pesado y es fin de semestre, necesitas descansar más, pero no pasa nada, todos hemos pasado por ahí” (S, M, EP, 051212)

Amanda acude al servicio de psicología de su universidad y sin más investigación de los malestares que describe en el momento, el psicólogo de turno decide que su tratamiento consistiría en controlar el ritmo de trabajo y realizar estrategias de respiración. No había ninguna sorpresa en los síntomas descritos, era una estudiante más, víctima de la presión universitaria.

[...] Ahí me di cuenta que me estaba causando muchos problemas, se empezaron a acortar mis períodos de depresión a cada tres semestres. Y había tratamiento psicológico y empecé a ir, pero me dijeron que era estrés, ahí sí me dijeron que era estrés, que necesitaba descansar más y me empezaron a dar terapias de respiración, pero no me servían para nada (S, M, EP, 051212)

Las estrategias que le da la psicología a Amanda incluyen cambiar de ambiente de manera permanente, parece que la visión de quienes la atendieron sugiere una relación de la enfermedad mental al ajeteo ciudadano. Al viejo estilo de la Escuela de Chicago<sup>65</sup> que plantea el estudio del enfermo mental en su entorno social, otorgándole importancia a los factores ambientales que precipitan la aparición de los trastornos mentales, Amanda es conminada a dejar la ciudad.

Empezaba a ver las cosas como si yo no estuviera ahí, como si estuviera en otro campo, como si estuviera soñando. Como que de repente temblaba mucho y por eso me dieron la terapia de respiración. Y como no funcionaba me dijeron que tenía que salir de la ciudad, irme a vivir a otro lado. Entonces me dijeron una serie de cosas que no checaban con lo que estaba ocurriendo conmigo (S, M, EP, 051212)

La atención que solicita Amanda incluye otro tipo de terapias y su malestar va adquiriendo distintos nombres de estrés, se pasa a distimia, depresión. En esta maraña de términos prueba de manera simultánea distintas terapias alternativas.

Casi al terminar la maestría me empiezo a sentir muy mal y voy con la psicóloga de la universidad y me dice que tengo una distimia, me dice que es una especie de depresión y me dice que sería bueno que tomara una terapia de grupo o algo más profundo. Me da un tratamiento con flores de Bach y psicoterapia y me siento muy bien y por eso ya no sigo (S, M, EP, 051212)

---

<sup>65</sup> La Escuela de Chicago será el centro del proyecto desarrollado en EEUU a partir de 1910 cuyo objeto es la construcción de una ciencia social con bases empíricas. Esta corriente utilizará como principal laboratorio la ciudad de Chicago estudiando temas como: desorganización, marginalidad, aculturación, asimilación y movilidad.

Sin mucho éxito con la psicología, Amanda encuentra en el diagnóstico psiquiátrico algo de tranquilidad, no porque solucione su malestar, sino porque al menos le da una temporalidad y una forma de acción, es decir sabe que aunque se sienta muy mal, en algún momento tendrá que acabar, al menos por un tiempo y que si toma algún fármaco es probable que disminuyan sus síntomas.

[...] Y es poco, poco, porque por ejemplo hay días que amanece muy mal y cuentas por minutos, voy poco a poco. Hay días que son muy dolorosos y que lloro y lloro, pero ahí voy me pongo a hacer ejercicio. Ya no me quedo como antes que tomaba medicamentos y el diagnóstico era incorrecto, nada más me la pasaba llorando y decía “hasta cuando”. Ahora que ya sé que es digo “bueno pues ya sé que es”, ya no me pongo a cuestionarme por qué o para qué. Antes era un infierno cuestionándome por qué o para qué (S, M, EP, 051212)

Aunque el diagnóstico psiquiátrico cubre algunos vacíos que genera la incertidumbre por no tener un nombre al malestar y en el caso de Amanda otorga certeza y algo de esperanza de que la condición se aminoré; lo cierto que el tratamiento, o el saberse con una enfermedad psiquiátrica no siempre alivia el dolor, el sufrimiento, ni reintegra a la vida cotidiana a las personas.

#### **4. Necesito que me traten: medicamentos, drogas y paliativos**

La necesidad de encontrar un diagnóstico sirve para justificar el comportamiento de los pacientes, sus malestares, sus limitaciones, pero sobre todo para recibir un tratamiento. Este tratamiento será dado en su mayoría por médicos psiquiatras, pero gestionado por los pacientes, quienes acceden al conocimiento biomédico a través de Internet, principalmente, e intervienen en su uso. Así los pacientes tienen, además de un itinerario diagnóstico, uno de medicamentos controlados, no controlados, de uso de algunos estimulantes y una historia de internamientos.

**4.1. No cabrón, ya no puedo.** Parece que en la mayoría de los participantes hay un momento en que hay una ruptura, un límite que ya no están dispuestos a soportar, puede que sea antes de ser diagnosticados o ya que lo han sido. En este momento quieren atención, al parecer no importa de que sistema médico, en tanto alguien los atienda, lo cierto es que muchos buscan ser internados. Aunque estos espacios de internamiento no son cómodos les dan sensación de tranquilidad y de control mínimo.

[...] sabes que cabrón no me sirve esa chingadera cabrón, es mentira, llévame con un doctor, sabes que papá méteme al manicomio, mañana méteme al manicomio, me estoy volviendo loco, neta me estoy volviendo loco, mañana güey, es más ahorita güey vámonos al manicomio: “no güey espérate”, “no cabrón ya no puedo” (I, H,EP, 021112)

De todo esto no tuve ni idea, solo supe que al día siguiente me levante realmente mal y les dije a mis papás me urge que me lleven al Fray, no me importa donde me internen, sé que la San Rafael es muy cara, pero aunque sea en el Fray, en el que quieran, pero necesito que me internen, estoy a punto de explotar. Me dijeron que no, que no tenían porque internarme, rompí el bombo de una batería que tengo de una patada, les dije que me urgía, que ya no aguantaba estar así que por favor me ayudaran (D, H, EP, 201010)

Este punto es muy interesante, nos habla de una forma de ver a los espacios de internamiento psiquiátrico como un lugar de calma, donde aunque hay confinamiento, existe un mínimo de control de los pacientes sobre si mismos, pues no necesitan estar en convivencia regular y pueden expresar su malestar, sus síntomas, sin la extenuante necesidad de controlarse<sup>66</sup>. No estamos frente a los espacios manicomiales que sometían

---

<sup>66</sup> Es probable que esta percepción sobre los hospitales psiquiátricos no sea generalizada, siguen existiendo muchos lugares que no están regulados, en donde los individuos más que

al paciente a vidas separadas, donde el sujeto era confinado por grandes períodos de tiempo, en la mayoría de las ocasiones sin su anuencia. Son lugares que sirven de escape y no porque sean necesariamente cómodos y amigables, sino porque otorgan un respiro a los pacientes, un espacio para reponerse y reintegrarse. Aquí me detengo y amplio más esta reflexión que surge de las entrevistas, pero también de mi observación participante. Lo que yo pude notar es que al menos en el instituto, el internamiento funge como un momento de desconexión de la vida cotidiana y sus reglas, lo que no implica que en el espacio de internamiento no haya reglas e interacción con otros pacientes, médicos, enfermeras, etcétera, ya Erving Goffman (1991) en su libro “Internados” narró perfectamente el tipo de interacciones que pueden darse en los servicios de atención psiquiátrica; pero justo porque hay personas con condiciones similares se pueden compartir situaciones que en el exterior sería muy difícil. Por ejemplo el tema del tiempo, del que más adelante hablaré con más detalle, en el internamiento los horarios pueden modificarse y adaptarse un poco al sentir del participante, en un padecimiento como el TB donde al tener depresión pareciera que todo va lento y manía que la vida se pasa a gran velocidad, este lugar permite un respiro para ver en qué están. Otro ejemplo: algunos participantes narran que cuando tienen alguna alucinación o cuando tienen pensamientos depresivos pueden estar sin hacer nada físicamente, pero que su mente esta trabajando y fuera de estos espacios de internamiento no pueden detenerse, en cambio ahí pueden permanecer por varias horas en cama o en un sillón sin recibir cuestionamiento al respecto. Además encuentran pares o personas con otros padecimientos que ellos consideran más graves y parece que eso los reconforta. No olvidemos que también reciben medicamentos que los tienen, en ocasiones, aletargados o confusos. Un elemento importantes que creo

---

ser atendidos, son maltratados. La población que pude entrevistar tiene acceso a hospitales o centros de atención más regulados y profesionalizados, en los que no es factible que la mayoría de la población ingrese fácilmente. Y aunque en general hubo esta percepción de bienestar temporal al internamiento, también hay historias sobre el malestar que les concita la hospitalización, sobre todo porque termina con el ritmo social, es decir al alejarse de su espacio de convivencia, trabajo, se logra retomar cierto control sobre si mismos, pero se apartan de la vida social y puede ser motivo de estigmatización y segregación en todos los ámbitos.

que explica esta sensación de confort momentáneo es que el personal que los atiende esta familiarizado con algunos de sus síntomas y aunque los someten a cierto orden durante la estancia, no los cuestionan respecto a las expresiones de manía o depresión, así ellos no deben intentar contenerse. Lo que es cierto es que aunque puede brindar esta aparente calma, también llegan a ser lugares estériles en cuanto a mejorar, como dice Leopoldo María Panero: “en un psiquiátrico entras hablando de la Virgen y sales hablando de nada”.

Aquí ya saben más o menos que es lo que voy a decir, como me voy a comportar. Cuando estoy mal, ellos saben cuando estoy mal, ellos saben muy bien que es lo que deben de hacer (B,H,EP,190710)

En estos momentos de necesidad de tratamiento se busca principalmente a psiquiatras y sobre todo el uso de fármacos que contengan los síntomas y una vez “regulados” buscan otras alternativas de tratamiento no psiquiátricas.

[...] Le digo psiquiatra sí, psicoanalista no [...] al estar regulado y también tengo que confesar que el psicoanálisis ya regulado tuvo una consecuencia para bien, que también me ha hecho más dócil para conmigo y para con la gente y poder separarlo (I, H,EP, 021112)

#### **4.2. Prozac, aspirinas, alcohol: analgésicos para el dolor cotidiano**

Casi todos los participantes de la investigación comentaron que antes de usar fármacos psiquiátricos utilizaba aspirinas, alcohol o cualquier otra sustancia que les hiciera más soportable el día a día.

Tenía mucho abusos de analgésicos, los dolores de cabeza eran para mi pan de todos los días, había semanas en que el dolor de cabeza no se me quitaba y la única forma en la que se me calmaba

tantito era echarme una tableta completa de tramadol, eran 10 pastillas de paracetamol diaria y ni siquiera así (D, H, EP, 201010)

Entró en un episodio de acelere, acelere, acelere, borracho, borracho, borracho, borracho, de repente, me empecé a dar mis toques porque todos mis amigos siempre han sido marihuanos [...] cuando descubrí el alcohol, fue como una especie de “ay cabrón donde habías estado toda mi vida”, porque me quitaba la ansiedad y al final después me la reventaba ¿no? [...] fue mi antidepresivo, fue mi regulador, mal regulador la mayor parte de mi vida adulta (D, H, EP, 021112)

Cuando los participantes entran al mundo de la psiquiatría sus respuestas ante los medicamentos son ambivalentes, hay quienes los ven como algo positivo y necesario, pero también son un constante recordatorio de que requieren de un control externo para sobrevivir a su vida cotidiana.

Los medicamentos para mí son un arma de doble filo y mis salvavidas o un bote salvavidas que tiene una baja presión todo el tiempo, las dos cosas (D, H, EP, 201010)

[...] Entonces cuando me dijo que tenía Trastorno Bipolar y voy por mis cajas de medicamento, al principio yo bien fuerte, porque yo en realidad no sabía del trastorno bipolar, no sabía que tanto traía encima y ya cuando me cayó encima, me dolió mucho porque me cambió la vida. Me cambió la vida porque primero tengo que tomar medicamento en la mañana en la tarde y en la noche, los medicamentos son muy fuertes, muy fuertes (S,M, EP, 051212)

P. El gastar dinero, el que a veces te da chingadera, pensar que dependo de algo, que para estar bien tengo que tomar algo, que de por vida estoy condenado a tomar algo [...] (I, H, EP, 021112)

Pero qué les da el medicamento y que les quita a los pacientes ¿por qué prefieren su uso a pesar de los efectos adversos, costos o las limitaciones que les imponen?

Los medicamentos te dan el simple hecho de poderte levantar y de que no te tardes horas en carburar el día y que no se te hagan eternas o imposibles las cosas que tienes que hacer. Cuando no lo tengo como que estoy extraño a mí, en los tiempos, como en el sueño, estoy desfasado [...] No me dan un bienestar completo, siempre hay algún efecto secundario que estás haciendo una abolladura, ya sea la sensación de electricidad en las manos, cuando no es el parkinsonismo o la resequedad, es muy molesto, pero es mínimo en comparación con la ganancia. El no estar al 100% bien. Los medicamentos tampoco te dejan estar tan, tan bien como algún momento lo llegaste a estar, pero llega un momento que dices, a lo mejor este es mi mejor parámetro de lo que puedo estar (D, H, EP, 201010)

Los medicamentos me han dado mucha claridad mental, antes no lo había considerado, darme cuenta que la vida está hecha de química. Te dan fortaleza, te ayudan a desenvolver todas tus reacciones químicas, tu cerebritito y tus neurotransmisores como están distorsionados, pero que cada uno se componga, que aclarando las ideas, por ejemplo que la serotonina se vaya a un lado, la dopamina para allá y que vayan llegando a su nivel y tú puedas desarrollar tus habilidades porque así cuando uno está mal todo lo ves como brumoso, nada es claro y entonces no puedes trabajar y en serio que te sientes espantosa, sentarse frente a la

computadora y tú no sepas cuanto es 2 más 2 y ver todo como entre nubes, es horrible (S, M, EP, 051212)

La práctica psiquiátrica en el caso de los fármacos es una especie de alquimia en el que hay un recorrido por distintos medicamentos y dosis y los pacientes son conejillos de indias.

Entonces ya me empecé a dar cuenta yo misma de que estaba mal. Me dieron la fluoxetina, pero no me ayudaba, no me hacía efecto y me dieron el clonazepam porque no dormía [...] y con el clonazepam dormía un montón, empecé a sentir que se te duermen los labios, pero me daba mucha tristeza verme así, muy feo. Y luego ya con el clonazepam de pronto empezó a dejar de hacerme efecto, de pronto me tomaba hasta media botella y no me dormía. Y le comente al psiquiatra y me dijo que algo no estaba bien y me mando con el neuropsiquiatra y me dijo que estaba mal porque no tenía depresión, sino un estado hipomaniaco y tenía un trastorno bipolar, entonces me cambió los medicamentos, me dio el litio, el topiramato [...] pero tampoco me sirvió mucho la fluoxetina, entonces me lo cambió por la belafaxina y así me mantuvo, pero más o menos me mantuvo, pero tampoco me estaban haciendo efectos secundarios y tampoco veía que me mantuviera más o menos estable, me seguía manteniendo un poquito loca. Entonces me mando el topiramato y ahí sí me pusieron súper mal y ya con eso estoy estable y me quitaron el clonazepam (S, M, EP, 051212)

Los fármacos se venden como un método químico que convierte el TB en éxito, que trasforma al individuo y lo hace compatible con el ánimo social. Los medicamentos no controlan el ánimo, lo crean: Prozac “listo para ser feliz”. Esta percepción prevalece en algunos pacientes, pero sobretodo en sus familiares o grupos cercanos que piensan que una vez medicados tendrían que ser “normales”, ser lo que esperan, lo que desean que

sean, como si estas píldoras borrarán la identidad que se construye con la enfermedad mental y apareciera mágicamente una persona totalmente diferente.

[...]Ósea, ella (la hermana de Violeta) piensa que con la medicina voy a ser [...] a ser una mujer nueva. Ok, la medicina te ayuda, pero no te convierte en alguien, como si ella quisiera verme como si no tuviera yo nada, o sea que la medicina va a hacer milagros (risas) (V,M,EP,290310)

El consumo de los medicamentos se vuelve tan necesario que pareciera que los individuos deben ingerir una pastilla para realizar cada una de sus actividades, como si unos gramos de sales se convirtiera en el interruptor de la vida.

[...] Sí, el tener que aceptar que tienes que tomar medicamentos para dormir, para despertar, para pasar el día, ¿sí?, no es fácil [...] V, M, EP, 290310)

Una de las paradojas del consumo de los medicamentos, es que son utilizados para poder controlar las emociones y por lo tanto actuar a voluntad, sin embargo muchos participantes narran como el uso de algunos medicamentos les genera lo contrario.

Te cuesta trabajo porque vas perdiendo la voluntad, poco a poco, y así van pasando los días. (V, M, EP, 290310)

Estos breves pasajes de la ruta de terapéutica de los participantes dan cuenta de la forma en que la enfermedad mental se va entretejiendo con la vida cotidiana. El tipo de terapias, el uso de fármacos, la percepción familiar, los deseos individuales, las exigencias sociales conforman la experiencia de los pacientes. Así la enfermedad mental más que un trastorno bioquímico es un elemento que define la identidad del individuo.

Para concluir este capítulo desarrollo el itinerario de una mujer y un hombre, intento exponer paso a paso la forma en que la enfermedad se construye social y culturalmente y de qué manera interrumpe y modifica los mundos sociales de los individuos clasificados con TB. La diferencia con los fragmentos anteriores es que en este último apartado se puede dar seguimiento a la historia de cada entrevistado y observar gráficamente el uso de los recursos terapéuticos.

### **5. Elena. “Me quieren llevar a Morelia a hacerme un exorcismo”**

Elena es una mujer de 39 años que tiene dos años con el diagnóstico de TB, antes le dijeron que padecía esquizofrenia, la entrevisté en su consulta regular en el INNN. La historia de Elena comienza en la niñez cuando relata oír voces y tener alucinaciones visuales, ella recuerda que esto le sucedía desde los seis años, pero lo comenta a su familia hasta los 14 cuando acude por primera vez a un neurólogo particular. Ahí descartan un padecimiento neurológico y la refieren al psicólogo, pero sus padres se niegan a llevarla pues consideran que no tiene nada<sup>67</sup>. La demora en la búsqueda de atención médica en enfermedades psiquiátricas es un fenómeno reportado en nuestro país, Caraveo y Mas-Condes (1990) en un estudio realizado para la OMS sugiere que en México existe un retraso grande entre la aparición del primer síntoma y la búsqueda de ayuda, es decir las personas que padecen algún trastorno de esta naturaleza no acuden de manera pronta a médicos o psiquiatras, tal como lo relata Elena.

Otro recurso de Elena fue acudir al sacerdote católico, dice que su familia era muy religiosa. El sacerdote al escuchar las experiencias de Elena le sugiere que acuda al psiquiatra de la mitra, pero su padre vuelve a negarse. Elena sigue con su vida, pero ve truncados sus estudios de licenciatura, se casa y luego se divorcia. Durante este tiempo ella expresa malestar como: alucinaciones, ausencias, incapacidad para trabajar, etcétera.

---

<sup>67</sup> Durante la entrevista, Elena mencionó que siempre pensó que su padre no quiso llevarla a un psicólogo porque había sido abusada por él y pensaba que podría delatarlo.

Diez años después de su primera visita al neurólogo acude a una psiquiatra y la diagnostica con distimia, ella sigue con los mismos problemas. Durante ese período acude al Reiki y se acerca al Budismo. En 1998 una psicóloga y un psiquiatra la diagnostican como “maniaco, depresiva, autodestructiva”. Sus padres la llevan a un médico general en Huauchinango Puebla y él le dice que tiene un problema en el corazón y en la tiroides, según Elena, para solucionar su malestar, el médico le recomienda una llamada diaria con él como forma de terapia.

Después, Elena se auto diagnostica con Esquizofrenia al escuchar un programa de radio:

[...] Estaba escuchando el programa del Dr. Lammoglia: “¿Cómo detectar si un pariente o amigo tiene esquizofrenia?” conforme iba diciendo todos los síntomas, era lo que yo estaba sintiendo y se lo dije a mi papás y no me creyeron, dijeron que me estaba influenciando por el programa (L, M, EP, 150810)

A partir de entonces Elena se acercó a la Asociación de Familiares y Amigos de Personas Esquizofrénicas (AFAPE) e intentó que su familia se acercara a ella para recibir comprensión de la enfermedad que ella creía padecer:

Hasta hace 2 años logre que mis papás asistieran a la AFAPE, que vayan entendiendo que tengo, porque siempre dicen que no tengo nada, que soy una hipocondríaca. Tuve 6 intentos más de suicidios, pero ya las últimas veces ni siquiera me daba cuenta. (L, M, EP, 150810)

En el 2002, Elena recibe el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo en el INNN y es internada por varias ocasiones. En 2008 el diagnóstico cambia a Trastorno Bipolar y Borderline. Una vez que entra al lenguaje de la biomedicina la psiquiatría encuentra una patología para cada comportamiento de Elena.

Elena se siente cómoda con el diagnóstico de TB y con el tratamiento:

Desde que llegué aquí me ha ido asentando mucho la vida, me siento mucho mejor. Yo tenía 6 años con tratamiento psiquiátrico y ninguno me hacía efecto, tenía que vivir dependiente de mis papás [...] el tratamiento que me han dado me ha ayudado a reubicarme: antes vivía aislada totalmente, no podía relacionarme con nadie (L, M, EP, 150810)

No obstante, su familia no considera eficiente este tratamiento, y en parte tiene que ver con la noción de enfermedad-salud, consideran que las enfermedades deben tener un punto de inicio y fin una vez recibido un tratamiento, la cronicidad es un tema muy difícil de comprender, no conciben que tras años de diagnóstico y medicinas su hija no sólo no se alivie sino que en ocasiones empeore. Ante esto deciden optar por otra forma de terapia acorde a sus creencias religiosas:

Ahorita lo que le quiero decir al Dr. es que mis papás me acaban de decir que me quieren llevar a Morelia a hacerme un exorcismo, porque ellos no pueden dar crédito de que yo este enferma. “Yo no estoy endemoniada” estoy enferma, pero siguen sin creerlo. No pueden creer que con tantos medicamentos y tantos tratamientos yo no me cure (L, M, EP, 150810)

Así el itinerario terapéutico de Elena es:

Neurólogo--- Sacerdote----Psiquiatra----Psicólogo---Reiki y Budismo--- Médico general--  
-Psicólogo y Psiquiatra----AFAPE--- INNN----Sacerdote.

El relato de Elena no sólo establece los patrones de búsqueda de atención, sino cómo se va construyendo la enfermedad mental, de qué manera ella y su entorno establecen estrategias de enfrentamiento. Además reporta algunas de las explicaciones que los individuos etiquetados con TB, sus familiares o grupos y las instituciones, elaboran sobre el trastorno.

Identificar los síntomas de una enfermedad les ayuda a los participantes a explicarse las transformaciones en su entorno social. Más allá de un diagnóstico certero las personas buscan un sentido a su nueva situación de minusvalía o anormalidad, pues la enfermedad se ha impuesto como nuevo paradigma vital que interfiere en la caracterización subjetiva y social.

Las personas etiquetadas con TB atraviesan un largo proceso desde la aparición y detección de los síntomas y la atención de los mismos, camino que se encuentra mediado por la temporalidad y condiciones de la enfermedad, las relaciones sociales y contextos en el que se presenta. El TB es un padecimiento crónico y estigmatizado por encontrarse en el ámbito de la salud mental, en donde el ideal de los enfermos y servicios de salud es la calidad de vida y no la cura como en los trastornos de tipo infeccioso.

## **6. Carlos. “La verdad: ya no sé ni que hacer”**

Carlos tiene 56 años y cuando lo entrevisté estaba internado en el piso de psiquiatría del INNN, su principal preocupación era en dónde viviría al terminar su estancia. Tiene 20 años de recibir tratamiento por TB sin embargo, los primeros años que recibió medicamento no tenía certeza de cuál era su diagnóstico:

Yo me empiezo a deprimir y le digo a mi mamá y me empieza a dar tesitos y remedios, pero mi hermano era médico y cuando lo veo me dice: “mira yo soy tu hermano y por ética no te puedo atender, se lo que tienes y te puedo dar cosas, pero me dijo: ¿Por qué no vas a ver al Dr. Carlos Pérez, médico del hospital

americano?"; y él me empieza a tratar, pero no me dice que era Trastorno Bipolar, simplemente me empieza a tratar, a dar el medicamento y así me la paso varios años (D, H, EP, 250810)

Al igual que Elena, Carlos se autodiagnosticó con Trastorno Bipolar después de escuchar un programa de radio:

Me enteré que tenía Trastorno Bipolar cuando terminé de escuchar un programa del Dr. Lammoglia, Flor Berenguer, entrevistó a una Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar. La Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar dio su teléfono al final y ahí me latió que era por ahí, así que me volví miembro de la asociación y ahí me entero que tengo Trastorno Bipolar (D, H, EP, 250810)

Es interesante que en estas dos últimas historias coincida que los pacientes se auto diagnostiquen a través de la escucha de un programa de radio, esta situación pone en primer plano el tema de la medicalización de la vida cotidiana, de la que hablaba al principio del capítulo, de la necesidad de los participantes de legitimar su condición de vida a través de una etiqueta de la medicina moderna y de la utilización del conocimiento científico.

Por otra parte, el testimonio de Carlos da cuenta de lo que Good (2003) denomina "destrucción del mundo". Good sugiere que las enfermedades crónicas, entre ellas la esquizofrenia y el TB irrumpen en la vida cotidiana, este argumento lo verifica a través del análisis epistemológico de Alfred Schütz (2003). Sostiene que las categorías analíticas propuestas por Schütz pueden proporcionar la base para indagar cómo en el contexto de las enfermedades crónicas, el mundo cotidiano es sistemáticamente subvertido o deshecho. Coincido con tal argumento porque Carlos y los demás entrevistados han señalado como vivir con la etiqueta de TB ha modificado la manera en que entendían y se relacionaban con su entorno social. Para verificar esto retomo dos

características de la realidad que Good (2003) utiliza en su análisis de pacientes con dolor crónico y lo ejemplifico con la narrativa de Carlos.

1. Forma de socializar. Schütz (2003) sostiene que vivimos en el mismo mundo que los demás, es decir que el mundo que habitamos y experimentamos lo compartimos con los demás. No obstante, una de las características de los pacientes con TB es que no comparten ciertos códigos, específicamente sobre la expresión de sus emociones. Por ejemplo, algunos participantes señalaron sentir emociones de enojo sin razón alguna y como esta sensación seguía aumentando, sin que pudieran detenerlo. O celos incontrolables entre otros. De hecho esta falta de coincidencia es lo que generalmente será convertido en el primer síntoma de la enfermedad. En el caso de Carlos hasta antes de que tuviera la certeza de su diagnóstico actual, su vida se caracterizaba por esta falta de coincidencia en el sentido común, lo que lo llevó a la soledad:

La relación se fue deteriorando y mucho tuvo que ver con mi enfermedad y me separé [...]. Hay mucho enojo por mi comportamiento [...] Yo tenía una casa que era de mi madre y un día me cambiaron las chapas y ya no me dejaron entrar. (D, H, EP, 250810)

Sin embargo, cuando conoce a la asociación de personas diagnosticadas con TB la forma de socialización regresa, al menos en el grupo de apoyo, el sentido común es compartido nuevamente:

Adquirir la etiqueta de bipolar me beneficia porque encuentro gente que tiene lo mismo que yo, que se puede comunicar conmigo en el mismo lenguaje, que entiende lo que yo estoy viviendo, que toma lo que yo estoy tomando (D, H, EP, 250810)

2. La segunda característica es la “perspectiva temporal común”, según Good (2003) una de las particularidades de las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica es que el tiempo se desploma, ya no ordena el mundo compartido por los demás, sino el mundo de la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de Carlos los períodos de depresión lo dejaban fuera de tiempo, pues durante ese lapso lo que da sentido a su vida no lo puede realizar:

Tengo de repente un cansancio terrible, que aunque yo quiera trabajar, seguir con mi vida, no puedo (D, H, EP, 250810)

Así ante la emergencia de la enfermedad el mundo de la vida es sustituido por el de los “episodios”, “los antipsicóticos”, “los moduladores de la conducta”, “el ir y venir en los internamientos” y por lo tanto su biografía es interrumpida y adquiere nueva forma y dirección en razón de estas nuevas necesidades. Lo extraordinario se vuelve cotidiano, a diferencia de los padecimientos agudos donde la emergencia aparece de forma temporal, aquí se incorpora y se vuelve la vida, la enfermedad va ocupando el espacio del trabajo, de la pareja, de los pasatiempos, se expande y ocupa el tiempo, espacio y mente de los participantes.

Así, estos dos casos permiten comprender de qué manera los individuos valoran, definen y utilizan los servicios de salud, queda claro que en su camino de atención hay una serie de fases complejas que disgregan la forma en que se significa y atienden los procesos mórbidos. En donde intervienen distintos grupos sociales como la familia, los centros de atención médica, servicios religiosos, medios de comunicación, entre otros, todos en conjunto abonan a la construcción de la experiencia subjetiva de la irrupción de enfermedad y cambio identitario.

En un artículo sobre el curso social del sufrimiento en esquizofrenia en la cultura China Joan Kleinman (2000) critica la noción biomédica de la historia natural de los padecimientos según la cual las enfermedades siguen el proceso patológico que es preprogramado para desarrollarse de un modo determinado, y que por lo tanto, varios casos de la misma enfermedad compartirán una trayectoria parecida. En contraposición

Kleinman sugiere que el curso y la historia de la enfermedad es social. Comparto este argumento, gracias al rastreo de los itinerarios terapéuticos ha quedado patente que si bien los “síntomas biológicos” constituyen un elemento para definir el TB, el ser etiquetado como loco, enfermo mental y como se vive con esta etiqueta depende de lo que el grupo social determine sobre ella y lo que el actor social haga con esa definición, tal como lo sugiere la teoría de la etiquetación [...] *los grupos sociales crean la desviación al establecer las normas cuya infracción constituye una desviación y al aplicar esas normas a personas en particular y etiquetarlas como marginales. [...] Es desviado quien ha sido exitosamente etiquetado como tal, y el comportamiento desviado es el comportamiento que la gente etiqueta como tal* (Becker, 2009, p.29.) Por ejemplo, en el caso de Elena, el recurso del exorcismo como un medio terapéutico propuesto por la familia cuestiona la cordura de tal núcleo social y permite reflexionar cuáles actitudes son las que constituyen las enfermedades mentales y cuáles no. Es decir, que la familia considere que su hija está “endemoniada” no es cuestionado como patológico. La etiqueta del TB y de las enfermedades mentales responde a la clasificación de las conductas según su pertenencia o no al mundo de la vida cotidiana, al sentido común.

El caso de Elena da cuenta de las representaciones de la enfermedad y de la curación, tal como son experimentadas empíricamente por los interesados en sus modelos etiológicos y terapéuticos. Mientras para el modelo biomédico lo patológico está en la conducta de Elena y las creencias de su familia en tanto desestabilizadoras de un orden social basado en el positivismo racional, para el modelo explicativo de la familia la conducta de Elena es un mal moral y espiritual cuya atención se realiza a través de estrategias religiosas.

La negación por parte de la familia de Elena de la interpretación y categorización biomédica<sup>68</sup> da cuenta de un reto a la concepción contemporánea en el que se sustenta la definición de TB, abre la puerta a otro tipo de clasificaciones que escapan al positivismo moderno actual en el cual el trastorno es visto como una representación del individuo enfermo con un orden externo unívoco y es explicado acorde a leyes universales que establecen lo racional y lo irracional de manera ajena a la persona (Molledo, 2004, p.86).

---

<sup>68</sup> En este modelo la explicación de los síntomas reduce la experiencia personal y la acerca a procesos “neutros” relacionados a condiciones y reacciones bioquímicas del cerebro.

En México hay una larga tradición médica que conceptualiza la enfermedad como un fenómeno más espiritual que físico y que utiliza tratamientos herbales y rituales (paganos o cristianos) para enfrentar las representaciones de las enfermedades. Esta forma de conceptualizar ha sido desarrollada y heredada durante siglos y coexiste con otras interpretaciones como la médica. No es extraño pues que personas sobre todo añosas insistan en pensar y tratar la enfermedad (TB) de esta forma.

## 7. Conclusiones

Una de las preguntas que realice durante mi trabajo de campo fue: ¿qué es el trastorno bipolar? Palabras más, palabras menos, la mayoría respondió que era un desequilibrio químico. No me cabe duda, coincido que seguramente habrá un desequilibrio químico detrás de algunas conductas, pensamientos y emociones que escuché, pero ¿qué significa este desequilibrio en la vida social?. Sin agotar la respuesta, en este capítulo puntualizo el significado que adquiere en hombres y mujeres ser etiquetado como bipolar. A través de los itinerarios terapéuticos detallé el significado que adquiere en la vida social las conductas, pensamientos y emociones de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar. Este seguimiento minucioso esboza los caminos y actores que alimentan las prácticas y significados que circulan alrededor de la enfermedad mental.

Rastrear las formas en que las personas se acercan a los recursos terapéuticos me permitió comprender como es que desde la infancia, en el espacio doméstico, en el ámbito escolar se van forjando las nociones sobre el actor social problemático que más tarde será bautizado como enfermo mental. Esta identificación se constituye no sólo por su medio, sino por el propio actor que se asume como tal y que va reconstruyendo su trayectoria a través de su diagnóstico actual, con todo lo que implica esta relectura del pasado.

Las personas que entrevisté utilizan de forma indistinta las terapias, sin embargo, la principal es la opinión psiquiátrica, al menos para regularizarse, una vez que han podido disminuir algunos síntomas recurren a otras, sobre todo métodos de la llamada medicina alternativa. Así se pueden tomar un diazepam y un te de tila, después de la clase de yoga y de rezar un padre nuestro para calmar los nervios.

Un elemento medular es la manera en que las personas gestionan la información sobre su padecimiento, me refiero a la forma en que utilizan los conceptos de la psicología, psiquiatría, etcétera; la manera en que toman decisiones sobre los medicamentos, los internamientos médicos; me parece que estas prácticas hablan de individuos que no se sujetan a una etiqueta, sino que la gestionan, sin dejar de reconocer que son sometidos a un proceso de etiquetación social, hay a pesar de esta imposición simbólica sobre sus

cuerpos una respuesta, esto explica, en parte, la mezcla continua del uso de diversas terapias e ideas sobre el origen y proceso de la enfermedad.

Finalmente, me parece que el estudio de las trayectorias de los participantes da cuenta del abuso de los términos psiquiátricos y psicológicos para explicar situaciones vitales que no tienen que ver con la enfermedad mental, sino con la vida social. La desesperada búsqueda por encontrar sentido a sus estados de ánimo, los hace encontrar una etiqueta médica que les da tranquilidad de ser parte de algo, que explica su comportamiento y evita el examen social. En una era donde la vida cotidiana ha sido patologizada y hay una píldora adecuada para cada malestar, también hay un término médico que puede explicar cualquier desvarío. Al viejo estilo del *soma* de Aldous Huxley, la sociedad moderna no tolera la infelicidad y con los moduladores del ánimo restituye al sujeto al mundo social que le exige formas organizadas de existencia para compartir en una lógica simbólica común, aunque en lo cotidiano la píldoras se queden cortas frente al malestar y sólo permitan la subsidencia.

#### **CAP 4. No hay bipolares en recuperación: rito de institución**

“[...]ni el psiquiatra que te diagnostica  
sabe lo que se siente ser bipolar,  
nadie, nadie sabe lo que se siente y está chido [...]”  
*persona diagnosticada con trastorno bipolar*

Recuerdo que Bruno, uno de los participantes en mi investigación, en una entrevista me comento: “No hay bipolares en recuperación”, esta fue una frase que me hizo pensar mucho, ¿qué significa?, evidentemente Bruno no se refería al dato médico que señala que no hay cura para las personas que han sido diagnosticadas con TB, pensando y ubicando la frase de Bruno en nuestra conversación, recordé su queja sobre la conducta de su familia respecto a hacerlo un sospechoso permanente de estar en manía o depresión, es decir, el relato de Bruno da cuenta de cómo ser diagnosticado con TB, significa que hay un proceso social de instauración, marcaje, que transforma a los individuos. Así la enfermedad mental es entendida como un proceso en el cual se etiqueta a un individuo como enfermo mental, este individuo se reconoce en la categoría y su contexto lo legitima.

En las experiencias que escuché distingo dos dimensiones: la primera, relativamente común, es cuando un médico psiquiatra diagnóstica a una persona con TB y a través de ese acto se hace la transformación de la que hablo; y la segunda cuando son los propios actores sociales quienes buscan la información y se autodiagnostican, acto que será legitimado por un médico psiquiatra a través de la confirmación del diagnóstico.

Así, ser etiquetado como enfermo mental, ya sea por un tercero o por el propio individuo, se convierte en un ritual por el cual se constituye una identidad fincada en las

características de la categoría del TB. No es sólo una transición social, sino la imposición de una esencia social que divide y es legitimada por el colectivo.

Para detallar como se desarrolla este proceso en el grupo de personas que entrevisté retomo de la escuela culturalista la noción de enfermedad como sentido, símbolo, un texto o una narrativa de aflicción. Es decir el TB como una nebulosa de significados que dibuja un contexto local de valores, formas de vida, relaciones sociales y representaciones (Martínez, 2008, p.85).

En uno de los capítulos del libro *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos* Pierre Bourdieu desarrolla la categoría *rito de institución* para discutir la *función social de lo ritual y la significación social de la línea de demarcación, del límite que el ritual establece entre lo lícito y la transgresión* (2008, pp.100). Como lo describe Bourdieu:

“el rito de institución consiste en asignar propiedades de naturaleza social de forma que parezcan como propiedades de naturaleza natural [...] es un acto de magia social[...] es la institución de una identidad, la imposición de una esencia social [...] es notificarle a alguien lo que es e instarle a que actúe en consecuencia” (2008, pp.100-103).

El proceso por el cual Bruno y las demás personas que entrevisté se convierten en bipolares se explica, en parte, a través del *rito de institución*. Y digo en parte porque con esta noción destaco cuál es el proceso por el cual hay una identificación y apropiación de la categoría de bipolar, sin embargo, en este capítulo también destaco otras dimensiones, específicamente quiero describir ciertas características de los síntomas que hacen, en cierta medida, positivo y negativo este proceso de etiquetación. Si bien me parece que la figura del *rito de institución* es útil para describir el cambio ontológico que considero se efectúa al momento de ser diagnosticado y apropiarse de dicho conocimiento, no quiero dejar de lado que para mí las personas que entrevisté no son sujetos, sino actores sociales y como también abundaré en este capítulo, si bien reciben esta identificación social o imposición identitaria, no son pasivos frente a ella, la utilizan, son agentes de sí mismos.

Para dar cuenta de como las personas diagnosticadas con TB se convierten en “bipolares” desarrollo tres momentos en sus trayectorias: a) Antes de ser diagnosticado, b) Descubrirse con TB y c) Apropiarse del TB como forma de vida.

### **1. Antes de ser diagnosticado: “Fui una especie de medio apestado”**

¿Cómo era la vida de Bruno y los demás antes de ser bipolares?. Al parecer, aunque no había un diagnóstico de enfermedad mental, casi todos coinciden en relatar una especie de estigma no declarado, pero ejercido en su contra. Es decir, hay una constante en las narraciones que señalan falta de pertenencia a la comunidad. Que no es otra cosa que la construcción social de la enfermedad, es decir, desde mi punto de vista, esta antipatía hacia Bruno, Italo y los demás es el inicio del marcaje social que es más gráfico cuando los individuos son diagnosticados, lo que quiero decir, es que esta actitud previa corrobora la acción social sobre los cuerpos, la forma en que es el contexto quien a través de diversos medios va catalogando y encuadrando a las personas en ciertas categorías, en este caso el previo a enfermo mental, puede ser extravagante, extraño, loco.

Por lo tanto, antes del diagnóstico hay la descripción constante de sentirse “fuera de lugar”, algunos lo atribuyen al lugar (provincia), pero tanto las personas que vivieron en el Distrito Federal, como en el interior de la república, lo cuentan igual. Esta sensación se acompaña del rechazo de compañeros, familia, entre otros.

[...] siempre fui un niño muy particular, entonces mi entorno y más naciendo en un pueblo, era muy difícil ver a una persona como yo. Entonces todo mi entorno, yo era difícil para ellos, era difícil ver a alguien libre, era difícil ver a alguien que fluctuaba como yo [...] fui una especie de “medio apestado” (I, H,EP, 021112)

Este rechazo, este “fuera de lugar”, se siente también dentro del individuo, no hay con quien compartir y aunque en algunos casos se cuente con redes sociales, no cesa la soledad interna.

Siempre traía ese huequito de soledad, desde que salí de la primaria y cualquier logro que pudiera tener siempre era cuando más duro me daba la depresión o la decepción: ¿con quién lo comparto? (B, H, EP, 101112)

En el fondo me seguía sintiendo igual, tenía amigos, cosas que hacer, pero con ese gran vacío total, igual llorando todas las noches (B, H, EP, 101112)

La mayoría de los malestares que expresan los participantes fueron minimizados, su entorno más cercano los atribuyó a situaciones o condiciones comunes en las sociedades modernas, con las cuales se debe lidiar y en donde el tratamiento se limita a la escucha esporádica “me siento triste, presionado” son condiciones esperables que deben afrontarse sin mayor detenimiento.

Se sacó de onda, pero no le importaba mucho, si platicábamos pero me decía “si hombre, se te va a pasar”, si estamos bien: qué te preocupa [...] le decía “me siento presionado, me siento triste, entiéndeme” (B, H, EP, 101112)

Y aunque muchas conductas de los participantes eran cuestionadas, no había más reclamo, ni eran atribuidas a una enfermedad mental, en tanto no interrumpieran la vida productiva.

Sí, todos mis amigos me lo decían, decían: “explotas, eres irritable, mira cómo te pones”. Pero al fin y al cabo yo siempre les puse fiesta y viejas y desmadre, así que “el mira cómo te pones” podía pasar a segundo plano (I, H, EP, 021112)

[...] digo para mí el ser solvente, de cierta manera joven [...] al grado de yo tener 26 años y poder prestarles 300 mil pesos a mis papás. Entonces de cierta manera la solvencia tranquiliza a un papá, porque un papá lo que quiere es que su hijo pueda funcionar y lo que representa para un papá que un hijo pueda funcionar es que pueda ser solvente de sí mismo (I, H, EP, 021112)

Me detengo en la última parte del testimonio, en donde Italo<sup>69</sup> menciona como al funcionar económicamente no era cuestionado sobre su estado mental, reafirma que en los sistemas sociales contemporáneos el individuo es parte de la dinámica social en tanto asiste y participa en el intercambio mercantil. Al parecer la salud mental no mide la biología del cerebro como predica la neurociencia, sino la productividad del actor, quien en tanto siga en el mercado será un ser extravagante, extraño a lo sumo, pero no loco, la locura deviene con la ruina económica y otras características que desarrollo en este trabajo.

En muchos casos el paso para recibir un diagnóstico o ser asociado con algún padecimiento médico es retardado y es atribuido a una forma de ser, en tanto sean funcionales en su espacio familiar, laboral, escolar. Así el TB será aceptado con más facilidad en ciertos medios o espacios laborales que pasaran por alto algunos síntomas, ya sea porque no interfieren con el trabajo o porque algunos como el insomnio, hiperactividad, entre otros pueden ser una herramienta para realizarlo.

Entonces también como siempre fui creativo, mi locuacidad era aceptada en ciertos gremios [...] con mi relación profesional “pues este güey está loco, pero es muy bueno”, “este güey está loco, pero funciona y es creativo, y es buen fotógrafo y escribe y hace los comerciales”[...]. Entonces era de cierta manera aceptada mi manera de ser [...] (I, H, EP, 021112)

---

<sup>69</sup> Seudónimo del participante

Además de haber una construcción social del contexto sobre los participantes, previas al diagnóstico de TB, algunas de las personas con las que trabajé se reconocen asimismo como locos, no sólo eso, reconocen ciertas relaciones en este mismo matiz, así aunque hay una imposición identitaria que veremos en la siguiente sección, previo hay un reconocimiento y búsqueda en este tipo de categorías.

Los locos se juntan, siempre me enrede con viejas igual de locas que yo, con pedos, entonces entraba en dinámicas enfermizas. Las novias que tenía, las chavas que conquistaba que eran normales no querían continuar conmigo porque obvio ellas eran normales [...] (I, H, EP, 021112)

Los dos éramos problemáticos y todo el mundo sabía que éramos problemáticos y cuando nos vieron juntos dijeron “esto va arder” y ardió (D, H, EP, 021112)

## **2. Descubrirse con TB: “Yo ya estaba pidiendo que alguien sí me catalogara de bipolar”**

Aquí describo como se desenvuelve la magia social de la que habla Bourdieu, cómo recibir un diagnóstico psiquiátrico, se convierte en un acto arbitrario que transgrede los límites constituidos por el orden social y mental. (2008) Es decir, describo de qué forma el acto de dar y recibir un diagnóstico psiquiátrico a través de *explotar las diferencias preexistentes transforma realmente a la persona consagrada: en primer lugar, porque transforma la representación que otros agentes se hacen de ella y, sobre todo, el comportamiento que adoptan al respecto; y a continuación, porque transforma al mismo tiempo la representación que la persona investida se hace de sí misma y los comportamientos que cree debe conformar para esa representación* (Bourdieu, 2008, p.102).

En un intento de hacer más gráfico este proceso de marcaje y definición social, divido la experiencia en los siguientes puntos:

### 2.1. Marcando la diferencia

El rito de institución tiene como objeto marcar la diferencia, a través de reconocer como legítimo un límite arbitrario, en este caso el límite de la salud mental expresado en conductas, pensamientos, emociones, comportamientos que de acuerdo a la psiquiatría y al contexto, exceden el límite de la normalidad.

[...]los maestros eran: “oye qué te pasa”, “estas actuando muy raro”, “es extraña tu forma de estar aquí”, “ríes mucho, contestas mal” porque decían que les contestaba mal. Y hasta eso yo me considero una buena alumna (E, M , EP, 070910)

El reconocimiento de la diferencia no es sólo de los otros, lo efectivo del rito de consagración es la forma en que se instituye esta definición como propia, los que han sido definidos como enfermos mentales, asumen y se identifican a través de la distinción.

Yo siempre me sentí como que yo era de otro planeta, entonces decía son aliados, no son como yo, nadie es como yo, son mis aliados, me entiendo con muy poca gente, poca gente es como yo. Soy como un extraterrestre que de repente conoce a alguien con quien se puede llevar bien, pero yo siento una marcada diferencia con todo el mundo, a veces pensaba que era payasada mía y ahora ya diagnosticado y todo, pues sí, era una persona distinta (I, H, EP, 021112)

Hay una naturalización del diagnóstico, es decir, los individuos no reconocen el acto como una construcción social, es una esencia “biológica” la que te hace bipolar. Esta actitud es muy común en los procesos de salud, de enfermedad, la consecuencia es no

detectar el proceso de marcaje social, no reconocer como se instituye la identidad a partir de marcar la diferencia, teniendo como consecuencia, entre otras, confundir los síntomas biológicos con las acciones sociales, por ejemplo, considerar que la discriminación es parte de la enfermedad, que el estigma es consecuencia de una condición natural y no de una acción colectiva.

[...] sí hay mucho estigma de que la gente piensa que tienen la bipolaridad hasta que lo diagnostican, entonces no van al psiquiatra porque “me van hacer bipolar”, no carnal ya eres, mejor ve para que te mediquen y para que te regules; porque una amiga me decía que estaban viendo si me diagnostican “ya ves que es difícil”, entonces deje de ir, pues que mensa, porque no por ser diagnosticada no vas a dejar de ser (I, H, EP, 021112)

Esta división del orden social fundada en el diagnóstico psiquiátrico, no sólo marca el rito de paso, sino la función social de la transición de una categoría a otra y se define con relación de un colectivo oculto es decir el enfermo mental en tanto y comparado con los normales, con quienes guardan el orden, quienes mantienen la razón. Así el diagnóstico al consagrar la diferencia se convierte en un rito de institución.

#### 1. Representación de otros agentes.

Aquí me importa reconocer la respuesta del contexto de la persona diagnosticada con TB a partir de que reciben el diagnóstico, es decir, cómo cambian las percepciones de amigos, familiares y demás personas cercanas a los individuos por recibir la etiqueta de la enfermedad mental ¿cuál es su reacción?; y como esta respuesta se vincula con el rito de institución. De qué manera la respuesta social legitima esta nueva categoría sobre los actores sociales, lo que permite la transformación de ese individuo en bipolar.

Primero destaco cómo las atribuciones sociales que conforman el acto de institución, como acto solemne de categorización, tienden a producir lo que designan. Así se puede encontrar en las narraciones la forma en que el diagnóstico psiquiátrico empieza a ser

atribuido a través del contexto cercano y al ser legitimado se convierte en una esencia social (Bourdieu, p. 103)

A un amigo yo le comentaba: “es que fíjate que yo me siento como extraña, [...] es que hay veces que estoy deprimida, me siento fatal, mal y luego de repente si ando con un estado de ánimo muy padre[...] Y me dijo mi amigo: “Oye, se me hace eres bipolar” [...] me quede con la idea, pero dije: “no, eso no es cierto” y ya cuando vengo acá y me dicen, digo: “no, pues sí” sí era. (E, H, EP, 070910)

Algunos familiares reaccionan con un duelo, atónitos ante la enfermedad mental, como si ésta representara una especie de muerte social de su familiar, claro ejemplo de como la diferencia marca esta línea divisoria y ubica al etiquetado en otra categoría.

Cuando empiezan a saber del diagnóstico de Trastorno Bipolar mis papás estaban reactivos nada más, sin comunicar realmente que estaban pensando, que estaban sintiendo, como reaccionando nada más a lo que estaba pasando, como con miedo de hablar conmigo, de que no me enojara de lo que me dijeran, la única forma en que podría describirlo es como un estado de shock global en la casa, como si alguien se hubiera muerto y es rarísimo (D, H, EP, 201010)

Algunos otras personas cercanas, señalan que ya sabían que la persona padecía la enfermedad, situación que da cuenta como la participación social en la designación arbitraria sobre la esencia social, así se va constituyendo paulatinamente y con el rito de institución, a través del diagnóstico, se instituye la transformación social del individuo en esta categoría.

Se lo dije a mis papás y me dicen “ah, eso pensábamos, que a lo mejor eras bipolar” les digo, “si ya sabía de esto, pues me hubieran dicho” (B, H, EP, 101112)

## 2.2. La representación de persona investida

En este proceso de imposición y asunción identitaria, la participación del individuo que ha sido etiquetado resulta medular, pues el reconocimiento de *sí mismo* en esta categoría es, en parte, lo que permite que se convierta en un rito de institución.

El diagnóstico psiquiátrico es un acto de institución, un acto de comunicación por el cual se notifica al individuo lo que él es y lo que él tiene que ser; como lo expresa el siguiente testimonio (Bourdieu, 2008).

Con el diagnóstico ya sabes lo que tienes, ya sabes a lo que vas, ya sabes lo que tienes que hacer o lo que no tienes que hacer, ya sabes las trampas que te vas a poner, la decisión es tuya, tú decides si lo tomas o lo dejas. Todas las desventajas las conviertes en ventajas poquito a poco (A, M, EP, 051212)

Esto no significa que el proceso de reconocimiento de sí mismo en la definición de TB sea homogénea. De acuerdo a mis observaciones en el grupo que entrevisté pude observar dos reacciones, pero con un mismo desenlace, es decir, hubo algunos que se negaron rotundamente, cuestionaron la etiqueta y otros que se sintieron aliviados y descritos por el concepto de TB, sin embargo en ambos casos se termina asumiendo la identidad que se espera de acuerdo a la categoría de TB.

Respecto a quienes rechazan esta identificación, pude identificar que este tipo de respuesta se puede deber, en parte, a la representación social que asocia el trastorno con imágenes de personas ambivalentes, caprichosas, banales, temperamentales, etcétera. Por ejemplo, algunos grupos u organizaciones de grupos de autoayuda consideran que el TB

es un problema de actitud ante la vida, sugiriendo que se puede controlar con ejercicio de autorreflexión y superación personal.

Como que ese test me dio diez veces más coraje porque era de “yo estoy diciendo que no tengo nada, de que estoy loco y en ese test si lo contesto de forma honesta, le voy a dar razón al doctor” y me acuerdo que fue cuando ya no quise volver, pero si me puse a investigar de lo que era el Trastorno Bipolar. Pero me empezó a dar mucho coraje lo que empecé a encontrar en las páginas, la primera fue la de “amate”, que es una página que dice que bipolar es nada más que tienes unos neurotransmisores medio averiados, pero no debe afectar tu vida; y a mi casi me acababa de dar una embolia y todo chueco, no puedo hablar bien, me doy cuenta que toda mi vida he tenido esto, no encuentro para donde moverme, estoy con ideas suicidas, odio hacia todo, siento que se me acabó la vida y encuentro un grupo que me dice eso, quería gritar tratan de decir que está todo bien, pero de lejitos, rencor coraje. (D, H, EP, 201010)

En cambio, hay personas que encuentran esta clasificación como un “alivio”, un espacio simbólico donde se puede depositar las culpas que les genera no pertenecer, una justificación de su comportamiento, de su distancia con los otros, fundada en la biología y legitimada por la biomedicina. Damián, por ejemplo, piensa que una vez diagnosticado va a recibir mayor comprensión y apoyo:

[...] Entonces como que fue un alivio a medias, yo ya estaba pidiendo que alguien si me catalogara de bipolar, yo sé que para mucha gente cuando le dicen el diagnóstico de eres bipolar es como de lo peor porque ya te estigmatizaste, en mi caso fue al revés, a lo mejor por tantos años. Era hasta cierto punto un alivio

porque yo ya podía decir, para que medio entendiera yo decía ahorita no puedo salir, traigo muchos cortos en la cabeza, cortos circuitos, traigo mucho movimientos, muchos pensamientos acelerados (D, H, EP, 201010)

De manera independiente al curso de la experiencia de cada persona, comprender que ser diagnosticado con TB es un rito de institución explica porque los pacientes se convierten en bipolares, porque no se pueden recuperar de esta condición, se tengan síntomas o no, a partir de que se nombran como enfermos mentales siempre serán vistos como bipolares, pues ha habido un proceso social que instauro la diferencia y la legitima.

### **3. Apropiarse del TB como forma de vida. “Nunca dejas de ser bipolar”**

Una vez que ya se nombró a una persona como bipolar ¿qué sigue?, es decir ¿cómo se convierte la enfermedad en elemento principal de identificación del individuo?. Aquí describo como se da continuación a este momento de diagnóstico, cómo sigue la vida después de este acto de comunicación. Las narraciones que prosiguen relatan algunas prácticas y experiencias de la vida con TB, como: la relectura del pasado a través de marcar la diferencia, las dimensiones opuestas que generan los síntomas y la respuesta ambivalente del contexto.

En las historias que revise el TB fue incorporándose como sentido a través de una revisión del pasado por medio de los parámetros de la enfermedad, es decir fue reconocer, atribuir o explicar su historia personal por medio de la manía y la depresión expresada en momentos claves que no habían podido ser explicados de otra forma, por ellos mismos y por el entorno que los rodea.

P. Bueno sí, de mi parte muchas cosas cobraron sentido, no sé para mis familiares, a lo mejor en algún momento lo pensaron, pero más bien se dedican al presente, pero llega un momento en que sí lo relacionas o al principio que tienes el diagnóstico y sí

eventualmente son con flashback de chiquito, de mi adolescencia, te acuerdas de los fracasos[...] (B, H, EP, 101112)

Ser bipolar no es sólo asumir que el pasado se puede explicar por la presencia de síntomas mentales, consiste en reconocerse en y a partir de la diferencia, como señala Bourdieu *la persona investida se hace de sí misma y los comportamientos que cree que debe conformar*. El caso de Italo ejemplifica este proceso, pero también las contradicciones del mismo, pues él considera que identificar las diferencias lo van a acercar a la normalidad. Hay la creencia que supone que reconocer el padecimiento es un acto que lo convierte en normal, cuando como veremos es todo lo contrario, pero esto no sólo lo considera Italo, como veremos en otros capítulos las empresas farmacéuticas prometen regresar al individuo a la normalidad a través de los fármacos, como si realmente lo que alejará a los enfermos mentales de la sociedad fueran los síntomas y no el significado de los mismos en su contexto.

Me ha hecho sentir un grado de pertenencia a algo, siento que pertenezco por fin a algo, que pertenezco a ese 2% de la población mundial que tiene TB, siento que me hace aceptarme, me hace sentirme, aceptar mi diferencia. Antes no aceptaba mi diferencia y por lo mismo chocaba, ahora sé que soy distinto y que eso me hace poder fluir en la vida normal [...] (H, M, EP, 021112)

En este proceso de asumirse como enfermo mental, muchos pacientes encuentran positivo esta diferencia, sus testimonios recuerdan la visión del loco como un ser libre, fascinante, enigmático (Porter, 2002). Además se identifican con cualquier persona que sufre de alguna deficiencia médica, una empatía con sujetos subalternos.

[...] creo que diagnosticado hasta medio orgulloso me puedo llegar a sentir. Tampoco quiero exagerarlo, pero siento que eres como un X-men y también sé que estoy más apegado a cualquier

tipo de deficiencia, como una persona con Down o como una persona que le hace falta una mano [...] (I, M,EP, 021112)

Una idea recurrente en las descripciones de los participantes es que consideran que alguien que no tiene TB no puede comprender cómo es que las emociones se alteran. Así las narraciones de los pacientes dejan la sensación de que no hay descripción que alcance, que sólo los enfermos saben lo que es vivir con el trastorno.

[...] alguien que no tiene la condición no. Porque no lo vives y no quiere decir que no seas inteligente, es más un médico, estoy seguro que no lo comprende igual [...] (D,H, EP, 101112)

Como ya he dado cuenta en los capítulos anteriores el TB es un padecimiento que tiene varias dimensiones manía, depresión, hipomanía, en cada una de estas facetas el sufrimiento o el malestar de los pacientes es distinto. La mayoría de los pacientes narran que si bien el padecimiento en algunas ocasiones trastorna su vida, es un obstáculo para muchas actividades, también hay momentos o situaciones positivas que acompañan esta condición, hecho que puede ser una diferencia con otros padecimientos.

Mientras estudias del TB te das cuenta que realmente cuando estás en cualquiera de los dos estados sí tiene sus ventajas la condición, no es una condición patológica tan severa como que dijeras bueno es incapacitante únicamente [...]. Un amigo que me dijo que cuando estamos en depresión podemos ver mucho más profundo, sabemos realmente hasta donde llegan esas emociones, por lo tanto, las puedes expresar a un nivel que a lo mejor mucha gente no lo llega a sentir o cuando estamos más arriba podemos ver más lejos y más rápido de lo que la mayoría de la gente llega a ver [...] si lo sabes canalizar y logras dar con ese punto intermedio para lograr una estabilidad, llegas a tener una cierta ventaja que a muchas personas les cuesta trabajo mediarla (D, H, EP, 201010)

Hablan de agilidad mental, de una capacidad ampliada para sentir, rapidez de pensamiento, pero sobre todo describen estas habilidades como si pudieran controlarlas y utilizarlas a su conveniencia. Es muy interesante porque convierten la enfermedad en una herramienta que les da ciertas ventajas con quien no está enfermo.

Quiere decir que cuando estoy bien tengo una ventaja intelectual sobre la otra persona, entonces si te pones a pensar maquiavélicamente también es de dar miedo porque quiere decir que nos volvemos sumamente manipuladores y es algo que se tiene que mediar. Y depresión [...] podemos mostrar más empatía con otras personas porque sí hemos sentido una gran gama o toda la gama de sentimientos hacia abajo (D, H, EP, 201010)

Pero también esta la otra dimensión, de sufrimiento, de falta de control, de miedo, de soledad. El problema es el equilibrio entre estas dimensiones, sobre todo cuando la depresión, el sufrimiento acapara la mayor parte del tiempo.

[...]No puedo hacer planes, uno no puede hacer planes. Ningún plan funciona, ni proyectos, ni inversiones [...] (A, H, EP, 25010)

[...] Porque si ha sido como muy feo, fue muy feo todo esto que me ha pasado, entonces digo “¿A poco si existirá ese Dios y me castigó por las cosas que había planeado para mi vida?”, de repente lo dudó porque estaba muy bien. Yo, se puede decir, que yo esperaba una vida, tenía yo ya planeado una vida exitosa. (P, M, EP, 25010)

En esta otra dimensión la característica principal es la falta de control, llegando a ser una limitante total para cualquier tipo de interacción social, incapacitando en absoluto a los entrevistados.

Yo no lo podía creer decía “es que no puedo tener una depresión mayor, yo no lo creí hasta que yo me senté frente a la computadora y empecé a escribir y no sabía que estaba haciendo, mi cerebro ya no sabía, no sabía que estaba escribiendo, no me podía concentrar, cuando un día salí de la casa y me fui y de repente estaba en el metro auditorio, no sabía que estaba haciendo ahí, si yo no iba ir para allá. Y después me empezó a dar miedo salir a la calle y después empecé a ser muy agresiva con la gente y de pronto empecé a perder mucho la ilación de los pensamientos, de pronto estaba yo hablando de una cosa y terminaba diciendo unas cosas que no tenía nada que ver (A, M, EP, 051012)

Las limitantes que impone el TB no necesariamente se pueden prever e incluyen las acciones más elementales de la vida cotidiana, querer levantarse, comer, trabajar o concentrarse en cualquier actividad.

[..] me cambiaron la vida porque mi cerebro no funciona igual. [...] luego si me enojo que digo “pues pinches medicamentos, si no estuviera en esto, si no tuviera esto, no tenía que dormir tanto” porque ahora duermo mucho, no como antes, porque no me da hambre[...] siempre he sido antisocial, pero ahora creo que soy más, como que ahora siento que me da más, que me cuesta más [...] lo que sí es que los días que amezco mal, pues amezco mal, antes no me levanto [...].El trastorno bipolar es el infierno (A,M, EP,051012)

Estas dos dimensiones son las que dan cuerpo a la identidad y las que hacen que no sea estática sobre todo en una enfermedad como el TB, donde puede haber tantos cambios por la naturaleza de la enfermedad, por los medicamentos, por como sea percibido el TB, dependiendo del ambiente en que se encuentre, etcétera. Esto explica porque en ocasiones

los pacientes se reconocen con la enfermedad y lo ven como algo positivo y en algunas otras ocasiones lo opuesto. Y es que encontrar nombre a un malestar puede generar una sensación de control y bienestar, pero conforme evoluciona la enfermedad el significado que le otorgan los enfermos está continuamente cambiando.

Justo esta característica, de movilidad de los síntomas, por nombrarlo de alguna forma, se proyecta en la percepción y trato que los otros tienen sobre quienes han sido etiquetados con TB. El testimonio de Bruno explica esta situación, él detalla la forma ambivalente en la que es percibido y tratado, es decir, por un lado para muchos su enfermedad no amerita que él reciba un trato especial, sobre todo que haya cierta condescendencia ante su conducta; pero tampoco es tratado como una persona normal. En cambio cualquier comportamiento, tenga o no relación con los síntomas de TB, genera que su contexto lo atribuya a la enfermedad, es decir es sospechoso permanente de estar en manía o depresión.

No, no es tan fácil. Yo creo que es más fácil si tuvieras episodios continuos, si estuvieras en el hospital cada jueves y domingo [...]. Ya estás encerrado, ya te catalogamos como sea, no importa; pero ya estas en tratamiento. Pero si tienes que tomar medicamento, ir al médico y alguien te dice “ya te tomaste tus medicinas” y le dices “Sí estoy bien” “oye te noto preocupado ¿estás bien?” dices sale, pero ya cuando te dicen “Te veo mal” les digo “OK que has visto”, “ no te he visto en manía”, ¿manía? a ver dime cuál es tu concepto de manía “no pues yo he visto que te has enojado, que le has dicho a tu familiar, a tu pareja, amigo, hermano, papá, mamá, no se, tal cual cosas, ¿por qué no vas a ver al Dr.?””. “O si les dije eso es porque estaba enojado o porque tenía una diferencia, pero no es porque este en manía, manía es otra cosa”. Y se los explicas, pero es muy difícil. Mientras más tiempo pasa que estés estable, es más difícil que la gente se acuerde que estás medicado que estas

con una enfermedad con la que luchas todos los días y nadie lo vive porque todos los días es un reto[...] (B, H, EP, 101112)

Que el TB se exprese a través de las emociones, en las actividades más elementales, es un recordatorio constante de la enfermedad. De tal suerte que la enfermedad no sólo se asume, en muchos casos es impuesta y reconocida por los demás como el elemento simbólico que define al individuo.

Además si eres bipolar pues ya estás etiquetado, estigmatizado y es muy, muy difícil que alguien te lo quite, por qué, pues porque puedes llevar una vida tres años padrísima y el día que te salgas de tus casillas eres el bipolar, estés con la pareja más comprensiva o el amigo o familia, es “ya se salió de sus casillas, ya”. O estás deprimido “¡uh! otra vez”. Se les olvida que es una enfermedad y dicen “¿otra vez? y ¿ahora qué te paso? Estabas bien” (B, H, EP, 101112)

Aunque hay una dimensión social e individual que aprecia el TB como algo positivo, como una herramienta, como una habilidad, una posibilidad, lo cierto es que muchos pacientes expresaron como al asumir el TB o ser asumidos como bipolares, se convierten en individuos cuestionables, con poca credibilidad, pues al final son “locos”, sin importar que el TB sea un desequilibrio químico<sup>70</sup>, que haya una carga genética, son percibidos, tratados y etiquetados como enfermo mental, estigmatizado y devaluado .

Desde que tengo el diagnóstico y lo de vida bipolar mi interlocución, deja con los demás, conmigo mismo ha sido de bipolar, no porque me este fijando en los cambios y variantes de los síntomas, yo ya me tengo *etiquetado* de que ser bipolar es parte

---

<sup>70</sup> Casi todas las personas que entrevisté enfatizaron que el TB era un desequilibrio químico, al parecer atribuir esta condición médica a un desajuste de esa naturaleza puede, según su percepción, disminuir el estigma que reciben.

de lo que soy y ya lo tengo asimilado como algo positivo, pero en cuanto a los demás a penas lo estoy empezando a averiguar porque me estoy empezando a dar cuenta que en muchas cosas como la parte de la credibilidad todavía no logro identificar a quiénes me están dando el avión en muchas cosas y a quiénes realmente le están apostando por todavía creer. Porque yo tuve proyectos que si llegue a hacer, esa parte todavía la estoy empezando a ver, porque sí logro ver que de repente sí empiezo a contar algo muy emocionado o muy contento, con mucho entusiasmo no me puedo quitar de la cabeza esa parte de me esta creyendo o ya me está viendo de si ya me tome mis pastillas [...](D, H, EP, 201010)

Esta última parte, donde los participantes narran las distintas dimensiones del ser bipolar, confirma la fatalidad del rito de institución *todos los destinos sociales, positivos o negativos, consagración o estigma, son igualmente fatales- quiero decir mortales-, porque encierran a los afectados en los límites que se les asignan y que se les hace reconocer* (Bourdieu, 2008, p. 104).

#### 4. Conclusiones

Si entendemos que las emociones son un vínculo crítico con la interpretación cultural y son usadas en la negociación de la realidad social se explica que si estas están alteradas sean un elemento característico que distinga a los individuos. Y es que las emociones nos atraviesan, tienen repercusiones en nuestra identidad, se alimentan de las normas colectivas y se expresan según el estilo y la apropiación cultural de cada individuo. Como explica LeBreton cuando hablamos de la función de las emociones en la cultura hay que partir de que *se trata de formas organizadas de la existencia identificables dentro de un mismo grupo porque competen a una simbólica social*, (LeBreton, 2009:11) Bruno, Italo, Violeta y los demás que pude entrevistar han roto las reglas que rigen como y cuando hay que emocionarse, como respuesta a esta transgresión su contexto los nombra como enfermos mentales, específicamente como bipolares y legitima esto a través de un rito de institución representado por el diagnóstico psiquiátrico, impuesto por el colectivo y asumido por el individuo. Así, es como “ser bipolar” no es sólo una categoría, sino una esencia social y por tanto Bruno, no va dejar de ser bipolar, aunque no presente síntomas, en cambio su comportamiento, sus pensamientos, sus relaciones siempre estarán bajo la mirada del colectivo “sano”, quien constantemente recuerda y reafirma la diferencia que legitima el trato diferente que recibe.

Aquí me detengo, pues si bien el rito de institución ha sido una herramienta muy útil para describir este proceso de transformación ontológica que genera “bipolares”, creo importante decir que en mi investigación también encontré resistencias en la utilización de esta esencia social, lo que quiero decir es que no se puede entender este fenómeno social como una suerte de imposición absoluta donde los individuos son sujetos; no, en mi trabajo, me encontré a actores que son sometidos y se someten a este rito de institución, pero que juegan con este término, participan y constantemente van haciendo elástica la definición de enfermedad mental. Por tanto, los bipolares construyen sus propias circunstancias morales ritualizadas que movilizan el vocabulario, convirtiendo al TB en un símbolo de exclusión social, pero de pertenencia al grupo de enfermos mentales

con este diagnóstico (*LeBreton, 2009*). Y como veremos en los próximos capítulos utilizan las herramientas que el mundo posmoderno les ofrece, reinventando la identidad que pudieron haber tenido los pacientes con el mismo diagnóstico décadas anteriores cuando eran encerrados y alejados de la vida social. Bourdieu menciona que uno de los *privilegios de la consagración reside en el hecho que al conferir a los consagrados una esencia indiscutible, les autoriza a hacer transgresiones que de otro modo estarían prohibidas (107)*, desde mi punto los pacientes transgreden utilizando el término bipolar, otorgándole cualidades y utilizándolo como una herramienta social.

## CAPITULO 5. Sujetos Boterianos: hacia el autocontrol

*[...]Yo creo que ser bipolar es como ser normal, pero con lupa, ¿sabes cómo?: todo el mundo fluctúa, tiene pedos; nada más que nosotros fuéramos una especie de una persona normal boteriana, nada más tus emociones son más grandes[...]*

Persona etiquetada con trastorno bipolar

### 1. Introducción

Con la intención de distinguir el proceso histórico que nombra y construye a los “anormales”, Foucault describe la transición del modelo de la lepra con el de la peste que dará cuenta de la invención de las tecnologías positivas del poder, formación de un saber y multiplicación de los efectos de poder a partir de la acumulación de la observación y del saber (2006:55). Se apunta a una observación más fina, constante, insistente: *se trata del examen perpetuo de un campo de regularidad dentro del cual se va a calibrar sin descanso a cada individuo para saber si se ajusta a la regla, a la norma de salud que se ha definido* (Foucault, 2006, p.54). Esta forma de controlar al individuo a través del conocimiento constante es útil para el análisis de la experiencia de vida de los bipolares<sup>71</sup>. Veremos que en las prácticas de estos individuos, la expresión de las emociones a través del control del cuerpo está vigente, el bipolar es construido como objeto de sí mismo a través de la formación de procedimientos por los cuales es inducido a observarse, analizarse, descifrarse, reconocerse como un dominio de saber posible (Larrosa,1995: 298).

---

<sup>71</sup> Con este término me refiero a los hombres y mujeres que entrevisté, quienes, como describí en el capítulo anterior, al ser diagnosticados se convierten en bipolares.

En el campo de observación en que están insertos los bipolares, la racionalidad es un parámetro de inclusión social. Bajo este supuesto las personas que gozan de buena salud mental realizan todas sus acciones y toman sus decisiones con un acto de reflexión atravesado por la razón. Así, la vida cotidiana de algunos bipolares da cuenta de su “falta de salud mental” por el desapego a la reflexión objetiva y racional de sus actos y emociones y a la vigencia de las tecnologías positivas del poder, ya no es sólo por la observación permanente del psiquiatra o de la institución familiar, sino porque es el propio individuo quien se automonitorea, se observa, se regula, se ha convertido en su propio policía del ánimo, de la conducta.

La instauración de la etiqueta de “bipolar” es resultado de un escrutinio constante y minucioso de la conducta, el pensamiento y las emociones, en donde los individuos participan y se suman al examen de sí mismos; cómo realizan este monitoreo y quienes realizan este monitoreo, son preguntas que desarrollo en este capítulo.

## **2. El examen diario**

La práctica de medir las emociones es parte de una larga tradición que data del siglo XVIII, en ese tiempo el objeto de estudio era el temperamento cuantificado a través de la observación de la insensibilidad, frialdad, calidez, apasionamiento, ingobernabilidad de los individuos, había mediciones como el termómetro moral que daban cuenta de la regulación de la conducta individual (Martin, 2007). Parte de ser diagnosticado con TB retoma esta tradición, implica convertir una serie de emociones, actitudes y pensamientos en una escala numérica de tal suerte que los estados interiores, la psicología individual sea parte de una estandarización nacional y global, que suponga que todos los individuos experimentan las mismas emociones, pero en diferente intensidad o combinación. Esta simplificación del estado interno individual supondrá comparar el estado interno de la persona con el de otras, aunque sólo midan cualidades abstractas como grados de cordura, modernidad o racionalidad de un momento histórico determinado (Martin, 2007).

Una característica de la práctica psiquiátrica actual y del uso de la biomedicina por las personas, es que el examen de los síntomas no se limita al individuo entrenado en la observación (médico, psiquiatra, psicólogo, etcétera), es una tarea que se extiende al bipolar y al contexto social: familia, amigos, compañeros de trabajo y/o escuela, entre otros.

Además la estandarización del enfermo mental ya no sólo se consigue en el material especializado (libros de psicología o psiquiatría) está a la mano a través de otros medios, como: información brindada por farmacéuticas, personas diagnosticadas, entre otras, pero principalmente a través de la revisión del Internet<sup>72</sup>.

Siendo el TB un trastorno que se expresa a través de las emociones, los bipolares demuestran una extrema vigilancia de sus expresiones, sus movimientos corporales, toma de decisiones y constantemente se cuestiona su actuar preguntándose por su normalidad, condición que es dictada por los parámetros de los que no han sido diagnosticados con una enfermedad mental. Esta vigilancia conforma las *tecnologías del yo* por las que se irán construyendo como objetos de sí mismos, que se traduce en las prácticas *que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (Foucault, 1990, p.48)*; en este caso el fin a encontrar será la aceptación social a través de la modulación emocional y conductual.

Como que sí hay una magnificación de las emociones, pero las caídas son las que son magnificadas. Creo que estoy pensando que es un mecanismo de defensa, porque si estoy emocionadísimo para contarle algo a alguien y si me dice “ah bueno”, sé que mis

---

<sup>72</sup> Este tema se desarrollará ampliamente en el siguiente capítulo

decepciones son durísimas, es como un apagón del switch, y digo “para que le hablo a la gente si me van a apagar la emoción” [...]. Entonces ya no sé qué tanto no estuviera magnificado o que yo mismo haya creado un mecanismo de defensa. No era un autocontrol que yo me pusiera de disciplina, era un autocontrol que era hasta auto sabotaje, de “no te arriesgues” y me quedaba con una frustración del tamaño del mundo porque sí quería[...] (I, H, EP, 021112)

En el marco donde se desarrollan los bipolares se hace evidente la manipulación del cuerpo y la mente a través del binomio docilidad-utilidad por medio de una serie de mecanismos del saber médico, psiquiátrico y psicológico a través del *control de las menores partículas de la vida y del cuerpo [...] lo desarticula y lo recompone [...] no solamente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con técnicas, según la rapidez y la eficacia determinada (Foucault, 2003, p. 141)*. La experiencia de Damián al contestar una prueba que mide su conducta para ver si concuerda con el concepto de Trastorno Bipolar da cuenta como a través de escalas, mediciones, pruebas, se somete al escrutinio del pensamiento y emociones.

Empecé a investigar más sobre lo de bipolar porque cuando empecé a llenar el cuestionario de bipolar estaba viendo mi vida completa, veía lo de los gastos excesivos, pues sí había tenido gastos excesivos toda la vida y de repente me daban rachas en que me obsesionaba por una cosa y me ponía a gastar como loco (D, H, EP, 201010)

Pero qué contienen estas escalas, qué miden y cómo lo miden. En la página vidabipolar<sup>73</sup> se propone realizar un test para confirmar si es necesario acudir a un profesional si se tienen sospechas de padecer TB. Transcribo su contenido:

**¿Ha tenido en alguna ocasión, un ego excesivo o “inflado” y se ha sentido como si tuviera más poder (mental o físicamente) por cuatro días consecutivos?**

Sí “simplemente ocurrió” sin ninguna razón externa

Sí, ocurrió después de un gran logro personal

Sí, pero duro 2 días y tengo menos de 18 años

Nunca

**¿Ha tenido días en los que durmiendo menos de 8 horas se sintiera bien descansado, y que esto pasara por cuatro días consecutivos?**

Sí, y no necesité dormir en un par de días consecutivos

Sí, dormí por 3 horas o menos, en 4 días consecutivos y me sentí descansado

Sí, dormí por 6 horas o menos, en 4 días consecutivos y me sentí descansado

No dormí mucho durante la noche, pero me quedaba dormido durante el día

Dormí más de 6 horas en un total de 24 durante el día

Nunca

---

<sup>73</sup> Esta página de internet fue construida por un bipolar y será analizada en el siguiente capítulo. Contiene información biomédica sobre qué es Trastorno Bipolar: tipos, tratamiento, mitos sobre la enfermedad, etcétera. De acuerdo con la persona que regula la página, estos espacios son revisados por médicos psiquiatras, aclaración que enfatiza para validar su contenido.

**¿Ha tenido cuatro días consecutivos o más de pensamientos acelerados en los que sus pensamientos corrieran más rápido de lo normal o en los que surgieran grandes ideas sin detenerse?**

Sí. Los pensamientos durante estos días eran tan rápidos que me distraía con facilidad con cualquier cosa que estuviera haciendo.

He tenido fuga de ideas o pensamientos acelerados por 4 días o más

Tengo menos de 18 años y he tenido más de 2 días con pensamientos acelerados

He tenido uno o dos días en los que no he podido dejar de pensar acerca de un problema significativo en mi vida.

Nunca

**¿Alguna vez ha tenido 4 días o más en que se ha aumentado en forma notoria su apetito sexual?**

Sí, y he actuado sexualmente en forma arriesgada (riesgo de embarazo, reputación o de contraer alguna enfermedad).

Sí, pero no actué y me pude controlar.

Sí, y rompí mis propias reglas después me arrepentí y sentí culpabilidad

Nunca

**¿Ha experimentado períodos en que ha realizado gastos excesivos, inversiones tontas o demasiado arriesgadas, parrandas que incluían abuso de sustancias como el alcohol y/o drogas o indiscreciones sexuales?**

Sí. alguna de las declaraciones de arriba mencionadas y ha sucedido más de una vez

Sí, alguna de las declaraciones arriba mencionadas pero solo una vez

Nunca

**¿Alguna vez ha dicho la gente que usted es voluble o temperamental? ¿Qué cambia con frecuencia de estado de ánimo? o ¿Usted ha notado que cambia de estado de ánimo sin razón aparente, razones triviales o muy pequeñas?**

Sí, con frecuencia

Sí, sucede por eventos a mí alrededor o cambios hormonales

Nunca

**¿Alguna vez la gente le ha dicho que usted dice las cosas sin pensar? Las personas han sentido que usted los ha lastimando cuando usted simplemente estaba siendo “honesto”. Tiene dificultad imaginando o no puede imaginar de qué forma lo que usted dice afecta a otros**

Sí, alguna de las declaraciones es cierta

Sí, alguna de las declaraciones es cierta y soy menor de 18 años

Sí, en algunas ocasiones, y he sentido culpa después

La mayoría de las veces tengo control absoluto de lo que digo

Ninguna de las declaraciones es cierta

**Cuando era niño ¿Alguna vez tuvo algún berrinche que le haya durado más de 30 minutos?**

Sí

Sí, pero menor a 30 minutos

Nunca

**¿Le altera o se enoja cuando tiene que cambiar o modificar sus planes?**

Sí

Sólo en algunas ocasiones

Nunca

### **Forma de cuantificar**

5 a 15 puntos: De acuerdo al resultado, usted se encuentra dentro de los límites normales, con pocos elementos o ninguno en el espectro bipolar

3 a 4 puntos en alguna pregunta: es recomendable que hable con algún profesional acerca de esa conducta específica, pero son muy bajas las probabilidades de que se trate de T.A.B.

De 0 a 4 PUNTOS: no contestó las preguntas de forma precisa u honesta

Las preguntas del cuestionario son vagas, están mal formuladas, se preguntan más de un tema en cada inciso, se utiliza lenguaje con interpretaciones diversas, por ejemplo: *indiscreciones sexuales* ¿qué es una indiscreción sexual?, ¿quién, cómo y en qué contexto?. También se usa el lenguaje psiquiátrico, por ejemplo: *fuga de ideas*. Las opciones de respuesta también son vagas, algunas incluyen la edad, algunas agregan justificación a la respuesta, por ejemplo: *Sí, en algunas ocasiones, y he sentido culpa después* y otras no. No se especifica la fuente de donde se saca el test o cómo se construyó. Bajo los parámetros de este test muchas personas podrían estar en los “límites de la normalidad”.

Uno de los instrumentos que utilizan los psiquiatras para evaluar la manía es la escala de Young que debe realizarse por psiquiatras entrenados y que consiste en una entrevista de 15 a 20 minutos con las personas que se sospecha padecen trastorno bipolar o han sido nombrados como bipolares, en este examen el clínico, a través de la escucha y observación, determinará si el entrevistado está eutímico, tiene hipomanía o manía. A continuación la transcribo:

## Escala de Manía de Young<sup>74</sup>.

### **1. Euforia**

0. Ausente
1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí misma, alegre
3. Elevada e inapropiada
4. Claramente eufórica, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etcétera

### **2. Hiperactividad**

0. Ausente
1. Subjetivamente aumentada
2. Vigoroso/a, hipergestual
3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)
4. Agitación o hiperactividad constante(no puede ser calmado/a)

### **3. Impulso Sexual**

0. Normal, no aumentado
1. Posible o moderadamente aumentado
2. Claro aumento al preguntar

---

<sup>74</sup> Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Garcia-Garcia M., Reinares M., Torrent C., *et al.* (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119 (10.27), 366-71.

3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (Hacia pacientes, personal o entrevistador)

#### **4. Sueño**

0. No reducido
1. Disminución en menos de 1 hora
2. Disminución en más de 1 hora
3. Refiere disminución de la necesidad de dormir
4. Niega necesidad de dormir

#### **5. Irritabilidad**

0. Ausente
1. Subjetividad aumentada
4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado
6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante
8. Hostil, no colaboradora, entrevista imposible

#### **6. Expresión verbal**

0. No aumentada
2. Sensación de locuacidad
4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional
6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva
8. Verborrea ininterrumpible y continua

#### **7. Trastornos del curso del pensamiento**

0. Ausentes

1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento
2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia
3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas ecolalia
4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible

### **8. Trastornos del contenido del pensamiento**

0. Ausentes
2. Planes discutibles, nuevos intereses
4. Proyectos especiales, misticismo
6. Amenaza al entrevistador/a, habla a gritos, entrevista difícil
8. Delirios, alucinaciones

### **9. Agresividad**

0. Ausente, colaborador/a
2. Sarcástico, enfático, lacónico/a
4. Querulante, pone en guardia
6. Amenaza al entrevistador/a habla a gritos, entrevista difícil
8. Claramente agresivo, destructivo/a entrevista imposible

### **10. Apariencia**

0. Higiene e indumentaria apropiada
1. Ligeramente descuida
2. Mal arreglado/a maquillaje llamativo
4. Completamente desaseado, adornado/a, indumentaria bizarra

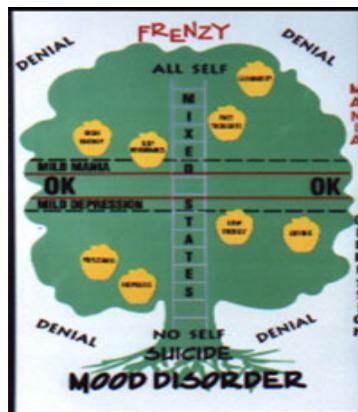
### **11. Conciencia de enfermedad**

0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a
2. Admite posible cambio de conducta, pero niega enfermedad

3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad
4. Niega cualquier cambio de conducta

Es claro que la evaluación de TB es un proceso subjetivo en el que la habilidad del clínico, su bagaje cultural, social, conocimiento de paciente, estado de ánimo del médico, entre otros aspectos influyen en la caracterización de la conducta. Ambas escalas reflejan la mirada puntillosa de la que habla Foucault *la sujeción al control de las menores partículas de la vida [...] el cálculo místico de lo íntimo, de lo ínfimo* (Foucault, 2003, p.141). Una vez hecho el diagnóstico se recomienda a los pacientes que monitoreen sus cambios en energía, pensamiento, sueño. La consigna es que deben aprender a conocerse y detectar cualquier cambio que los lleve a manía o depresión. En algunos países como Estados Unidos esta evaluación se hace por medio de controles de tablas mensuales, semanales o diarias que el paciente debe llenar para observar sus cambios, también se usan imágenes para que se pueda realizar este monitoreo, por ejemplo el “Mood Tree” es la imagen de un árbol con manzanas que contienen frases como “Begins Figths”, “Don’t care”, “Crying”, a los lados están las palabras manía o depresión y en medio OK como para expresar que el punto medio es el correcto. Es una herramienta hecha para adultos y niños en el que deben poner una etiqueta de plástico para señalar como se sienten y así monitorear su estado de ánimo.

**Newpor-Olsen, Rosalyn.** Mood Tree. (Martin, 2007, pp.184)





¿Cómo saber diferenciar cuando las acciones son por ser bipolar o cuando son acciones reales? (Tanto acciones malas como buenas)  
¿qué no son acciones de manía o de hipomanía o mixtas?, ¿qué no son sólo episodios o qué no lo son? (M, FB,101213)

Estas preguntas que muchos pacientes se hacen, son muy atinadas si consideramos que las emociones o algunos de los cambios que se pueden convertir en síntomas, todos los seres humanos podemos experimentarlos; la diferencia será la intensidad y la adecuación al contexto en que ocurre.

No sólo es que el bipolar se automonitore, sino que lo que monitorea es la totalidad de su vida social y la manera en que su actuar es recibido, se hace vigente lo que menciona Le Breton (2009) en su estudio sobre las emociones como construcciones sociales. Este autoexamen implica cómo se expresan, qué expresan y cómo son recibidas esas expresiones. Hay un constante cuestionamiento, sobre todo en la recepción de lo que los demás sienten de su forma de actuar y reaccionar. La falta de apego a las emociones sociales o al ritmo de las emociones de los demás los hace romper con ellos, como Le Breton (2009) explica cuando el individuo es incapaz de compartir las emociones con sus pares carece de unidad moral y cohesión.

La vigilancia de la vida cotidiana se vuelve una obligación diaria y como Emily Martin (2007) apunta una de las consecuencias de detallar momento a momento es enfatizar la anormalidad. Así la utilización de las tecnologías positivas del poder se hará vigente a través de la acumulación de la observación. Hay toda una serie de mecanismos que aseguran la formación, la inversión, la acumulación y el crecimiento del saber (Foucault, 2006, p.55)

Este examen diario es realizado por la familia, o cualquier conocido cercano al bipolar que sepa el diagnóstico, así el individuo diagnosticado se vuelve sospechoso en todo momento, sin importar que su conducta se ajuste o no a la norma de salud mental.

Sí, pues ya te conocen de toda la vida y dice “ahora ya se enojó, ¡ah es por su enfermedad!” y en lugar de ponerte atención en lo que dices por ese enojo, no te ponen atención. Y ya que no estás enojado te dice “ya que no estás enojado, vamos a ponerte atención” les digo “oye no, me enojé como te enojas tú, vamos a hablar del mismo tema, no como si no me hubiera enojado”. Lo toman no de pretexto, sino como una costumbre que dicen “si se enoja es por esto, si se entristece es por eso [...] (B,H, EP, 101112)

Chicos, no sé si es enamoramiento o hipomanía. Pero que bien me siento (M, FB, 020313)

Pareciera que cualquier expresión emocional está condenada al estigma, han perdido el derecho de enojarse o entristecerse, hay una demanda constante para que se regulen y limiten sus expresiones, esta asepsia emocional los hace medianamente confiables.

Por otro lado como desarrollaremos en el siguiente capítulo, el sujeto postmoderno que ha sido diagnosticado con TB se distingue por su acceso a los medios masivos, entre ellos espacios virtuales como el Facebook<sup>75</sup>(FB) en el que comparten con pares sus experiencias. Este medio de comunicación se ha convertido en una suerte de grupo de apoyo, pero también de vigilancia, que alimentan este constante monitoreo. Por ejemplo en los siguientes comentarios retomados de FB un paciente recomienda observar otro posible síntoma de la enfermedad e insiste en el automonitoreo:

---

<sup>75</sup> Como explicaré en el siguiente capítulo Damián ha conformado un grupo de Facebook para familiares y pacientes diagnosticados con TB, ahí los bipolares comparten diversas experiencias relacionadas con su padecimiento, este espacio ha sido parte de la investigación de la tesis.

*Importante, porfa léelo completo, y contesta la pregunta del final*

Un problema muy común en bipolar es la falta de adherencia al tratamiento (dejar los medicamentos o las mismas citas de seguimiento con el médico), existe una condición adicional (que estamos revisando y analizando con el comité de revisión científica) que complica un poco más las cosas sobre todo cuando el paciente se encuentra en "hipomanía" o ya de plano en **manía franca** donde puede o no haber psicosis, que se llama Anosognosia, aquí es importante que como pacientes reconozcamos que existe este problema y para ponerlo "sencillo" es entender que nuestra condición es de por vida, no se va. Muchos llegamos a creer que cuando tenemos un episodio es el equivalente de una infección o enfermedad que se cura con 7 días de antibiótico y después uno ya está bien. En bipolar es mejor identificarlo como es: como en la diabetes alguien que sea insulino-dependiente, requiere su dosis de insulina, como relojito, lo mismo pasa con nosotros, con nuestros medicamentos y lo que nos mantiene "bien" o "estables" o "menos peor" [...]. Mientras no hagamos conciencia de esto, es nuestra familia y seres queridos quienes también sufren la condición tanto o más, por la impotencia y frustración. Parte de ser un paciente "Bipolar Responsable" está en tomar conocimiento de esto. ¿Podremos contar los unos con los otros para lograrlo? (H, FB, 180122013)

Monitoreo de síntomas, comunicación con ser(es) querido(s) o persona(s) de confianza, comunicación con el médico, la información de cómo funcionan los medicamentos que se están tomando en el momento y que se espera de ellos, en cuanto tiempo, incluyendo efectos secundarios y hasta que grado y cuanto tiempo antes de que se sientan los beneficios esperados, paciencia mientras llega ese momento, saber que es posible que se necesiten ajustes o

incluso cambios de dosis, saber que esto representa también cambios en la disciplina de nuestro vivir y estar dispuestos a hacer ajustes y también comunicarlo a nuestras personas queridas[...] (FB, M, 050314)

Es así, como los bipolares, sus pares, sus familias van construyendo un mecanismo de revisión constante de su vida cotidiana, a veces sin saber exactamente cuáles deberían ser los límites de “la enfermedad”, “la normalidad” y el control social.

### **3. Delimitando la normalidad a través del tiempo**

Cuando Foucault habla de las disciplinas que conforman al sujeto moderno menciona el control del tiempo como una de ellas, específicamente de cómo debe ser el empleo del tiempo, explica como hay una exigencia para *establecer ritmos, obligar a ocupaciones determinadas, regular ciclos de repetición* (2003, p.144).

A través del diagnóstico los bipolares hacen una lectura de su pasado, presente y futuro por medio de los rangos que ha establecido el padecimiento. Esta lectura se relaciona con el automonitoreo y dentro de éste hay una evaluación del tiempo social o la falta de éste. Una de las características del TB es que no necesariamente es constante, puede haber gente que presente episodios recurrentes con cierto tiempo de duración, pero en general la queja de los bipolares es estar en tiempos distintos a los sociales, ya sea por la depresión o por la manía.

Aquí el tiempo es un concepto que presupone *un acervo de saber social sobre método de secuencias temporales y sobre regularidades* (Elias,1989, p.51). Me refiero al concepto de tiempo social que propone Elias Norbet y no a su acepción biológica o metafísica. Es pues un mecanismo de regulación social, de coacción. Entre sus funciones está la de ser un *continuum normalizador*, un marco de referencia. Así el tiempo lo tomo como un símbolo de relación entre diversos procesos, cuya función primordial será la coordinación e

integración (1985).

Como la conducta y las emociones, el tiempo será otra medida de la pertenencia a la norma de salud mental, como veremos no hacer tareas por perder el tiempo o no controlar el tiempo en una tarea que se debe realizar es visto como una señal de descontrol. Se busca asegurar la calidad del empleo del tiempo, que haya un control ininterrumpido sobre él, *se trata de constituer un tiempo íntegramente útil (Foucault, 2013: 153)*. El sujeto se ve obligado a estar controlando constantemente, se exige que sus actividades (trabajo, diversión, entre otras) coincidan con el tiempo de su entorno, de sus pares.

Les comparto algo. Siempre he llevado en mi agenda las tareas que tengo que realizar. Normalmente generaba una lista de 5 tareas al día. Recuerdo que en un episodio de manía mi cerebro generaba ideas 5 veces más rápido que cuando estoy eutímica entonces escribía 25 tareas pendientes por día, no me di cuenta hasta que al sincronizar mi agenda con la computadora ya tenía 175 tareas pendientes (Foro, M, 291112)

Que el TB no sea una condición permanente y estable tiene por lo menos dos aristas en relación a la percepción del tiempo y el tiempo como elemento de control social. Por un lado le permite al individuo saber que habrá un final, tarde o temprano, lo que se convierte en una especie de soporte para pasar el episodio. Sin embargo, durante los episodios depresivos este alivio pierde algo de vigencia porque el tiempo y espacio adquieren otra dimensión, forman parte del sufrimiento de los pacientes y es un mecanismo para evidenciar su falta de pertenencia social.

Pero el estar solo te hace más consciente, como que me ayuda a educarme, me encuentro mis maneras de salir adelante y estar consciente de que va a pasar, de que no es permanente. Cuando si te agarra desprevenido, por más que sepas no te levantas, pero

literalmente el baño te queda a tres estaciones del metro y lo tienes a tres pasos (MA, H, EP, 101112)

Por otro lado la falta de continuidad en el tiempo por la regularidad y severidad del TB, no permite a los individuos adaptarse y elaborar alguna estrategia de control en razón de una nueva forma de ser o estar, es decir pensemos en una persona invidente, ha sufrido una discapacidad, pero esta será permanente, no habrá días que podrá ver y otros en los que no, su condición le permitirá, seguramente con algunas desventajas, asumir una rutina, cierto control en su vida cotidiana. Con los bipolares no existe esta posibilidad y esta inestabilidad es vista como una desventaja por ellos y también hace que las personas a su alrededor tengan una reacción ambivalente hacia ellos.

P. No, no es tan fácil. Yo creo que es más fácil si tuvieras episodios continuos, si estuvieras en el hospital cada jueves y domingo, pues no hay de otra ¿no? Ya estás encerrado, ya te catalogamos como sea no importa, pero ya estás en tratamiento[...] (B, H, EP, 101112)

Por ejemplo, la falta de sueño o el exceso de este en ciertos momentos conllevan al bipolar a realizar sus actividades cotidianas fuera del tiempo social. Algunos de los entrevistados enfrentan esta situación con el acceso a Internet, donde el tiempo social adquiere otra dimensión, sin embargo en la vida no virtual el individuo no está integrado pues no comparte espacios, ni tiempos con sus pares.

Utilizaba con un amigo por internet un simulador muy antiguo y corría por las noches por insomnio y por la mañana no me podía levantar, no aguantaba un día completo despierto  
(D, H, EP, 201010)

Aunque los medicamentos ayudan al paciente a regresar o integrarse al tiempo social, no les da los elementos para iniciar una relación social (trabajo, pareja, amistades, etc).

Los medicamentos me dan tranquilidad, porque siempre parece que estas contra reloj aunque no lo estás, que sientes que el día se te está yendo aunque realmente no sea así, y cuando los medicamentos te funcionan te das cuenta que sí pudiste hacer las cosas y te puedes medio relajar o salir a hacer ejercicio o hacer cosas muy mundanas como ir a caminar al centro comercial (S, H, EP, 201010)

Así, los bipolares monitorean no sólo su conducta, sino el tiempo como medida de cohesión social pues al perder el tiempo el individuo no es integrado.

Me siento muy frustrada porque no puedo hacer lo que quiero, estoy durmiendo 16 horas al día y siento el cuerpo súper pesado, tengo lentitud en mis movimientos, supuestamente esto pudiera ser un efecto secundario del seroquel que inicié cuando estuve internada, pero yo me siento cada día peor!!!! (M, FB, 03022013)

Hoy me amaneció a las 15:00 Siento que perdí un día completo. (FB, F, 030213)

Con los testimonios se hace patente *las relaciones entre el desarrollo de la determinación del tiempo como una habilidad social, y como un regulador de la sensibilidad y la conducta humana y del desarrollo de las coacciones civilizatorias* (Elias, 1989:160). Se trata de un agotamiento del tiempo, no de la utilización, debe ser un tiempo eficaz, cada fracción exige rapidez *se trata de extraer del tiempo cada vez más instantes disponibles y, de cada instante, cada vez más fuerzas útiles* (Foucault, 2013: 159).

Cuando salimos de una depresión, tenemos ganas de que no haya

pasado nada y regresar el tiempo, peor al hacer el recuento de los daños de cada crisis, pero hay que tener presente que siempre podemos cargar la pila nuevamente, la vida es bella a pesar de todo... ( FB, 291112)

#### **4. ¿Estables?: Empiezas a perder el sabor por muchas cosas**

El bipolar ya no puede expresar emociones porque siempre es sospechoso, ya no se ve al individuo, se ve a la enfermedad, pero además se ve el imaginario de la enfermedad, no necesariamente el familiar, amigo o conocido está informado de cuáles podrían ser síntomas pero decide que cualquier indicio de cambio de ánimo hay que actuar.

Hay la expectativa de que el medicamento regule al bipolar hasta llegar a la salud mental, sin embargo, parece ser que el entorno de los pacientes confunden este parámetro con un deber ser, es más un concepto de control absoluto, de ajuste a la norma. Así las expresiones de los pacientes que no sean “adecuadas” para el medio serán inmediatamente catalogadas como sintomáticas, por lo tanto el diagnóstico se convierte en un saco en el que cabe todo: síntomas, desacuerdos, preferencias, etcétera.

Cualquier tratamiento es visto como un método que debe transformar los síntomas del Trastorno Bipolar con éxito, a través de redirigir las condiciones que molestan a los “no bipolares”. Idea que no sólo es retomada por algunos pacientes, sino que también es utilizada por las farmacéuticas para vender los medicamentos, estabilizadores del humor o antidepresivos. Por ejemplo existe un fármaco contra la depresión llamado Effexor, cuya campaña publicitaria lo anuncia como “Parque de bienestar” en inglés “Wellness Park”. Martin (1997) explica que este medicamento es vendido como un producto que permitirá al paciente estar mejor, igual a alguien “normal”, según los representantes farmacéuticos el consumo del fármaco va permitir no sólo no estar deprimido, sino tener altos niveles de satisfacción y funcionalidad. Así no se vende un producto que controla el ánimo sino que proporciona un estado psíquico mejor que el que mantienen “los no bipolares”.

En esa misma línea los familiares esperan que los medicamentos les den a la persona que siempre han anhelado, tengan o no relación con los bipolares, como si un medicamento pudiera no sólo controlar, sino moldear la personalidad del individuo.

[...]“ ya te dejaste de tomar la pastilla”, y yo lo que empiezo a decir es que “oigan, no por ser bipolar no quiere decir que no me puedo poner triste y no quiere decir que no me puedo poner irritable, y no me pueda acelerar”, el medicamento me lo regula, pero no me lo quita del todo, entonces es como también educarlo y a mí se me hace muy ofensivo que luego, luego, me digan te dejaste de tomar la pastilla, les digo “no güey, no, pero tampoco es mágica cabrón y tampoco me va a hacer superman, soy igual. Nada más es menor, pero también me voy a poner triste, pero también me voy a acelerar, pero tengo derecho” no por ser bipolar ya no puedo hacer nada [...]  
(I, MA, EP 241012)

El medicamento y los mecanismos de control descritos intentan mantener al bipolar en el punto medio entre manía y depresión, sumado a esto el bipolar también intentará controlar sus expresiones emocionales con tal de no bajar o subir de ese parámetro.

Una de las cosas que le digo al psiquiatra es que el medicamento me tiene controlado [...] A partir de estos casi cinco años ha sido muy contenido todo, si tengo motivo de enojarme lo contengo porque no sé si va a ser un enojo normal o es un enojo fuera de la raya o para que no me cataloguen o etiqueten con ese enojo como el bipolar y lo mismo la tristeza, entonces me cierro mucho, pero entonces me cobra la factura tarde o temprano (MA, H, EP, 101112)

Así, como estrategia en un padecimiento que es caracterizado por el aumento de las emociones, las personas con TB han elegido no sentir o intentar no hacerlo y esto lo hacen al no involucrarse, limitar la vida social. Por lo tanto, no es la biología de la enfermedad la que marca el curso de la experiencia del paciente, es este ejercicio del poder a través del conocimiento extremo o reconocimiento de las minucias de la vida de los pacientes las que lo limitan y lo aíslan de la vida social.

[...] En las relaciones personales también lo procuro, pero algunos momentos en los que esa parte que tú ya habías logrado estar estable pues es un rango para arriba y para abajo, para arriba sería pasarte al enojo o a la euforia o a la manía y para abajo la depresión y te mueves en ese pequeño rango, entonces algunas veces te vuelves insensible, insensible sin querer, entonces dices “pues mejor no me involucró”, no de no comprometerme con la gente, te comprometes y apoyas en lo que puedes, pero mejor no siento [...] La pareja si me interesa, pero a la vez no me interesa, la busco, pero no o estoy dispuesto, pero no lo estoy buscando. Los logros personales del tipo que sea, ejemplo laboral, pues ya no te emocionan igual, ya les pierdes el saborcito. Empiezas a perder sabor por muchas cosas y eso es algo muy difícil, porque es una tentación para volver a la manía “decir bueno, estoy bien, pero que tal si le bajo o le quito a los medicamentos, para experimentar todo lo padre que se siente”, no lo he hecho, me pasaba cuando estaba mal medicado o a lo mejor no con los medicamentos mejor indicados, pero si es un pensamiento que si te cruza por la cabeza.  
(B, H, EP, 101112)

Como ya lo había referido, una constante en los pacientes es que aunque se sometan a esta autorregulación constante, una vez que están en ese medio no saben cómo actuar ¿cómo se

debe ser normal?

[...] Platicando con un amigo comentamos que ya medicados y estables nos enfrentamos a un nueva situación: estar bien o ser "normales" solemos estar acostumbrados a funcionar en contrastes y estar estables por más tiempo y regulados nos arroja un nuevo reto, en especial a los que recién se nos medica; como acostumbrarnos a más estabilidad, paradójicamente: ¿cómo echar andar una vida estando bien?. Al irme regulando se me ha presentado esta duda y este reto [...] (M, HF, FB, 19012013)

Al final el bipolar se asume como observado y se observa, pero sabe que no puede comportarse como los otros, que no es normal.

Con el tiempo (en este tiempo) he descubierto que el recuperarse no es sentirse perpetuamente bien, no es estar en hipomanía siempre; me he dado cuenta que puedo pasar semanas productivas y días en definitiva no tan buenos. He dejado de anhelar el constante "bienestar" para darle su lugar a mis flujos con todo y medicación; será entonces tirarse al mar y no luchar contra la fuerza de este; sino aprender a utilizarla para poder navegar (FB, 200213)

Yo creo que no necesariamente tengamos que calzar las cosas como normales o no, ya que en criterios estrictamente convencionales no lo somos. Tenemos que aprender a fluctuar al menos en mi opinión y no tanto en el juicio de la normalidad sino más bien en las consecuencias de nuestras acciones y ya si me pongo místico perdonarnos y aceptarnos [...] (FB, M, HF,190113)

Aunque muchos de los pacientes buscan estar “controlados”, “eutímicos”, como vemos

hay quiebres constantes, primero por saber realmente que será esto de “estar controlados” como los testimonios anteriores, pero también porque hay un cansancio ante la necesidad constante de regularse, principalmente porque en muchas ocasiones esta regulación es para y por los otros.

Saben, hoy me siento cansado, hartoj;;

Siempre pongo mensajes optimistas o chistosos en mi muro, siempre con una maldita sonrisa fingida, y todo para no alterar a mis familiares, me choca estar jodido, ser la preocupación de mi madre o que cuando llego a visitarlos sentir sus miradas como si fuera un fenómeno, me desespera que se me caiga la máscara de no pasa nada y siempre fingir de no pasa nada y siempre fingir que voy mejor, desde que comencé mi tratamiento los medicamentos me mantienen estable, pero he notado que ahora paso de la ansiedad a lo compulsivo, mis movimientos son involuntarios, tengo esa sensación de estar hasta el límite, de querer gritar con todas mis fuerzas o hacer algo irracional, y, maldita sea, ni siquiera puedo hacerlo por la estúpida sociedad, tengo que vivir preso en este cuerpo, con esta cabeza que no quiere parar, que no puede parar, me traiciona, mi trabajo demanda atención y concentración y cada vez me cuesta más trabajo, llegar a casa es entrar a un abismo de depresión, odio a las personas que se dicen deprimidas sin conocimiento, odio esta tembladera interna, estas ganas de llorar y despedazarme, esta sensación de vacío, odio tener que caminar cuando quiero volar, tener que hablar cuando quiero gritar, tener que vivir cuando ya no quiero estarj;;

Odio ser amado y amar de esta manera tan compleja, condenando a quien me pueda amar a una relación inestable, odio ser una caja de Pandora, un problema al portador, odio odiar, tengo tantas ganas de sentirme bien, sólo actúo serlo, no quiero condenar a alguien a estar conmigo, pero como hago para no lastimar?

Y, al final del día, la misma rutina, la misma vida vacía y sola, la misma casa grande en donde solo habitamos mi soledad mi locura y yo (H, FB, 2722014)

Para algunos pacientes este control farmacológico, conductual, emocional no les brinda la tranquilidad, calidad de vida que se promete al someterse al escrutinio diario y es que el malestar de los pacientes implica más que la manía, la depresión, es la construcción de la vida cotidiana, de las relaciones sociales las que se fracturan y las que no se alivian con estos métodos.

## 5. Conclusiones

A los bipolares con TB se les exige un control que supuestamente representa la norma de salud mental, pero que en los hechos las personas que no han sido diagnosticadas con algún padecimiento psiquiátrico no la observan con esa rigurosidad, como dice Martin en la vida *diaria, la mayoría de las personas tienen diferentes grados de conciencia de la realidad y de las consecuencias de sus acciones, distintos grados de “razón” en sus decisiones y opiniones [...]. El enorme poder de las asunciones culturales consigue eliminar lo evidente: las mil maneras en que la gente experimenta lo “irracional”* (Martin, 2008, p.125). Sin embargo, los sujetos que han sido tildados como enfermos mentales se convierten en su propio policía por esta tendencia de psiquiatrización de la vida cotidiana en donde las más mínimas conductas serán objeto de observación y a partir de ellas se creará un saber que definirá la totalidad de las prácticas sociales. Como se pudo constatar el entorno y el bipolar, además de los síntomas del TB, observan cualquier irregularidad de la norma que conlleve falta de funcionamiento, incluidas desorden, indisciplina, agitación, indocilidad, carácter reacio, falta de afecto, etcétera. El tiempo, la conducta, la emoción, la no acción, las expresiones, la toma de medicamentos, todo puede ser medido y utilizado para caracterizar el TB.

No se pone en duda que llevar un control de las emociones beneficie o no a sobrellevar el padecimiento, pero además es relevante que como resultado de ese monitoreo, el sujeto se constriñe para no desarrollar emociones en su vida cotidiana, tratando de llegar a una especie de asepsia emocional, el problema es que en los hechos esa contención, más que un beneficio puede ser motivo de malestar, y esto es así en parte porque vivimos en una sociedad que exige la emoción y que es contradictoria y ambivalente al respecto, porque tanto sanciona a aquel que no se controla como a quien no es capaz de emocionarse.

Otro punto importante es que este autocontrol y control de los otros sobre el bipolar es un constante recordatorio de la enfermedad, una herramienta para desacreditar y limitar a los pacientes.

Lo interesante de este requerimiento de control y monitoreo es que se les exige a los bipolares, que supuestamente no pueden controlarse porque la depresión y la manía puede sobrepasar su voluntad, que lo hagan; de tal suerte que parecería contradictorio que pudieran mantener ese control, lo que nos habla de ¿grados de racionalidad?, ¿de enfermedad mental?. Es decir son sujetos capaces de llevar este control, pero al mismo tiempo son enfermos mentales por no sujetarse a la norma de salud mental.

Finalmente lo interesante de los testimonios es como los bipolares han incorporado a su identidad este control constante y lo han hecho gracias a la persistente y rigurosa observación, sin que esta construcción como sujetos observados y observables esté llena de contradicciones, habiendo rupturas sobre qué y cuándo observar y sobre las metas de dicho monitoreo.

## CAPITULO 6. Redes sociales: bipolares posmodernos

*Pasa más de lo que crees, y no nos veas como virtuales,  
de verdad estamos aquí, de carne y hueso[...]  
por cierto, aquí podríamos levantar la mano  
cuantos realmente no teníamos una red de apoyo real,  
como tal, y apenas la estamos formando*

Usuario de grupo de Facebook de personas etiquetas con TB

### 1. Introducción

En 2002 *Pew Internet and American Life Project* realizó un estudio sobre los usuarios de Internet de Estados Unidos y concluyó que el 62% (73 millones de personas) lo utilizan como un recurso para acceder a información en salud, esto podría significar que cada día más personas acuden a buscar información en línea que a ser atendidos por un médico de manera personal (Wyatt, et al. 2005).

En la década de los noventa el acceso a Internet empieza a convertirse en una herramienta cotidiana para muchos países desarrollados como Estados Unidos, Reino Unido, entre otros. En nuestros días aunque su uso es una realidad global sigue habiendo una brecha en el acceso que se relaciona con condiciones económicas desiguales y trato inequitativo en razón de la etnia, género, edad y nivel de escolaridad. Sin embargo, es indudable su impacto en la construcción de relaciones sociales y específicamente en el caso de la salud en el acceso a la información médica, recurso, hasta no hace mucho, monopolizado por los profesionales de la medicina occidental.

Estamos, como menciona Harday (2001), no sólo ante el uso de la información por parte de los usuarios, sino de la creación de ésta por los mismos, es decir, el análisis social y cultural, cada vez más complejo, de las formas en que las personas se involucran a través del Internet requiere comprender que los individuos usan y producen conocimiento sobre salud. Así son proveedores significativos de información y consejos, generan discusiones sobre enfermedades y estilos de vida.

Los usuarios traspasan la frontera de distintos tipos de conocimientos, profesiones y prácticas que les permiten tomar decisiones e influir en la relación médico-paciente, no sólo en qué y cómo se diagnóstica alguna enfermedad, sino cómo y con qué será tratada (Harday, 2001). Con cada vez más facilidad pueden construir conocimiento en la red, haciendo su propia página o participando en chats, Facebook, conforman las llamadas “comunidades virtuales de cuidado” en el que se proveen consejos y soporte (Borrow, Nettleton y Pleace, 2000).

Uno de los hallazgos de esta investigación es justamente una comunidad virtual de cuidado para bipolares y sus familiares, espacio creado por Damián (bipolar) en el que se da cuenta de esta relación entre consumidor-productor de conocimiento, en donde se puede observar algunas nuevas formas de las relaciones entre médico y enfermo mental, conocimiento e individuo; y estrategias de enfrentamiento ante los padecimientos psiquiátricos a principios del siglo XXI.

Debo explicar que acercarme a las comunicaciones por Internet fue porque no pude encontrar un grupo de apoyo para personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar que fuera regular y que me permitieran participar u observarlos. Si bien actualmente en el

INNN hay un grupo de apoyo<sup>76</sup> que se lleva acabo cada mes, para cuando yo comencé la investigación todavía no se conformaba y había uno que se hacia cada 6 meses o más, sin regularidad alguna. La intención de conocer estos espacios de interacción era complementar mis observaciones en hospitalización y las entrevistas que había realizado, pero sobre todo buscaba un espacio en el que pudiera observar la interacción de los pacientes con sus pares y alejarme, en la medida de lo posible, del lenguaje y prácticas biomédicas, es decir conocer la vida diaria y rutinaria más allá de la reconstrucción que los informantes hicieron en las entrevistas. En este proceso de búsqueda encontré un grupo de apoyo en un *chat* de bipolares con TB, decían que se reunían en un restaurante cada mes, pero nunca logre contactarlo y luego me enteré por el dicho de otro bipolar que se había cancelado porque a su parecer estaba muy mal organizado y la persona que lo dirigía tuvo un problema relacionado con el TB (como explicaré más adelante los espacios de autoayuda dirigidos por los bipolares son estigmatizados por médicos y en ocasiones también por las personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad). Gracias a un médico psiquiatra, me enteré que Damián tenía una página de Internet y quería hacer grupos de apoyo regulares en el INNN. Pude contactarlo y me explicó que él había construido una página Web informativa y un grupo cerrado en Facebook para bipolares y sus familiares, espacios que serán analizados en los siguientes apartados.

---

<sup>76</sup> En el INNN ya había grupos de apoyo para personas etiquetadas con esquizofrenia, algunos de los bipolares que yo entrevisté acudían a este espacio y de ahí surge la propuesta para que haya un grupo exclusivo para bipolares. El grupo funciona a través de sesiones que dirige un médico en donde se habla de temas médicos: características de los síntomas, uso de fármacos, control de depresión, etcétera. Cuando yo participe en uno de ellos, observe poca afluencia y poca interacción los participantes.

La idea de este capítulo es dar cuenta de una alternativa que los bipolares han utilizado para enfrentar y vivir con el diagnóstico, específicamente en el marco de una sociedad posmoderna en donde la identidad se ha convertido, en muchos de los casos, fluida y múltiple, me interesa saber como el acceso a redes sociales virtuales impacta en la forma en que los individuos construyen sus prácticas. Entre las alternativas que ofrece el mundo posmoderno el uso de internet está adquiriendo mayor importancia, como una herramienta que ofrece oportunidades que las personas con enfermedades mentales no tienen en otros espacios por la identidad deteriorada asignada socialmente, actividades que en sitios no virtuales resultan complicadas e imposibles para alguno, parecen más accesibles en el ciberespacio: compartir una pareja, tener amigos, acceder a un trabajo, ser visto más allá de la enfermedad, recibir apoyo constante, entre otras. Al parecer las Comunicaciones Mediadas por Computadora (CMC)<sup>77</sup> pude romper ciertos paradigmas de cómo los bipolares viven la enfermedad. Así las acciones relacionadas con el acceso a la tecnología están modificando radicalmente la experiencia y esto es así por cuestiones intrínsecas de este uso, como la modificaciones respecto al tiempo-espacio y otros elementos que cambia la vida no virtual. Me interesa destacar como los bipolares a través de estos medios reafirman que son actores sociales.

En este capítulo retomo al bipolar como actor social, como consumidor y productor, en dos dimensiones: a) El Internet como espacio proveedor de información, aquí reviso

---

<sup>77</sup> Retomó este término utilizado por Hine (2004) Comunicaciones Mediadas por Ordenador y cambio la palabra ordenador por computadora por ser más común en México. Con este concepto me refiero a las múltiples formas de relacionarse a través del ciberespacio, incluidas los chats, las comunicaciones que se pueden dar por medio de Facebook y otras herramientas.

diferentes tipos de información disponibles para los bipolares y b) Comunidad virtual de cuidado; resumo la manera en que los bipolares que participaron en la investigación producen conocimiento y utilizan el internet no sólo para conocer sino para crear relaciones sociales. Me interesan estas dimensiones porque en ellas se encuentran las narrativas de enfermedad de los bipolares en lo cotidiano.

Como preámbulo a estos resultados reflexiono sobre algunos aspectos básicos sobre el tema del espacio en internet, el tiempo, la identidad, el espacio, las CMC y como éstas adquieren sentido por las prácticas sociales, es decir como construcción social.

## **2. Comunicaciones mediadas por Internet: acción social**

Internet es *el conjunto de programas que habilitan determinados tipos de comunicación e intercambio de información* a través de las computadoras y/o otros dispositivos electrónicos (Hine, 2004:40). Los antecedentes de la creación de internet se remontan a 1969, producto de un programa militar financiado por el departamento de defensa de los Estados Unidos de América, la intención era crear un instrumento de comunicación no controlable por los soviéticos. Sin embargo, nunca fue aplicado como una herramienta militar, en cambio su desarrollo concluyó en manos de académicos que querían comunicar entre si a sus grandes ordenadores (Castells,2003).

Algunas de las funciones iniciales del internet eran la de envíos de correos electrónicos que permitían la comunicación asincrónica, con el paso del tiempo hay cada vez más herramientas que permiten la comunicación sincrónica y con varias personas como: usenet, dominios multiusuarios, chats, videoconferencias, etcétera. Es importante

mencionar que cuando se empieza a utilizar las CMC algunos académicos, principalmente pertenecientes a la psicología social, no las reconocen como un espacio rico para el intercambio cultural; se pensó que se limitarían a ámbitos organizacionales y laborales, llegando incluso a empobrecer las comunicaciones (Hine, 2004).

Actualmente el uso de internet como forma de comunicación es un objeto en el que se establecen comunidades, se interpreta y reinterpreta la información. Es un espacio donde se produce sentido comprendiendo las circunstancias en que se emplea y los usos que se dan, entendiendo al ciberespacio como un lugar en el que se actúa (Hine, 2004).

Las CMC plantean nuevos paradigmas y replantea categorías dentro del pensamiento posmoderno como: tiempo, espacio, la territorialidad, la autenticidad, la representación, la realidad, el sí mismo unitario y la relación con los otros dentro y fuera de las CMC, situaciones que acontecen tanto en campos científicos avanzados como en la vida cotidiana. Aquí *el yo se construye y las reglas de la interacción social se edifican no se reciben* (Turkle, 1996: 17, Hine, 2004, Siles 2005, Zegers 2002).

Ante estos cuestionamientos cabe preguntarse ¿el internet crea o es creado?. Para afectos de esta investigación diré que en el uso que le dan los bipolares el internet ayuda a crear, es decir a través de él se crea. En otras palabras, este tipo de tecnología y el impacto que produce en las relaciones sociales no es algo intrínseco a ella, es siempre el producto del proceso social en donde hay negociaciones entre los actores sociales para dar sentido a las CMC constituyendo a través de acuerdos y lenguajes comunes acción social (Hine, 2004).

Para este texto el objetivo es analizar las CMC a través de los contextos locales de interpretación y su uso, para lo cual parto de que el internet es una cultura y un objeto cultural. Como cultura, conformada discursivamente, se estudia los usos que las personas confieren a la tecnología. Y como artefacto cultural, se revisa como la tecnología ha sido generada por personas concretas con objetivos, fines y prioridades distintas; en donde la información generada, ha sido enseñada comercializada y utilizada de acuerdo con las necesidades contextuales (Hine, 2004).

### **3. Foros, chats, páginas Web: Internet como espacio de construcción de la salud**

Actualmente todo parece ser contestado accediendo al ciberespacio, internet ofrece información de todo tipo y de diversos actores. Ya sea para saber cómo atender una gripa, qué hacer con un dolor de muelas, cómo debe comer un bebé, qué contiene un medicamento, hay multitud de respuestas, desde páginas de wikipedia, farmacéuticas, comentarios de otros usuarios, comerciantes de distintos productos, entre otros. En esta lógica yo misma utilice el Internet para explorar qué es el TB, encontrando elementos importantes para comprender como algunas personas que entrevisté encuentran sentido al diagnóstico que han recibido en estos espacios. Aquí presento algunos datos que me parecen importantes sobre esta exploración.

Antes de puntualizar mis resultados me detengo en algunas definiciones útiles para comprender la vida en el espacio virtual. En internet hay diversas herramientas y servicios, espacios como Wikipedia, Flickr, Youtube, Twitter, Del.cio.us, Facebook, cuyo formato puede ser video, texto, fotografía o audio, que son generalmente gratuitos y

complementarios entre sí, de fácil acceso y que fomentan la interacción participación activa haciendo una Web social (Torres-Salinas, D. y Cabezas-Clavijo A., 2008).

En la Web hay reglas, lenguajes y formas de comunicarse específicas. Hay distintos tipos de espacios: foros, chats, blogs, páginas Web, entre otros. La diferencia radica en el tipo de información y la posibilidad de interacción de los participantes. Para entender estas diferencias desarrollo las siguientes definiciones:

- ✓ Blog o bitácora: De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española es un Sitio Web que incluye, a modo de diario personal de su autor o autores, contenidos de su interés, actualizados con frecuencia y a menudo comentados por los lectores. En estos espacios el autor del Blog es quien controla la información que se mantiene en línea, hay la posibilidad que los visitantes del blog hagan comentarios y que sean respondidos por el autor, pero también puede ser programado para que nadie pueda hacer comentarios. La característica del blog es la sencillez de su actualización, su contenido puede ser de muy diversos temas: sobre el estado de ánimo del autor, hobbies, noticias, etcétera, generalmente son gratuitos a menos que por el tráfico generado (visitas recibidas) requiera otro tipo de necesidades técnicas. Actualmente hay muchísimos blogs por ejemplo en sitios como Blogger se menciona que pueden añadirse 40.000 ejemplares diarios a una base de 60 millones de blogs y sitios como Technorati, BlogPulse o PubSub hablan de 20 a 22 millones de blogs activos (Cervera, 2006). El universo de los weblogs conforma la Blogósfera, específicamente la blogósfera se constituirá *por los*

*hiperenlaces y las conversaciones, los elementos compartidos como iconos, el desarrollo de prácticas colectivas (Estalella, 2006 :27).*

✓ Foro: es una aplicación web a través de la cual se discuten temas, permitiendo a los usuarios realizar comentarios. Generalmente son complemento de un sitio Web y la intención es conformar comunidades sobre intereses mutuos. Las discusiones pueden ser reguladas por un coordinador o moderador, quien lanza temas de interés, sintetiza los comentarios o recuerda las reglas del foro. En este espacio virtual los comentarios solo pueden ser modificados por el moderador, los temas son más amplios que lo que se dan en un blog y permiten la participación de más personas. Hay dos tipos de foros online y offline, en los primeros la comunicación es constante y en los segundos se deja el comentario y posteriormente se emite alguna respuesta.

✓ Chats: es una comunicación instantánea de dos o más personas mediante un software a través de internet, hay chats públicos y privados.

✓ Sitio Web: es un gran espacio documental organizado que la mayoría de las veces está típicamente dedicado a algún tema particular o propósito específico. Sirve para revisar la información y puede contener foros u otros espacios de interacción entre los usuarios.

Para esta investigación, mi interés se enfocó en buscar espacios donde hubiera interacción entre pacientes, dejando de lado monografías sobre el tema, de los medicamentos, etcétera.

Me limite a espacios en español, preferentemente que fueran integrados por personas

residentes en México<sup>78</sup>. Como iré detallando la información es limitada en comparación a páginas en inglés. Así, realicé una búsqueda por Internet con varias palabras clave: chats para personas con trastorno bipolar, grupos de apoyo para trastorno bipolar, foros de trastorno bipolar, chats sobre manía, bipolar, bipolaridad, entre otras, Encontré que existen muchas páginas informativas y de autoayuda, pero pocos espacios en donde hubiera interacción con bipolares y que estuvieran actualizados. Es decir hubo varios foros o chats que no estaban vigentes o no había respuesta inmediata de los usuarios. Algunos de estos espacios requerían autorización de la persona que controla la página web para entrar al chat. Además son muy pocos los sitios virtuales mexicanos, en contraste con Estados Unidos y España.

Lo primero que encontré en algunos de estos espacios, fue un lenguaje particular, por ejemplo en un blog sobre TB afirman que hay que conocer los siguientes términos: PDOC o psiquiatra, TDOC o terapeuta, LMBPAO o riendo mi culo bipolar, BRB ser derecho, LOL riendo a carcajadas y Cyber abrazos.

Como ya mencione, los chats que localicé, no estaban actualizados, y aunque encontré varios blogs, me interesaban más los foros o chats porque la comunicación es más constante. No obstante un blog interesante es el de “mi vida bipolar”. Un ejemplo de los textos que aparecen son:

Pensamientos de un bipolar

En un mundo ideal los enfermos deberían tomar medicinas para curarse y seguir sus vidas de forma normal, siendo productivos,

---

<sup>78</sup> Esto en la medida de lo posible, pues no es tan sencillo rastrear el origen de las páginas revisadas.

llevándose bien con sus familias, amando y siendo amado. Tomar las pastillas y seguir al pie de la letra las indicaciones del doctor sería suficiente para ser feliz. Claro que eso nunca pasa. Salto de un lado al otro sin saber exactamente qué busco, o si busco algo, o sólo estoy huyendo de lo que pienso es mi destino: no hacer nada para no ser rechazado. En tanto menos me arriesgue a hacer nada, menos oportunidades tendré de ser relegado, de sentir la frustración. Saber que no soy bueno para nada. Para absolutamente nada. Esa es la parte que más me asusta de todo lo que estoy viviendo. Darme cuenta de que soy tan mal bloguero como pésimo escritor, igual que no doy una como esposo, amante y ni qué decir de mi papel como amigo [...]. Nada se me da... (revisado<sup>79</sup> 21/08/12)

El tipo de respuesta que reciben estos comentarios, generalmente son de identificación con la situación, ya sea de un bipolar que se siente reflejado o de familiares que encuentran similitudes de la conducta de su familiar con la descrita.

Anónimo22

yo;- tengo;- 34años;- y;- descubrí;- k;- soy;- bipolar;- pk;- llegue;- aun;- punto;- de;mi; -vida;- k;- no; -podia;- mas;- con; -ella;- asi; -vivi;- con;- esta;- maldita;- enfermedad;- desde;- k;- era;- nina;- hasta;- k;- me;- decidi;- d;- hablar;- de; mi; -problema;- de;- mis;-

---

<sup>79</sup> La transcripción es literal, no se modificó ni contenido, ni ortografía.

enojos;- y;- de;- mis;- miedos;- caia;- en;- pensamientos;- k;- me;-  
hacian;- llorar;- me;- imaginaba;- k;- se;- moria;- uno;- de; -mis;-  
hijos;- peleas;- imaginarias;- k;- me;- llenaban;- de;- furia;- perdi;-  
mi;- esposo;- trate;- de;- reaser;- mi;- vida;- me;- enamore;- perdi;-  
el;- amor;- y;- asi;- he;- estado;- ya;- gracias;- a;- dios;- tomo; -  
medicamento;- pero;- no; -me;- controlan;- completamente;- k;-  
maldita;- y;- trisxte;- enfermedad (M, Foro: Mi vida bipolar,  
210812).

El blog está constituido por comentarios sobre el TB ya sea a través de historias, poemas, relatos de experiencias, etcétera, pero también se incluyen documentos psiquiátricos como “Test de Trastorno Bipolar” que es una batería de preguntas sobre los principales síntomas del TB.

Otro espacio que fue interesante aunque no estuviera vigente fue “Foro de vida bipolar”. Es hecho por bipolares, pero también hay otros espacios en la red hechos por médicos o fundaciones civiles que contienen información biomédica del TB o de autoayuda.

Un foro que revisé y que parecía estar vigente es el Foro “bipolarmexico”, sin embargo, el 12 de agosto del 2012 dejaron de escribir. Hasta ese momento tenían registrados a 1483 usuarios y 3195 comentarios. El foro fue creado en septiembre de 2008 y había una comunicación constate entre los usuarios. Había un moderador, quien se había constituido como tal para evitar la utilización del espacio con fines comerciales, el uso de palabras altisonantes, sugerir medicamentos, entre otros temas, transcribo las reglas del Foro:

1.-Pueden cambiar su firma, su avatar, e inclusive mandarse mensajes privados, tienen una casilla aquí en el portal con cierta capacidad para mensajes privados, uno es en "editar perfil" hasta arriba de la página a la derecha, y lo otro igual pero en "mensajería privada...."

2.-No insultar a los demás usuarios, por favor usemos esta comunidad para nosotros...

3.-En este foro no se impone ninguna religión y este portal no está basado en ninguna religión ni se "sugiere" ninguna, cada quien es libre de hablar de lo que quiera y tener la religión que guste, mencionarla, alabar, orar, etc. como gusten, recuerden que esto es libre...

4.-Queda prohibido publicar cualquier tipo de pornografía, no es que nos asustemos, sino que no es el tema de este portal. El tema del sexo es obvio que se tiene que tocar porque en nuestra "condición" es muy importante ese tema y todos lo sabemos, con nuestras altas y nuestras bajas la libido cambia también, y más con los medicamentos pero no por esto caigamos en subir fotos pornográficas o cosas así...

5.-Me recomendaron quitar el panel de "qué medicamentos tomas" porque la gente puede ver que nos "tomamos" y auto recetarse, pero creo que es importante saber de los tratamientos de los demás, y como se van desarrollando, no es auto recetar ni mucho menos,

además de que el quitarlo de aquí no quiere decir que esa información de medicamentos no ande por ahí en la red. Lo que si recomiendo es no tratar de "proponer" a los usuarios consumir una u otra cosa, cada quien tiene su tratamiento y está a cargo de su especialista de la salud. Por ejemplo a un par de usuarios de este foro ya les sirvió de algo el saber que un medicamento en su país, tiene otro nombre en el nuestro y que genéricamente es lo mismo... eso en su caso, le ayudo...

6.-Aquí no está prohibido como en otros foros que se pongan en contacto entre ustedes o se contacten fuera de aquí, eso es libre y a consideración de cada quien publicar o no su dirección de e-mail, así como su edad, sexo, etc. Y también son libres de permanecer "anónimos".

Como mencione antes todo está permitido, esta es su comunidad, por eso se creó, por eso recibo sus consejos, muchos necesitan, o necesitamos alguna vez ayuda, yo haré mi mayor esfuerzo por proporcionarles más información sobre la bipolaridad... (H, foro:vipolarmexico 19/08/2012)

Este es un ejemplo de la acción social que se crea en el ciberespacio, de como son las personas las que crean las normas usando la tecnología como medio, el Internet les da el foro que probablemente en su vida cotidiana no tienen, aquí no sólo opinan sobre su enfermedad, sino que deciden como funcionará la comunidad y actúan en concordancia.

Los temas que se incluían en las conversaciones de bipolararmexico eran diversos: recomendación de películas, de lugares, sobre el uso de medicamento, preguntas sobre el origen del TB, narración de crisis de depresión o manía, mensajes de aliento, etcétera. Había muchas personas que no habían sido diagnosticadas con la enfermedad, pero creían padecerla al sentirse identificados con las descripciones de los que ya han sido diagnosticados, también participaban parejas o familiares de pacientes. Aunque había una queja constante de los problemas causados por el TB, también hablaban de las habilidades de los pacientes por una especie de sensibilidad o capacidad de ver la vida distinta.

En la vida cotidiana muchos bipolares no sólo no están integrados a sus comunidades, no tienen espacios de escucha y foros como estos les dan esa oportunidad, sin que se sepa quien será el receptor del mensaje, el simple hecho de escribirlo en un foro abierto, se vuelve una especie de terapia colectiva.

[...] Yo empecé con todo este relajo cuando era niña, sufrí muchísimo e intente suicidarme varias veces, a la fecha aún tengo huellas en todas mis muñecas y me da pena verlas, quedaron cicatrices que ya no puedo borrar y me recuerdan siempre ese infierno, aunque trate de olvidarlo siempre están ahí para recordarlo. También me aislaba y odiaba a toda la gente en especial a mi familia...y creía que ellos me odiaban también, era tan infeliz y desgraciada, siempre pensaba en mi muerte...y la manera de hacerlo

con efectividad [...]como te darás cuenta casi todos nosotros nos identificamos tanto, porque pasamos casi por lo mismo.... Es bueno darnos un poco de consuelo y desahogarnos en cosas que muchos otros no entiende mucho (M, foro:bipolarmexico, 190812)

Algunas personas que no saben qué significa vivir con una enfermedad mental pueden pensar que lo cotidiano no existe, como si las preocupaciones más comunes como el trabajo, la vida de pareja, la escuela fueran esfera única de la normalidad, lo cierto es que los bipolares lidian con su enfermedad y con estas circunstancias que en muchas ocasiones adquieren matices distintos, mayores dificultades precisamente por la enfermedad, pero esto no es algo que le interese a los médicos, otros espacios en donde los pacientes se desenvuelven. Los foros permiten adentrarse a esta parte íntima y conocer los problemas, por ejemplo en un mensaje se pide se haga una bolsa de trabajo:

Moderador soy bipolar y tengo una inquietud para el foro, me gustaría compartirla con uds. actualmente me encuentro en una crisis financiera por unas decisiones incorrectas que tome, tengo un trabajo estable pero es poco el ingreso y ando en busca de empleo, pero como ya se imaginaran ando un poco maniaco y mi concentración no es muy buena, logre una entrevista en una universidad local y me pidieron hacer examen de oposición y me dieron 3 temas para exponer, desarrolle solamente 2 y no al 100% les pedí un día más para exponer pero como era de esperarse se

negaron y no me hablaron más, así que les propongo hagamos una bolsa de trabajo con bipolares que estén estables en el mercado laboral y logren hacer algunas recomendaciones para personas como nosotros, esto es importante porque en el centro estatal de salud mental al que he ingresado el trabajo es una de las actividades de los ejes de la vida diaria y potencializa la capacidad humana y genera satisfactores no nada más económicos sino también intelectuales o físicos dependiendo de la actividad a realizar. Así que piénsenlo bien y promuevan una bolsa de trabajo en el foro. Sin más por el momento me despido de uds. (H,foro:bipolarmexico 19/08/2012)

Como actores sociales los pacientes aprovechan el ciber espacio para intercambiar puntos de vista sobre su padecimiento, utilizando por igual lenguaje biomédico y lego, dando cuenta de que esta acción tiene consecuencias en el uso de la información especializada, pero sin la intervención médica y de manera pública, teniendo el aval del lenguaje científico para explicar sus experiencias y hacer recomendaciones.

[...]Lo más importante era su estabilización química. Son cuatro alternativas de medicamentos. El litio para los bipolares con ciclaje regular e intensidad de manía y depresión semejantes, 80% de respuesta positiva con este tratamiento. La carmabezapina igual que el litio pero con 60% de éxito. La lamotrigina para depresiones

fuertes y manías leves, con 80% de éxito, y finalmente el que necesitaba Lady, el Valproato para manías fuertes y depresiones leves 80% de éxito. El que ella acepte el adicionar un medicamento a su coctel para luego disminuir los otros costos varios tirones de orejas pero al fin se animó y empezó. Las reacciones a los eutímicos en un principio son molestas, como cefaleas, lagunas mentales, sarpullidos, mayor apetito y lo que le corresponde a cada medicamento. Pasado eso o acostumbrado el cuerpo desaparecen los síntomas o se hacen imperceptibles. Otro aspecto difícil fue encontrar la cantidad de valproato que le sentaba bien, pero tenía experiencia en modificar las cantidades porque ya lo había hecho con anterioridad con los otros remedios. En un principio no confió en el valproato, ni los resultados aparecieron, pues tardan unos 7 a 14 días en estabilizarnos poco a poco. Recuerdo un buen jalón de orejas para que se siga medicando. Se enojó conmigo. je,je. El primer paso esta dado, ahora ella tiene que saber administrar las cantidades y evitar las subidas o llegadas de manía para evitar los ciclajes que descontrolan nuestras emociones. El mejor médico en estos casos es uno mismo que se conoce como va la bipolaridad. [...] cuando la vemos venir a la manía, tomar clonazepan o alprazolán. Cuando no dormimos tomar una benzodiazepina para inducir el sueño. Uno, dos días o tres, y el eutimico se encarga después. Para la depresión evitar la ansiedad y sirve también el

alprazolam y el clonazepam. Ojo también hay que cambiar de benzodiazepínicos para que nuestro cuerpo reaccione mejor con los cambios de medicamentos, estos ayudantes producen acostumbamiento y dejan de hacer efecto en el largo plazo si somos asiduos visitantes de estos. A todo esto sabemos que no tenemos que buscarnos problemas gratis, así que a no buscar pelea ni emociones fuertes (H,foro:bipolarmexico 19/08/2012)

Como mencionaba en este tipo de foros hay reglas y un moderador que vigila su cumplimiento, uno de los temas interesantes de este punto es que algunos bipolares me comentaron que la dificultad de tener un foro o un chat de pacientes con TB es que se debe tener a un moderador las 24 horas porque hay constantes faltas a las reglas, desde personas que insultan o se ponen agresivas, hasta quien vende fármacos. Un ejemplo:

En las últimas horas me he visto en la penosa necesidad de llamar la atención a dos miembros del foro, aquí el informe. El SPAM es la publicidad indeseada que se realizan en foros, facebook, twitter, correo electrónico e Internet en general. Un miembro del foro estuvo posteando publicidad de su novela. Esto no está mal si se hace una vez y si se contestan los mensajes y se toma en cuenta a las personas detrás del monitor. Pero el usuario no hizo caso, se le ha llamado dos veces la atención. [...] POR FAVOR, ABSTÉNGANSE DE COMPRAR MEDICAMENTOS POR ESTE

FORO. LOS MENSAJES CONTENIENDO CUALQUIER TIPO DE NEGOCIACIÓN CON MEDICAMENTOS SERÁN INMEDIATAMENTE BLOQUEADOS Y A LA REINCIDENCIA LA CUENTA SERA CANCELADA. Saben que usualmente trato de hacer diálogo y negociación, pero con la seguridad de la gente no se juega. Así que por favor, siguiendo estas reglas la convivencia es más sana (H,foro:bipolarmexico 19/08/2012)

Un punto importante en esta revisión es el comentario sobre la dificultad que implica que los pacientes sean quienes llevan el foro, discusión que es resaltada por los propios bipolares quienes piensan que alguien con un trastorno como el TB no puede controlar estas situaciones. En algunos casos personas del grupo reconocen en los escritos de otras rasgos de manía o depresión y por lo tanto no creen que se tenga la capacidad de controlar los comentarios de los otros si se está en esta condición. Este punto me hizo recordar el libro de Emiy Martin donde narra su experiencia en grupos de autoapoyo y enfatiza el tema de los grados de racionalidad y el concepto de normalidad contrapunteando ambos y haciendo evidente que todas las personas con o sin un trastorno mental, tienen grados de racionalidad. En ese sentido parece una contradicción la exigencia constante de las personas por ser escuchados, por ser considerada su voz y que ellos mismos limiten la posibilidad de dirigir estos espacios, en donde ellos son de quien se habla y quienes hablan.

#### 4. Comunidad virtual de cuidado

El término *Comunidad Virtual de Cuidado* se deriva de la combinación de dos nociones: comunidad virtual en el ciberespacio y la de atención comunitaria en materia de política social, en concreto se refiere al soporte en línea de autoayuda y soporte social. El apoyo social, incluido el virtual es considerado como un importante refuerzo sobre todo en un mundo en donde los cambios, incluidas las relaciones sociales se modifican a gran velocidad. Por ejemplo en 1999 el buscador *Usenet Deja Noticias* reportaba 80.000 publicaciones referente a grupos de autoayuda y soporte social, alrededor de 450 nuevas publicaciones por día. Lo interesante de estos espacios es que representan una amalgama entre el avance tecnológico, los imperativos sociales y culturales que permite el anonimato, estar en un espacio público, el apoyo social e individualizado (Borrow, Nettleton y Pleace, 2000).

Una de las características importantes del sistema de salud en México que resulta relevante en este espacio, es que no hay una interfase de apoyo social con los enfermos o su familia. En la mayoría de los casos se limita a brindar atención a padecimientos agudos y realizar el diagnóstico en enfermedades crónicas, de tal suerte que hay muy pocos espacios donde los individuos puedan recibir atención más allá del diagnóstico y control de fármacos. Por lo tanto, las comunidades virtuales de cuidado adquieren mayor relevancia, pues para algunos será el único espacio para compartir sus experiencias y encontrar estrategias ante un padecimiento sin cura.

Para retratar este tema retomo la experiencia de “vidabipolar” que está conformado por una página de internet y grupo cerrado de Facebook en donde se comparten narrativas de

la enfermedad por bipolares y algunos familiares. A diferencia de los otros espacios descritos, en este yo he tenido oportunidad de entrevistar a Damián quien dirige el grupo y algunos de sus participantes. Saber quienes son las personas detrás de las computadoras, es importante pues por lo menos conozco la identidad de algunos de sus miembros y por lo tanto la autenticidad, al menos respecto a que son personas que han sido diagnosticadas con el TB.

Empiezo describiendo la pagina Web. La dirección electrónica de la página es: <http://www.vidabipolar.com/2014/>. Al final de la página hay un texto que dice:

Responsiva: VidaBipolar provee información acerca de la enfermedad bipolar (Bipolaridad o Trastorno Bipolar) para los visitantes interesados. Esta información no pretende ser una guía para el tratamiento del paciente, así como tampoco es sustituto de consejo o consulta profesional de tratamiento médico que debe ser provisto por un médico con cédula vigente. No deben considerarse como consulta o recomendación médica las opiniones o artículos que se presentan en VidaBipolar. Tenemos un alto compromiso con la veracidad de la información que se presenta, y mantenemos altos estándares de revisión por medio de un comité de revisión científica con médicos especializados en psiquiatría, neuropsiquiatría, neurología, medicina general y epileptología para que los datos sean lo más confiables posibles; aún así estamos conscientes y pedimos de nuestros visitantes la misma conciencia y responsabilidad, de que

toda la información que aquí se presenta no constituye una recomendación médica ni un dictamen especializado.

Lo primero que salta a la vista es el encabezado de la página “Bipolar es una condición genética, orgánica y biológica”. Las secciones que tiene son: *¿a quién acudir?*, *cómo apoyar a alguien con T.B.*, *Bipolar*, *Tipo de Bipolar*, *Mitos y Realidades*, *Videos*, *Extras*, *VidaBipolar*.

*¿A quién acudir?* está compuesta por direcciones, mapas y teléfonos de emergencia y hospitales psiquiátricos. *Cómo apoyar a alguien con T.B.* es una sección de consejos y experiencias elaborados por Damián sobre como debe tratarse a alguien que padece el trastorno, la primera afirmación que hace es la siguiente formula: empatía + buenas intenciones sin buena información = tragedias. Insiste que el paciente debe ser comprendido y apoyado por todos haciendo énfasis que su condición es una enfermedad y comparándola con otras como el cáncer. Destaca su insistencia en acudir a médicos psiquiatras y la descalificación a los psicólogos. Advierte las consecuencias de no tratar adecuadamente a los pacientes, específicamente los intentos de suicidio.

*Bipolar*, es la sección de descripción biomédica de la enfermedad, enfatizando que es una enfermedad químico-cerebral, hereditaria, grave, describiendo los episodios, tratamiento farmacológico, entre otros datos.

En *Tipos de bipolar* se resumen las características de los tipos 1, 2, ciclotimia, bipolar no especificado, ciclado rápido y mixto.

En la sección de *Mitos y Realidades* se enuncian 8 mitos y después en un párrafo o dos se hacen aclaraciones al respecto, algunos: La enfermedad Bipolar es sólo otro nombre para

decir “Voluble” o existe una prueba o análisis para diagnosticar Bipolar, etcétera. En *Videos* se muestran 10 de diversos eventos, algunos organizados por VidaBipolar, algunas entrevistas con médicos, conciertos, etcétera. Finalmente en la sección *VidaBipolar* Damián hace una declaración del por qué decide crear este espacio.

La página descrita da cuenta de las herramientas del ciberespacio como artefactos culturales, es decir es un espacio que ha sido generado por una persona, en este caso, un bipolar, con objetivos y prioridades concretas, un actor social que se legitima a sí mismo a través del uso y divulgación de la enfermedad. Utilizando el discurso científico, específicamente el neurocientífico (descalificando constantemente lo psicológico) para validar su posición frente al padecimiento, constituyendo una bioidentidad, es decir recalando el sustrato biológico que explica su enfermedad y por tanto sus acciones; utilizando el diagnóstico para pasar de un individuo voluble e inadaptado a uno enfermo, medicalizado que atribuye su padecer a la neuroquímica. Discurso que se enmarca en la ideología dominante de un reduccionismo eliminativista en el abuso de lo neuro por medio del cual los fenómenos de orden antropológico, psicológico, social terminarán siendo explicados a través de términos neurocientíficos (García- Albea, 2011).

Además, la página exhibe como los internautas no son sujetos pasivos receptores de información, utilizan la información y deciden sobre ellas; por ejemplo en la página también hay una sección que dice “anuncio importante”, en este espacio Damián hace una declaración sobre el DSM V, específicamente advierte que no está de acuerdo con la

posición del manual sobre el TB por lo que declara que la información de la página se apegará a la versión anterior del manual.

**Anuncio importante:**

A nivel personal, después de estudiar y aprobar el curso “Dissecting the DSM 5” impartido por The Asheville Jung Center con licencia aprobada y con créditos “CE” por educación continua, es una decisión personal que la información aportada en la página esté basada principalmente en el manual diagnóstico anterior: DSM IV-TR, debido a controversias que enfrenta el DSM 5, incluyendo polémica con NIMH, entre otras organizaciones importantes, es por ello que encontrarán partes del sitio que se remiten a citas, criterios, etc... basadas en el DSM IV-TR.

Dato importante, que vuelve a corroborar como el internet en este caso es un artefacto cultural que responde a las agendas personales de quien lo construye.

Además de la página Web, VidaBipolar ha constituido un grupo de Facebook cerrado que también es administrado por Damián y organiza todos los eventos del grupo. El que el grupo sea cerrado significa que no cualquiera puede ingresar, debe ser aceptado por el administrador u otros miembros autorizados, además quien puede modificar cualquier elemento de este espacio es el administrador.

Tras contactar a Damián y hacer una entrevista con él me invitó a integrarme al grupo de Facebook, una vez aceptada, di seguimiento a esta página, la intención de Damián es que se vuelva un espacio de información, haciendo énfasis en el tratamiento biomédico como terapéutica principal o casi única. También es un espacio para difundir sus mensajes y los eventos de una asociación creada por él cuya meta es recabar fondos y hacer trabajo para pacientes con TB. Cuando me integré al grupo Damián hizo una especie de presentación diciendo que estaba haciendo una investigación para el INNN, acto seguido yo lance una invitación para entrevistar a pacientes y familiares, me respondieron varios integrantes del grupo a quienes entrevisté, pero hubo algunas personas con quien no pude tener contacto debido a que no vivían en la ciudad de México. Un punto importante es que por las características del grupo (cerrado) la información no es pública y aunque yo soy parte del grupo, los participantes del mismo no han autorizado que yo utilice sus testimonios. Por esta razón en este espacio describiré los contenidos sin hacer uso de los testimonios, utilizando frases aisladas para caracterizar algún tema.

La página de Facebook se abrió en enero de 2012. Yo me integré al grupo a finales de 2012, desde entonces he revisado la publicación a diario, clasificando los tipos de mensajes y participación. Actualmente cuenta con 270 miembros. Al igual que en la página Web en el grupo se declara que hay un comité científico que supervisa la actividad del grupo. Damián es encargado de supervisar que se cumplan con las normas del sitio. Como criterios para ser eliminados del grupo advierte: poner en riesgo, amenazar, insultar u ofender a otros miembros del grupo por mensajes públicos o privados. El objetivo de la página, de acuerdo con Damián, es contribuir al bienestar de las personas con “Trastorno Afectivo Bipolar”. Además tiene un enlace (<http://www.vidabipolar.com/2013/p/terms/index.htm>) a la página Web vidabipolar

donde se despliegan los “Lineamientos, términos y condiciones”, en donde se especifica cuestiones como: tipo de participación del comité de científicos, derechos de autor, tipo de material que se publica, jurisdicción, etcétera.

Al revisar la página de Facebook, note de primera instancia que hay quienes son más activos que otros y que Damián constantemente lanza comentarios, ya sea avisos, datos sobre la enfermedad o experiencias personales. Del mismo modo Damián contesta casi todos los comentarios que se realizan en el grupo, realizando explicaciones y comentarios amplios, sobre todo cuando hay alguna duda médica, como el efecto de un fármaco, la caracterización de un síntoma o cuando se trata de anunciar alguna actividad o agradecer la participación de alguien con la asociación, sobre todo si son médicos los que han colaborado.

Así, es una fuente de información y un escaparate de un bipolar que se quiere convertir en líder de opinión en el tema. Es importante señalar que el grupo dice ser monitoreado por psiquiatras a solicitud de Damián, pero en el tiempo que he permanecido en el grupo puedo decir que no hay muchas intervenciones de médicos, ni siquiera cuando alguno de sus miembros tienen dudas sobre su tratamiento. Aunque la página está integrada por bipolares, familiares, médicos y algunas otras personas interesadas o cercanas al tema, los mensajes de los bipolares integran el 90% de los comentarios.

En el grupo de Facebook de “vidabipolar” los temas giran en torno a la descripción de las crisis (manía, hipomanía o depresión), mensajes de ánimo, invitaciones a eventos, reflexiones de pacientes, dudas sobre el diagnóstico, uso de medicamento, entre otros. Con el fin de organizar la información haré una descripción por temas.

**4. 1. Ingresos nuevos.** Generalmente cuando hay un ingreso Damián señala que alguien está entrando al grupo dándole la bienvenida, las personas suelen presentarse, agradecer la invitación y señalar que no contaban con un espacio como el que se ofrece en el grupo. Algunos narran su experiencia personal sobre el diagnóstico de la enfermedad, especificando *bajones y subidas* de ánimo, tipo de medicamento (aunque se enfatiza que no se diga los medicamentos que se usan, si suelen preguntarse sobre efectos de medicamentos, sobretodo si están ingresando al grupo), problemas con familiares o pareja por su padecimiento, entre otros.

**4. 2. Reconocimiento del síntoma, describiendo la enfermedad.** La mayoría de los participantes describen como es cuando empiezan a sentir que ya no están bien, en “eutimia”: “empiezo a sentirme triste”, “me cuesta trabajo levantarme”, “tengo ira todo el tiempo”, “soy agresivo”, “tengo muchas ideas” etcétera. Una mujer por ejemplo comentaba que empezaba con el “síndrome de los tecolines<sup>80</sup>: soledad, angustia y desesperación<sup>81</sup>”. También lo hacen a través de preguntas como ¿la bipolaridad puede llegar a ser peligrosa?, ¿ustedes también tienen verborrea y escriben una sarta de incoherencias en sus muros?. En muchas de estas descripciones hay comentarios de angustia y hartazgo al reconocer que están entrando a una crisis. También hay ocasiones en que los participantes empiezan a decir frases como “estoy durmiendo menos”, “quiero hacer muchas cosas a la vez”, “ se agolpan los pensamientos” y reciben comentarios de otros miembros señalando que seguramente están entrando en algún episodio de manía o depresión. En otras ocasiones se describen sucesos que ya pasaron y que ellos perciben como crisis, una mujer por ejemplo habla de como empezó a hacer mucho

---

<sup>80</sup> Es un grupo musical mexicano formado por cuatro músicos que tocan temas rancheros estilo boleros desde principios de los años cincuenta en México.

<sup>81</sup> Letra de una canción del grupo referido.

ejercicio y a recibir críticas de la gente cercana a ella, a pesar de sentirse muy mal dice que su consulta sería hasta dentro de 12 días. Estos comentarios sobre los síntomas, su reconocimiento, las sensaciones que provocan, son comunes y constantes y casi siempre reciben comentarios de solidaridad o identificación por los miembros del grupo. En muchas ocasiones Damián confirma si es o no un síntoma, también recuerda constantemente que deben ser responsables y estar siempre alerta para tratar de evitar las recaídas, la primera opción que ofrece es consultar al psiquiatra. Hay algunos otros consejos como hacer ejercicio, ser empáticos, pero muchas veces se reitera lo molesto que es para la mayoría que como parte de los consejos para enfrentar sus crisis les digan “échale ganas”. Lo interesante de este tema es que los pacientes narran con sus propias palabras lo que están sintiendo, por ejemplo: “*sentir lumbre en las venas, un globo atravesado, tragando y atorado en el esternón, ganas de tirarme de un tercer piso*”.

**4. 3. Comorbilidad.** Algunos participantes hablan de otras enfermedades que también padecen, por ejemplo epilepsia, cáncer de mama u otros padecimientos psiquiátricos como déficit de atención. También se comenta como en algunos casos se han identificado con otras personas que padecen algún trastorno psiquiátrico y han iniciado relaciones de pareja con ellas.

**4. 4. Organización de eventos y reuniones.** Se organizan diversos eventos, la mayoría son organizados por VidaBipolar, hay programas de radio dedicados a la enfermedad, conferencias, etcétera, en estos eventos generalmente representa a la asociación Damián. Otro tipo de evento recurrente es una plática mensual que imparte un psiquiatra en el INNN, este espacio es más bien informativo, pero los bipolares lo aprovechan como un lugar de reunión, también participan familiares, en algunas ocasiones asisten enfermos con otras enfermedades

psiquiátricas. Y finalmente la organización de reuniones entre los miembros del Facebook y otros familiares, médicos o amigos, generalmente también es organizada por Damián o sino él participa en la organización, su opinión tiene mucho peso en cualquier reunión, parece que debe realizarse toda una logística, desde como recibir a gente que viene de fuera, que tipo de reglas habrá, si se podrá fumar o no, etcétera.

**4. 5. Atención médica.** Se pregunta mucho por la sugerencia de psiquiatras, algunas veces psicólogos o terapeutas. Algunas intervenciones preguntan sobre como ingresar a las instituciones públicas o las quejas de cómo no son atendidos o no se les dan los fármacos. También hay quién está interesado en cómo internarse por sentirse muy mal en ese momento. En este tema pude notar que hay una diferencia importante entre el acceso a los recursos médicos y fármacos en el DF y al interior de la República, en el segundo caso hay menores oportunidades para ser atendido por un psiquiatra y los fármacos pueden ser más caros o difíciles de encontrar.

**4. 6. Consumo de fármacos.** Este es un punto fundamental, como he explicado una de las reglas del grupo es no hablar de los medicamentos para evitar que alguien haga mal uso de la información, sin embargo, es un tema recurrente, desde reacciones por un medicamento o dosis del mismo hasta consecuencias por el abandono del mismo. Se habla mucho de la reacciones secundarias como ¿X medicamento causa sobrepeso?, ¿X fármaco puede bajar la libido? ¿la toma de algún antipsicótico provoca cansancio?. Muchos se quejan de que no les está funcionando, en estos casos, a veces, Damián escribe mensajes sobre el tiempo que tarda en hacer efecto un fármaco. Se habla también de cómo algunos

mezclan medicamentos, también es común encontrar mensajes sobre la intención de abandonarlos o que ya los abandonaron, en algunos de estos casos incluyen la narración de las consecuencias (principalmente negativas) ejemplo: Un bipolar describe lo frustrante que le resulta dejar el medicamento y “empezar inmediatamente con las manías con ganas de salir a perseguir gatos o carros”.

Recientemente leí que uno de los usuarios ofrecía cajas de medicamentos que le sobraban, pero cuando quise volver a revisarlo ya no estaba el comentario. Como ya había mencionado las intervenciones de Damián suelen ser muy extensas, el caso de los fármacos es una de ellas, en sus respuestas utiliza términos médicos e insiste en la toma del medicamento recetado, son mensajes muy detallados, algunos de ellos se acompañan por alguna experiencia personal.

**4. 7. Lo cotidiano.** Un rasgo interesante en este tipo de espacios es que aunque la enfermedad está presente y casi todo gira entorno a ella, también se pueden observar intervenciones que reflejan que el sujeto clasificado dentro de la enfermedad mental es además alguien que debe seguir el paso de su mundo social. Que hay situaciones “comunes y corrientes” en parte de su vida, que sus anhelos, decisiones, actos, posturas pueden ser muy similares a las de aquellos que no han sido calificados como pacientes psiquiátricos. Así encontré intervenciones sobre gustos de música, videos, preguntas sobre ¿cómo les fue en el temblor? comentarios sobre proyectos personales como “estoy terminando un curso”, etcétera.

**4. 8. Consumo de sustancias.** En las conversaciones también se habla del consumo de alcohol o cigarro, nunca he visto que hablen de otras sustancias. Las narraciones son de las

consecuencias de mezclar alcohol con los medicamentos, o describir como empiezan a sentir que su consumo es señal de que están hipomaniacos porque fuman o toman más alcohol, comentarios como “estoy eufórico: tome tres cervezas”.

**Familia y relaciones de pareja:** constantemente se narra la falta de comprensión de la familia, por ejemplo, una mujer narra como hace mucho que no ve a su padre, pero que sabe que él habla mal de ella y describe que eso le afecta mucho. Algunos sucesos importantes como muerte de algún pariente, varios comentarios son respecto a la desintegración de la familia nuclear, por ejemplo una mujer describe como hace un año no puede ver a su hijo por la enfermedad.

Muchos comentarios hablan sobre la dificultad de mantener una pareja, como he podido revistar de manera longitudinal los comentarios, se lee de alguien que empieza una relación y parece que no hay problemas, pero con el paso comentan sobre la incomprensión de su pareja por sus crisis o sentimientos de culpa por ser agresivos con ellos o simplemente comentarios de personas que no encuentran a alguien que quiera compartir con ellos debido a su enfermedad.

**4.9.Vida laboral.** Es un tema muy importante, hay constantes quejas sobre la imposibilidad de conseguir una fuente de empleo estable, sobre todo porque algunos de los miembros del grupo van y vienen de depresión o manía y durante esos momentos no pueden trabajar o deben ser internados, una pregunta lanzada por uno de los participantes fue “¿Es posible llevar una vida laboral siendo bipolar?”. Ante un mercado laboral tendiente a la flexibilización parece que a un bipolar le será difícil insertarse, sobre todo si parte de las recomendaciones para mantenerse

estable son: trabajen poco, poco estrés, descansar, no consumir alcohol y consumir los medicamentos. Hay varios mensajes de personas que han sido despedidas, que no encuentran trabajo, que tienen trabajos precarios con poco sueldo y horarios extensos. Varias narraciones de negocios personales que se habían ido a la quiebra durante alguna crisis o que no terminaban de arrancar por falta de apoyo. Por ejemplo una usuaria narra: tengo un negocio en puerta y cuento con 70% para abrirlo, el lunes bien, martes bien, miércoles acostada, jueves triste, pero desganada y me da miedo abrir”.

**4. 10. Lo que se siente cuando se enferman las emociones.** Aquí narro dos tipos de comentarios el primero más recurrente que el segundo a) Vivir por obligación y b) La extrañeza del bienestar. a) Vivir por obligación: encontré muchos comentarios de desesperanza y desesperación, de no saber cómo vivir con la enfermedad y como gracias a este padecimiento la vida se convierte en una pesada obligación, incluso hallé la declaración de una mujer que quería suicidarse ante el cansancio que le provoca luchar contra la enfermedad, ante esta narración inmediatamente recibió comentarios de muchos participantes que la alentaron a calmarse. Otra mujer describe que se siente terriblemente mal al ver como cada año en la misma época se siente frustrada, fracasada, culpable, sin poder conseguir nada en su vida. Otra participante describe que es terrorífico saber que no puede hacer nada, que se siente cobarde por no quitarse la vida, que siente que actúa para que todos la vean feliz y que sólo puede expresar sus sentimientos en la página de Facebook y b) La extrañeza del bienestar: uno de los participantes describe que últimamente ha podido dormir mejor, que está tranquilo y que esto le genera un “pasivo bienestar”, “una paz extraña” que lo hace desconfiar después de haber aprendido a vivir al límite por la manía. Este comentario me parece muy importante porque ya algunos pacientes

que había entrevistado me describían que no saben como comportarse cuando no tienen síntomas de la enfermedad, debido a que toda su vida los han tenido y ya forman parte de su identidad.

**4. 11. Dudas sobre el diagnóstico.** Algunos participantes dudan de su diagnóstico y hacen preguntas al respecto, hacen una descripción de los síntomas y lanzan su duda, generalmente los demás participantes confirman que sí tienen TB. De igual forma, algunos participantes son cuestionados por los miembros del grupo sobre si realmente padecen TB.

**4. 12. Comentarios de fraternidad.** Una característica de las comunicaciones que revise es el lenguaje fraterno, constantemente hay comentarios como “los tengo presentes”, “les mando abrazos”, “me gusta comentarles mis problemas porque son mi familia” en algunos comentarios se dicen hermano, hermana. El lenguaje que generalmente se usa da sensación de cercanía y solidaridad.

**4. 13. Soledad.** Encontré varios comentarios como “me urge hablar con alguien o voy a explotar”, “me siento muy sola”, “necesito hablar con alguien que me entienda sino me voy a volver loco”. Solicitudes para hablar con alguien disponible en ese momento. Narraciones de cómo se han sentido muy mal porque han perdido a todos sus amigos y familiares.

**4. 14. Utilización del ciberespacio, Facebook como campo de batalla.** Como todo campo de interacción social la página de Facebook de VidaBipolar es un espacio común en donde cada individuo cuenta con su propia agenda y que dependiendo del nivel de participación se puede

convertir en un lugar en el que se marcan territorios, pertenencias, así además de mensajes de apoyo, fraternos, encontré algunas peleas entre los miembros del grupo, una de ellas me pareció singular porque refleja que a pesar de ser un espacio abierto de participación, hay un moderador con su propia agenda que al final se impone como líder de opinión sobre el grupo; y por otro lado el tema que he encontrado en varios momentos de la investigación respecto al cuestionamiento de que alguien diagnosticado con una enfermedad mental dirija una página o un grupo virtual o grupo de apoyo no virtual. Específicamente se debate cómo realiza esta actividad, qué limitantes tiene, qué críticas recibe.<sup>82</sup> Todo comienza con el mensaje de Damián quien anuncia que se cerrará el grupo debido a que personas cercanas a él han puesto en tela de juicio su comportamiento, comentario que recibió muchas solicitudes de otros participantes para que no cerrara el sitio, expresando lo que significaba para cada uno de los participantes. Al siguiente día un participante a quien nombraré Juan, para efectos de confidencialidad, solicita al grupo esté pendiente de conductas poco comunes de los miembros, puntualiza que todos están expuestos a estar en esta situación y enfatiza que en ocasiones el cerebro los traiciona y piensan que están bien cuando no es así, invita a que en ese caso se le avise a alguno de los médicos para que de manera discreta lo evalúe. Damián responde a este mensaje dándole la razón, pero comienzan una conversación en donde dice que el cierre de la página es justamente por las acciones de Juan y otros miembros del grupo que a su juicio están manipulando la información, a partir de ese momento hay una avalancha de comentarios en apoyo a Damián y se hace una conversación larguísima donde se concluye que Juan, quien propuso vigilar a los miembros del grupo, se refería específicamente a Damián quien declaró estar en duelo por la pérdida de su

---

<sup>82</sup> En su libro sobre Trastorno Bipolar Emily Martin desarrolla con su experiencia en un grupo de apoyo el tema de la racionalidad y los enfermos mentales a propósito de gestionar sus propios círculos de ayuda.

perra, pero que según su percepción estaba en condiciones de seguir moderando el grupo, capacidad que había sido cuestionada por Juan. Damián señaló que con estas acciones Juan lo había querido desprestigiar con sus amistades y con su familia. La discusión terminó con agresiones de otros miembros y de Damián en contra de Juan, conminándolo a que lo revise su psiquiatra, se habló de que además de padecer TB, tenía cáncer; al final Damián termina diciendo que él lleva sufriendo TB desde los 5 años y que hasta los 37 lo han diagnosticado, explicando todo su itinerario terapéutico y los esfuerzos que ha hecho por abrir y mantener el espacio para que nadie pase lo mismo que él. Se concluye que sacarán a Juan y que no se cerrará el grupo. Días después el administrador agradece a todos su apoyo y señala que están más fuertes que nunca, enfatiza “ya salió el monstruo del closet” y que había salido por sus mentiras.

## 5. Conclusiones

Un punto fundamental en este acercamiento ha sido descubrir la manera en que el uso de las redes sociales puede resignificar la experiencia de algunos bipolares. El aislamiento que sufrían personas en las mismas condiciones en otras épocas se ve modificado por la accesibilidad a la información que permite gestionar y controlar en sus propios términos el TB, a través del: consumo de fármacos, consulta de especialistas, entre otros. Sumado a este encuentro con el conocimiento está la posibilidad de redes de apoyo ilimitadas en tiempo o territorialidad. Además, la relación médico-paciente adquiere otro matiz, la función del psiquiatra se reduce a dar un diagnóstico y sugerir dosis de fármacos, el espacio de escucha es ocupado por extraños que dicen compartir un diagnóstico.

A través de “Vidabipolar” se puede acceder a la cotidianidad de los pacientes, seguir la bitácora personal a través del Facebook amplía la información y permite observar cómo sus integrantes se automonitorean y son monitoreados por su contexto. Igualmente por esta vía hay posibilidad de prestar atención a las contradicciones en el grupo, los discursos de sus integrantes, uso del diagnóstico, sufrimiento y los problemas diarios que exceden el padecimiento, pero que de alguna u otra forma siempre están enmarcados por él.

Tanto la página Web, como el sitio de Facebook, son expresiones de la cultura medicalizada en la que viven los bipolares, no es casual que muchas declaraciones de los bipolares comiencen con “el TB es una enfermedad química cerebral”.

Estos espacios dan cuenta de la forma en que los bipolares son actores sociales, con agendas propias que adquieren reconocimiento por el uso de la información biomédica y como gracias a esto, algunos incluso se convierten en líderes de opinión sobre el TB.

## Reflexiones Finales

En este trabajo etnográfico detallo la experiencia de algunos hombres y mujeres etiquetados<sup>83</sup> con Trastorno Bipolar que acuden al INNN por atención psiquiátrica; de igual forma en otro escenario que cobra gran relevancia por los testimonios ahí plasmados, el grupo cerrado de Facebook “vidabipolar.com”. Narro con detalle la construcción social del TB a través de las rutas terapéuticas, el rito de institución por el cual se constituye la identidad bipolar y el uso de las redes sociales como un espacio virtual para el diálogo y el acompañamiento.

Realice la tesis en un contexto donde existe una transformación sistemática de lo social y cultural en lo biológico, es decir, es un espacio que para brindar atención médica convierte las problemáticas sociales y culturales en síntomas médicos y biológicos y los trata bajo los postulados de las neurociencias. Inicio mis reflexiones finales con esta advertencia porque creo que fue un aspecto fundamental en la construcción del problema de investigación y de las herramientas conceptuales que me ayudaron a abordar y comprender los mecanismos socioculturales que dan forma a las prácticas y significados de las personas que son etiquetadas como bipolares. Como ya lo mencione en la introducción, el paradigma predominante del INNN está basado en la neurobiología y psiquiatría biológica; enfoques que privilegian el estudio del proceso salud-enfermedad-atención desde las ciencias básicas y la práctica médica basada en evidencias; en donde prevalece la noción de que lo social se limita al estudio socioeconómico de las personas que acuden por atención médica. Según este paradigma el estudio de personas bipolares o del TB a través de la antropología debe considerar a la cultura como una variable más, lo que implica que las enfermedades son realidades naturales que simplemente son

---

<sup>83</sup> Utilizo el verbo “etiquetar” en lugar de “diagnosticar” para enfatizar la construcción social de la desviación como sugiere la teoría de la etiquetación: “los grupos sociales crean la desviación al establecer las normas cuya infracción constituye una desviación y al aplicar esas normas a personas en particular y etiquetarlas como marginales” (Becker, 2009:29).

catalogadas de forma diversa de acuerdo con la tradición médico-cultural en juego (Martínez, 2008). Desde esta perspectiva no hay un cuestionamiento a la construcción del conocimiento médico. Aunque esta visión simplifica la mirada social, tuve problemas para superarla por estar inmersa en el ámbito médico y en el trabajo que se realiza en el instituto. Sin embargo, fue el acercamiento al trabajo de campo y a las distintas perspectivas de la antropología sobre la enfermedad mental y la locura, lo que me permitió reenfocar y considerar que tanto la forma como el contenido, son una construcción cultural, de tal suerte que aquí no sólo analizo como se van presentando los síntomas y adquieren una forma de expresión, sino cómo se van construyendo los signos, síntomas y los propios enfermos. Tal como lo menciona Ángel Martínez *la biología llega a convertirse en enfermedad y aflicción humana sólo si recibe significado, es interpretada y articulada en un conjunto de relaciones sociales.* (2008:109)

En los términos de los argumentos de Marcel Mauss, es importante destacar la relación entre lo psicológico y lo social, entre el individuo y el grupo; comprender que lo normal y lo patológico es producto de un orden colectivo. Y que como lo corroboré a través de mi trabajo de campo las relaciones simbólicas que dan cuerpo a las experiencias de los bipolares están construidas en los hechos cotidianos. (Lévi-Strauss, 1979)

Una vez resuelto mi enfoque, me parece relevante señalar las dificultades que tuve para centrar mi trabajo en las experiencias de las personas bipolares y no en el estudio de la construcción social y cultural del término TB, de la nosología psiquiátrica, es decir si bien abordo esta cuestión, no es el objetivo principal, es sólo una dimensión más. Y lo mencionó como un problema porque considero que es un tema muy apasionante que puede generar una amplia investigación. Sin embargo, elijo orientar mi trabajo hacia las experiencias y significados porque me parece que la oportunidad de trabajar directamente con las personas que viven en este contexto es excepcional y me permitió una comprensión profunda del tema.

Traigo a cuenta esta reflexión ya que considero que esta transformación sistemática que convierte lo cultural en lo biológico, no se limita al INNN, es una tendencia que abarca

otros espacios y que desdeña o pone en planos secundarios el estudio de lo social. Me parece muy importante como primera conclusión evidenciar la necesidad de que la antropología se acerque más al estudio de las enfermedades neurológicas y psiquiátricas, de personas que han sido etiquetadas con esos padecimientos, de las prácticas médicas en espacios donde prevalecen estos paradigmas; pues al menos en nuestro país no hay un trabajo extenso.

En este trabajo detallo como es el proceso de construcción social del TB y de la identidad bipolar a través de la reconstrucción de los hechos sociales por medio de las narraciones de los propios actores bipolares, acto que nos abre una ventana a sus mundos interiores y a cómo su identidad fue edificada con representaciones, pensamientos, lógicas, nociones, palabras, gestos, etcétera. La recuperación de las voces de los bipolares a través de sus historias de vida y sus itinerarios terapéuticos dieron respuesta a cómo el colectivo decide que determinadas conductas serán vistas como sintomáticas, en qué circunstancias, cuáles son estas conductas y cómo una persona se descubre como bipolar. Ha quedado claro que el TB es una desviación en tanto es definida por la sociedad de tal forma, la desviación es una consecuencia de la respuesta de los otros. Por lo tanto, la intervención y opinión de la escuela, la familia, la atención médica, el consumo de fármacos y la definición y punto de vista de los medios de comunicación, en conjunto, con las impresiones y reflexiones de las personas etiquetadas con TB, es el material con el que se construyen los mundos simbólicos que dan sentido y significado a la vida cotidiana en el contexto de los entrevistados.

Otro elemento a destacar es la descripción de cómo alguien se convierte en bipolar. Mi análisis no se limita a describir el paso de una persona “normal” a ser “bipolar”, sino cuál es el proceso y la función social del rito por el que se reconoce e institucionaliza la diferencia a través del diagnóstico psiquiátrico. Conclusión que además de retomar a Pierre Bourdieu recoge las reflexiones de Mauss y de la teoría de la etiquetación y que corrobora que la identidad depende de la actitud tomada por la sociedad sobre la persona, como decía en el párrafo anterior, la desviación es creada por la sociedad, es una esencia social que hace a los bipolares. Bipolares que dentro de esta demarcación simbólica

juegan con los conceptos, transgreden, utilizan la información médica, la hacen elástica, por lo que a pesar de que se ha institucionalizado la diferencia en su persona, sus acciones retan la noción del sujeto pasivo que recibe un nombre, los bipolares que yo entreviste utilizan la etiqueta, deciden y en algunos casos dialogan con los médicos, con su entorno.

Un hallazgo de esta tesis es cómo algunos de los entrevistados al asumirse bipolares ejercen sobre sí mismos un autocontrol emocional, un automonitoreo que excede lo esperado en la normalidad, han asumido a tal grado el diagnóstico que están dispuestos a intentar vivir en una especie de asepsia emocional con tal de pertenecer, son policías de sus pensamientos, de sus emociones; el control social invade al cuerpo y se ejerce por el propio individuo. Además encontré que una de las principales transgresiones que el colectivo social relaciona con el TB y por la cual etiqueta a las personas con ese rotulo, es la falta de coincidencia en los ritmos sociales. Tener pensamientos a toda hora, no dormir o dormir demasiado, entre otros, son algunas de las conductas que no encajan y que el entorno de los bipolares asume como símbolos de la enfermedad mental.

Por otro lado, acceder a la vida cotidiana de los bipolares a través de las redes sociales, es una oportunidad única porque muestra diversas dimensiones: la presentación de los bipolares frente a otros bipolares y su interacción, la expresión de sus ideas sin que medie la memoria, es decir a diferencia de las narraciones que obtuve por medio de las entrevistas, en este espacio encontré algunos relatos, por decirlo de alguna forma, espontáneos: “en este momento siento que me quiero morir”, claro con todas las reservas que esto implica, finalmente el discurso que recojo aquí está dirigido y tiene sus propios fines y motivos, sin embargo, ofrece otro recurso para comprender la construcción simbólica de la experiencia de vivir bajo esta categoría. También me permitió explorar cómo y qué tipo de información utilizan los bipolares, cómo dialogan con el modelo médico hegemónico que desdeña la intromisión de los “pacientes” en el uso del lenguaje y la información médica. La construcción de sus propias formas de afrontar su padecimiento: mezcla de fármacos, terapias, formas de escucha, métodos que constituyen una unidad de cuidado independiente a los sistemas de atención formales. La posibilidad de abrir un grupo cerrado en Facebook, permite la comunicación inmediata entre pares, en

este caso personas bipolares, constituye un espacio de escucha que no hay en las instituciones de salud. Sin embargo, tiene sus propios matices pues si bien los bipolares pueden expresar pensamientos, ideas, emociones, percepciones, etcétera que no son bienvenidos en otros lugares, hay una persona que decide si son correctos o no para el grupo; es decir, la libertad de expresión, e incluso el acceso son limitados. El administrador adquiere una figura de autoridad y se entablan relaciones de poder que a veces pueden desviar el motivo de su fundación: acompañamiento, ayuda, entre otras. Sin embargo, me parece que es un espacio único que en definitiva modifica la experiencia de los bipolares y su identidad.

Hay algunas dimensiones que no abordo con profundidad en este estudio y estoy segura pueden profundizar en la comprensión de la vida de los bipolares. La primera es sobre la familia o personas cercanas a los bipolares, específicamente, cuáles son las relaciones entre ellos, cómo influye la percepción y conducta de los familiares en la construcción simbólica entorno al TB y en la identidad de los bipolares. Si bien realicé varias entrevistas a familiares quise dedicar este trabajo únicamente a la voz de los bipolares, pero me parece importante rescatar que la mayoría de las personas a quien entrevisté cuentan con soporte familiar, principalmente en el ámbito económico, sobre todo los varones; encontré más acompañamiento, apoyos financiero y moral hacia los hombres que a hacia mujeres. Dato que no es extraño a la luz de diversas investigaciones que señalan como las relaciones de género, específicamente la valencia y poder diferenciales entre varones y mujeres, determina en gran medida los significados y prácticas en el proceso de salud- enfermedad-atención. Siguiendo con la idea sobre las relaciones familiares y el impacto en la construcción identitaria, las relaciones que se entablan entre los bipolares y su entorno cercano, son en su mayoría conflictivas. En muchos de los casos, algunos familiares parecen espectadores pasivos de la conducta de los bipolares. Algunos otros participan y como ya lo comenté en los capítulos 3 y 4 son ellos quienes, principalmente, recuerdan a los bipolares que son bipolares y que sólo los pueden ver así, aunque no tengan síntomas, no tengan problemas; es la familia o la pareja quienes construyen de primera mano la enfermedad mental. Igualmente, hay ciertas contradicciones de la actitud y el discurso de algunos bipolares hacia sus familias que llamaron mi atención, por

ejemplo algunos exigen que no se les trate como bipolares, pero al mismo tiempo piden que reconozcan que son diferentes, que son enfermos mentales, entiendo que lo que no quieren es que se les estigmatice por ser bipolares, pero algunas veces estos matices no son tan claros. Además también encontré que algunos bipolares pueden ser muy demandantes, constantemente solicitan comprensión, no observe el mismo grado de reciprocidad o empatía hacia sus familias o parejas. Así, son relaciones complejas, llenas de claroscuros que merecen un estudio aparte.

Los médicos psiquiatras son otros actores sociales que participan en la construcción de la identidad de los bipolares, pude entrevistar a varios para mi trabajo y en la elaboración del análisis están presentes. Algunos hallazgos a resaltar son: a) la relación entre médico y bipolares, más como cliente-proveedor, b) la función de la atención médica frente a las necesidades de las personas etiquetadas bajo una enfermedad mental y c) la modificación de la relaciones tradicionales entre médicos y bipolares a propósito del acceso a la información médica. Respecto al primer punto, el comentario constante en casi todas las personas que entrevisté era: “si me siento mal el psiquiatra me pregunta si tengo manía o depresión y dependiendo de mi respuesta me ajusta la dosis, no hay nada más”. Imaginen a una persona que tiene pensamientos suicidas y el médico le responde: “ajuste su dosis, nos vemos la semana que entra”. En este contexto pareciera que los psiquiatras son un tipo de distribuidores de drogas que se limitan a aumentar o disminuir la dosis, pero no intervienen en el consuelo, acompañamiento y cuidado que pide el bipolar, la pregunta inevitable ¿es el médico psiquiatra quien debe dar este consuelo?, ¿cuál tendría que ser su función?, ¿alguien puede resolver estas situaciones en los bipolares? Me parece que este es un tema que debe estudiarse a profundidad y que da pie a la siguiente reflexión sobre la función de la atención médica frente a las necesidades de las personas etiquetadas bajo una enfermedad mental y no me limitaría a una enfermedad mental, sino a padecimientos de cualquier naturaleza. El comportamiento de los psiquiatras frente a las necesidades de atención de los bipolares responde a un modelo de atención que rige la salud en nuestro país, en donde tenemos grandes hospitales que se limitan a diagnosticar y en su caso dar seguimiento a través del control de fármacos y algunas otras terapias, pero que no inciden en la vida cotidiana de las personas que acuden por atención, específicamente en sus

necesidades de cuidado y acompañamiento. Faltan instituciones intermedias que brinden herramientas para enfrentar la vida con este tipo de etiquetas. Finalmente sobre la modificación en la relación de los psiquiatras con los bipolares por el acceso a la información médica, de acuerdo a mi trabajo de campo, encontré una reticencia de los médicos a que los bipolares intervengan u opinen, sin embargo, es algo inevitable, los bipolares no sólo cuestionan las dosis de sus fármacos, sino el diagnóstico y gestionan el uso de las terapias. La disponibilidad del conocimiento es una herramienta que empieza a cambiar el modelo paternalista y autoritario que prevalece en la atención médica de las enfermedades mentales.

No puedo dejar de mencionar mi observación sobre el trabajo que se realiza en el INNN, he visto a personas que acuden al Instituto con severos problemas: una mujer que no quiere moverse de la cama porque piensa que las paredes se mueven, un hombre que golpea a su madre por pensar que alguien en su cabeza lo ordena, personas que llevan sin moverse semanas porque no tienen ánimo de hacerlo, he experimentado estar frente a alguien que piensa que la muerte es la única salida para salir del agobio en el que vive, es decir he podido observar directamente con lo que los psiquiatras lidian todos los días. He visto como resuelven etiquetar a alguien bajo algún concepto psiquiátrico, su metodología, sus alcances y limitaciones. Estas dimensiones me permiten cuestionarme si es la psiquiatría y sus médicos quienes deberían ser los únicos que intervengan en este tema; si es el colectivo quien va construyendo social y culturalmente el padecer, en términos de atención ¿quién y cómo debería intervenir? El sufrimiento que viven los bipolares no es sólo por el diagnóstico, es por la utilización del mismo como una barrera, una armadura que los controla, los encierra y los limita.

Con estas últimas reflexiones puedo concluir que hay una insuficiencia en el abordaje terapéutico dentro del modelo médico hegemónico debido a las limitaciones de la práctica cultural biomédica. Sin embargo, considero que estas circunstancias se pueden modificar abriendo miras a prácticas diversas, incluidas aquellas que retoman los abordajes de la medicina tradicional de nuestro país u otras experiencias como las prácticas interculturales sanitarias emergentes en el ámbito asociativo e institucional que en Bélgica

y España están creciendo en el marco de la diversidad cultural y que retoman la praxis etnopsiquiátrica. (Muñoz, 2014) Creo que este tema es una de las líneas que se deben profundizar en el espacio de reflexión antropológica y sociológica en México.

Finalmente, me parece importante apuntar que muchas de las quejas y el sufrimientos que yo pude observar en los bipolares no son atribuibles a la construcción social y cultural del TB, son parte del malestar que compartimos muchas personas, que responde a un sistema social injusto e inequitativo. Me parece que este trabajo es el parteaguas para profundizar en las experiencias de los bipolares en diversos contextos, en las experiencias de otras personas etiquetadas bajo conceptos como esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, etcétera y comprender las lógicas simbólicas de la construcción social de la atención de las enfermedades mentales. Hasta aquí encontré el cuerno del Minotauro, falta llegar hasta la cola a través de los laberintos de la mente y la acción social.



## Bibliografía

Akiskal, H. (2001). *Hacia una nueva clasificación los trastornos Bipolares*. En: Vieta, E. (coord.) Trastorno Bipolar. Avances Clínicos y Terapéuticos (pp. 271-297). Madrid, España: Editorial Panamericana.

Álvarez, J. (2006). Historia de la cultura como historia intelectual. Prescripción, descripción y textualidad en la cultura. Obtenida el 23 de febrero de 2012, de: <http://ublogs.unicauca.edu.co/wp-content/uploads/sites/18/2014/10/luis-evelio-alvarez-historia-de-la-cultura-como-historia-intelectual.pdf>

Aguiguren, E. (1987). *Relaciones internacionales: una perspectiva antropológica*. Chile: Editorial Andres Bello.

Aguirre, S. (2002). Demarcación de la psicología cultural. *Revista Mal-Estar E Subjetividad Fortaleza* II(1), 92-117. Obtenida el 21 de marzo de 2012, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27120107>

Arenas, A. y Rogelis, A. (2006). Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. *Universitas Médica*, 47(2), 147-156.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. España: Masson.

Bastide, R. (1998). *Sociología de las enfermedades mentales*. México:

Siglo XXI Editores.

Bastide, R. (1965). Sociología de la locura: ¿Puede la sociología Durkheimiana ofrecer un marco para la sociología de las enfermedades mentales? *Revista Mexicana de Sociología*, 27 (2), 517-533.

Bauman Z. (1996). Teoría sociológica de la posmodernidad. Espiral, Estudios sobre *Estado y Sociedad*, II (5), 81-102.

Becker, H. (2012). *Outsiders, hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires. Siglo XXI.

Becker, H. (2012). *Outsiders, hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Benedict, R. (1934). La Antropología y el Anormal. *Journal of General Psychology*, 10(2), 59-82.

Benedict, R. (2008). *El crisantemo y la espada*. Madrid: Alianza editorial.

Beneduce, R. (2006). Enfermedad, persona y saberes de la curación. Entre la cultura y la historia. *Anales de Antropología*, 40 (I), 77-131.

Berenzon, S. y Juárez, F. (2005). Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 619-26.

Bermejo, C. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 45 (3), 193-210

Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

------(2007-a-). El diagnóstico psiquiátrico no categorial (relaciones, dimensiones y espectros). *Norte de Salud Mental*, 27, 126-128.

------(2007-b-). “Psicopatología: pasado, presente y futuro”. *Informaciones psiquiátricas*. Tercer trimestre; 189. Obtenida el 5 de mayo de 2011, de: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2007/03\\_189\\_02.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/03_189_02.htm)

Beta, J. (1972). *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: Universitaria.

Betancourt, F. (2011). De ausencias y retornos: historiografía y psicoanálisis en la obra de Michel De Certeau. *Cuicuilco*, 11(003), 1-28.

Beteta, E. (1999). Neurobiología y Neurobiogenética. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*, 1(1), 11-16.

Bourdieu, P. (2008). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. España: Akal.

Brown, G.W, Birley, J.L.T y Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Bury, M. (1982). Chronic Illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), 167-182.

Burrows, R. Nettleton, S. y Pleace, N. (2000). Virtual community care? social policy and the emergence of computer mediated social support *Information, Communication & Society* 3(1), 95-121.

Calvario, E. (2008). Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico. Obtenida el 23 de junio de 2012, de:

<http://www.sociologia.uson.mx/docs/publicaciones/cuadernodetrabajo/5sobrelaenfermedad.pdf>

Calzada-Lemus, F. (2011). Las visitas domiciliarias, instrumento determinantes del perfil socioeconómico de pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. 2003-2009. *Arch Neuroc* 16:24-8.

Caraveo, J. y Mas, C. (1990). Necesidades de la población y desarrollo de Servicios de Salud Mental. *Salud Pública de México*, 32(005), 523-53.

Carothers, J.C. (1953). *The African mind in health and disease. A study in ethnopsychiatry*. Geneva: World Health Organization.

Caroppo, E., Muscelli, E., Brogna, P., Paci, M., Camerino, C., y Bria, P. (2009) Relating with migrants: ethnopsychiatry and psychotherapy. *Ann Ist super Sanita*, 45(3), 331-340.

Castells, M. (2003). La dimensión cultural de Internet. *Andalucía educativa*; 33, 7-10.

Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. México: Lugar editorial y Universidad Nacional Autónoma de México.

Cervera, J.(2002). *Una teoría general del blog*. En: Cerezo, J. (Eds.) *La blogosfera hipana* (10-19). Publicatuslibros. com, Obtenida el 20 de septiembre de 2014, de: <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=9x8kJStrlBsC&oi=fnd&pg=PA2&dq=blogosfera&ots=Z7CWCdUurh&sig=FCa6h2ZrGX4hCpHPz4hDAIch3s#v=onepage&q=blogosfera&f=false>

Changeux, J. (1985). *Neuronal man: The biology of Mind*. New York: Oxford University Press.

Chavez-León, E. (2004). Tratamiento farmacológico de la fase depresiva del trastorno bipolar (depresión bipolar). Primera parte. *Salud Metal*, 27 (5), 33-43.

Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Garcia-Garcia M., Reinares M., Torrent C., *et al.* (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119 (10.27), 366-71.

Comelles, J. y Hernaez, A. (1997). Paradojas de la antropología médica Europea. *Nueva antropología*, XVI (53), 187-214.

Comelles, J. (2007). Cultura, sociedad y psiquiatría en España. *Frenia*, VII, 7-24.

Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Argentina: Locus Hipocampus

Cooper, R. (2004). What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15(1), 5-25.

Creighton, M. (1990). Revisiting shame and guilt cultures: a forty-year pilgrimage. *Ethos*, 18 (3), 279-307.

Crossley, N. (1998). R. D. Laing and the british anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis. *Soc. Sci. Med.* 47(7), 877-889.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. (1996). *World Mental Health: Problem Priorities in Low-Income Countries*. Oxford: Oxford University.

Devereux, G. (1972). *Etnopsicoanálisis complementarista*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

----- (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Madrid: Barral Editores.

------(1977). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.

Diflorio, A. y Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry*, 22 (5), 437-52.

Dilling, H. (2004). *Clasificación*. En: Gelder, M., López-Ibor, J. y Andreasen, N. (Eds.) *Tratado de psiquiatría* (pp. 137-147), tomo I. Barcelona, España: Ars Medica.

Durkheim, E. (2007). *El suicidio*. México: Colofón.

Elias, N. (1989). *Sobre el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Estalella, A. (2006). La construcción de la Blogosfera. En Cerezo, J. (Eds.) *La blogosfera hipana*. (20-38). Publicatuslibros. com, 2006. Obtenida el 20 de septiembre de 2014, de <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=9x8kJStrlBsC&oi=fnd&pg=PA2&dq=blogosfera&ots=Z7CWCdUurh&sig=FCta6h2ZrGX4hCpHPz4hDAIch3s#v=onepage&q=blogosfera&f=false>

Etxebarria, I. (1986). Situación actual de la nueva psiquiatría en Italia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, VI ( 018), 463-467.

Ey, H. y Bernard, P. (1976). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.

Falloon, I.R.G, Boyd, J.L, & McGill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford

Figuroa, G. (2006). Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: “Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie”. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 44 (2), 134-146.

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*. 50 (3), 3-20.

----- (1990). *Tecnologías del Yo y otros textos afines*. Paidós Ibérica. Barcelona, Buenos Aires, México.

----- (2003). *Vigilar y Castigar nacimiento de la prisión*. México. Siglo XXI

----- (2004). *Historia de la Locura en la época clásica*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

----- (2006). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Franco, F. (2008). El chamán como enfermo mental según George Devereux. *Anuario Grhial*, 2:35-50.

Freud, S. (1923). *Dos artículos de enciclopedia. Obras Completas. Vol. XVIII*. México: Amorrortu Editores.

Galván, V. (2009- a). La recepción extracadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XXIX (104), 485-500.

----- (2009- b). Los acontecimientos de mayo del 68 y la lucha antipsiquiátrica. *HAOL*, 19: 177-179.

----- (2011). ¿Tres lobos o una manada de lobos? Guattari, Deleuze y Foucault. *A Parte Rei*, 75, 1-16.

García-Albea, J. (2011) Usos y abusos de lo neuro. *Rev Neurol*, 52 (10), 577-580

García, V. y Saal A. (2007). Transculturalidad y enfermedad mental: Los mapuche en Neuquén. *Revista de la Facultad*, 13,35-57. Obtenida el 17 de marzo de 2012, de: <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/viewFile/3/2>.

Gardner, H., Kleinmman, N., Brook, R., Rajagopalan, K., Brizee, T. y Smeeding., J. (2006). The Economic Impact of Bipolar Disorder in an Employed Population From an Employer Perspective. *J Clin Psychiatry*, 67(8), 1209-18.

Geertz, C. (2003). *La interpretación de la culturas*. España: Gedisa.

Giraldo, C. (2005). La clínica psiquiátrica: ¿signos y síntomas de una crisis? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), pp. 556-571.

Goffman, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1994). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

----- (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Good, B. (2003). *Medicina racionalidad y Experiencia*. España: Ediciones Bellatierra.

Goodwin, F. y Nassir, G. (2004). *Trastornos del humor*. En: Gelder, M., López-Ibor, J. y Andreasen, N. (Eds.). *Tratado de psiquiatría* (pp. 805-811). tomo I. Ars Medica. Barcelona, España.

Graves, R. (2007). Los mitos griegos II. Obtenida en 5 de mayo de 2015, de: <https://asesoriaentesis.files.wordpress.com/2015/04/graves-robert-los-mitos-griegos-ii.pdf>

Kleinman, A.(1988). *The illness narratives suffering healing and the human condition*. Estados Unidos: Basic Books.

Kleinman, J. (2000). *El curso social del sufrimiento: esquizofrenia, epilepsia y otras enfermedades crónicas en la cultura china*. En: González E. y Comelles J. (Coord.). *Psiquiatría transcultural* (101-116). España: Asociación española de neuropsiquiatría Estudios.

Kohn, R., Levav, I., Almeida, J., Caldas de, V., Benjamín, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*,18(4/5), 229–40.

Hardey, M. (2001). “E-HEALTH”: The internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowloedge. *Information, Communication and Socity*, 4 (3), 388-405.

Harkness, S., y Super, C. (1983). The cultural construccion of child developmente: A framework for the socialization of affect. *Ethos* 11, 221-231.

Hine, C.(2004). Etnografía virtual. USA: Editorial UOC. Obtenida 15 de Octubre de 2014, de: <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CZkG-7lYWbgC&oi=fnd&pg=PA7&dq=comunidades+virtuales+de+cuidado&ots=idcyl0BaO5&sig=wQedgyt9EgorPOwLTN3tKCC4QNA#v=onepage&q&f=false>

Hooley, J. (2007). Expressed Emotion and Relapse of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 3, 329-352.

Hunter, J. (1991). Anthropology, Expressed Emotion, and Schizophrenia. *Ethos*, 19 (4), 387-431.

Kardiner, A., Linton, R. y Bois, C. (1945). *The Psychological Frontiers of Society*. New York: Columbia University Press.

King, S. y Dixon, M. (1999). Expressed Emotion and Relapse in young Schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (2), 377-386.

Kirmayer, L.J y Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry*. Jun, 45(5), 438-46.

Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(13), 22-30.

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science & Medicine*, 11(1), 3-10.

Kleinman, A. y Good, B. (1985). *Culture and depression, Studies in Anthropology and Cross- Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.

Kraepelin, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Jara M., Lana K., Schneider L., y Lemos K. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 177, 22-24.

Laban, A. (1993). Prolegomenon to a processual Approach to the emotions. *Ethos*, 21(4), 417-415.

Laing, R.D y Esterson, A. (1967). *Cordura, Locura y Familia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Laplantine, F. (1973). *La etnopsiquiatría*. España: Gedisa.

Larrosa, J. (1995). *Tecnologías del Yo y educación. (Notas sobre la construcción y la mediación pedagógica de la experiencia de sí)*. En: Larrosa, J.(Ed.) *Escuela, poder y subjetivación* (pp. 257-329). Madrid: Las Ediciones de La piqueta.

Le Breton, D. (2009). *Las pasiones ordinarias*. Antropología de las emociones. Buenos Aires: Nueva Visión.

Leinone E. y Kampman. (2010). Psychiatric comorbidity in bipolar disorders. *Duodecim*, 126 (15), 1785-92.

Lerner, G. (1985). Psiquiatría democrática en crisis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, V (12), 82-85.

LeVine, R. (2001). Culture and Personality Studies, 1918-1960: Myth and History. *Journal of Personality*, 69(6),803-818.

Lévi-Strauss, C. (1979). *Introducción*. En: Mauss, M. *Antropología y Sociología*. (pp.13-42). España: Editorial Tecnos.

Lima M. y Moncrieff J. (2008). *Una comparación de fármacos versus placebo para el tratamiento de la distimia* (Revisión Cochrane traducida). Obtenida el 10 de mayo 2011, de <http://www.update-software.com>.

Linton, R. (1945). *Cultura y Personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica.

López y Muñoz. (1994). Aprender a aprender; algunas aproximaciones prácticas al fenómeno del aprendizaje. *Revista Universidad Eafit*, 95, 17-25.

Lopez-Muñoz, F., Alamo, C. y Cuenca, E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología, *FRENIA*, II (1), 77-107.

Los Cobos, A. (1998). *Carácter social y enfermedad la metáfora médica y las ciencias sociales*. España: Universidad de Castilla- La Mancha.

Lozano, B. (2003). En el aniversario de Erving Goffman (1922-1982). *Reis*, 102, 47-61

Lucerga P. (2003). Gregory Bateson: lectura en clave semiótica de una aventura epistemológica del siglo XX. *Revista Electrónica De Estudios Filológicos*. Obtenida el 20 de mayo de 2012, de <http://www.um.es/tonosdigital/znum5/perfiles/bateson.htm>

Lutz, C. (1988). *Unnatural Emotions. Everyday sentiments on a Microsesian Atoll their challenge to western theory*. United States of America: The university of Chicago press.

Lynch, O. (1990). *Divine Passions. The social construction of emotion in india*. Los Angeles: University of California press.

Martí y Murcia (1988). *Enfermedad Mental y entorno urbano*. Barcelona: Editorial Átropos.

----- (2008). *Experiencia interior y trabajo de campo etnográfico*. En: Bullen M. y Diez, M (coord.) *Retos teóricos y nuevas prácticas*. (pp. 117-140). España: [Ankulegi Antropologia Elkarte](http://www.ankulegi.org). Obtenido el 15 de junio de 2012, de: <http://www.ankulegi.org>

Martin, E. (2009). *Bipolar Expeditions, Mania and Depression in American Culture*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Martínez A., Orobitg G. y Comelles J. (2000). *Antropología y psiquiatría, una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad*. En: González Emilio y Comelles Josep M. (Coord.) *Psiquiatría transcultural* (117-246). España: Asociación española de neuropsiquiatría Estudios.

Martínez, A. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cad. Saúde Pública*, 22(11), 2269-2280.

----- (2008). *Antropología médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. España: Anthropos.

Mead, M. (1961). *Adolescentes y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Medina-Mora, ME. Borges, G., Muñoz, CL., Benjet C., Blanco J., Fliz C., et. al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 4(26),1-16.

Menéndez, E. (1992). Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. En: Campos, R. *La antropología médica en México*. (pp. 101-113) México: Instituto Mora-UAM.

Méndez, G. (2003). Retórica de la esquizofrenia en los epígonos del modernismo. Tesis de doctorado. Madrid. Obtenida el 20 de mayo de 2012, de: <http://eprints.ucm.es/tesis/fil/ucm-t26684.pdf>

Meza E., Soriano A., Solís, O., y Silva, A. (2003). Funciones mentales, la actividad más evolucionada del cerebro. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, (8)3, 5-8.

Mier, R. (2000). La antropología ante el psicoanálisis: la iluminaciones tangenciales. *Cuicuilco*, 7(18). Obtenida el 2 de octubre de 2012, de: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101806.pdf>

Molledo, A. (2004). Más allá de la nosografía: la explicación cognitivo procesal sistémica del síntoma. *Psicoperspectivas*, III, 85-93.

Moro, L. (1996). Aportaciones de la Antropología psicológica al Estudio de la personalidad desde la Cultura. *Ars Brevis*, 61-80. Obtenida el 2 de octubre de 2012, de: [file:///Users/violencia/Downloads/93984-164880-1-PB%20\(1\).pdf](file:///Users/violencia/Downloads/93984-164880-1-PB%20(1).pdf)

Mosquera, M. (2008). De la etnografía antropológica a la etnografía virtual estudio de las relaciones sociales mediadas por Internet. *FERMENTUM*, 18 (53), 532-549.

Muñoz, R. (sf). *El antropólogo en la consulta de etnopsiquiatría: cuestiones metodológicas en la investigación e intervención clínica*. Inédito.

----- (2014). *Propuestas interculturales de intervención sanitaria: de la praxis antipsiquiátrica en el ámbito asociativo, a la consulta etnopsiquiátrica en un hospital de Bruselas*. En: Brigidi, S. y Comelles, J.(comp.). *Locuras, culturas e historia*. (173-197).

Nivón, E. y Rosas, A.(1991). Para interpretar a Clifford Geertz. Símbolos y metáforas en el análisis de la cultura. *Alteridades*, 1 (1), 40-49.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Obtenida en 5 de mayo de 2011, de: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)

Ortiz, T. (2004). Neurociencia y psiquiatría. En. Lopez-Ibor J. , Leal C. y Carbonell, C. (Edit.). *Imágenes de la psiquiatría*. (pp.133-143). Barcelona: Editorial Glosa.

Ortner, S. (1984). Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 26 (1),126-166.

Parsons, T. (1951). *El sistema social* Madrid: Alianza.

Páez, Y. (2003). El Minotauro en su laberinto. *Aposta*, revista de ciencias sociales. Obtenida en 5 de mayo 2015, de: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/yidy1.pdf>

Pedrique, L. (2002). Entre la locura y la anormalidad. *Boletín Antropológico*, 20 (056): 857-878.

Pérez-Rincón, H. (2011). Defensa e ilustración de la psiquiatría. *Salud Mental*, 34, 473-480.

Piker, S. (1998). Contributions of Psychological Anthropology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29 (1), 9-31.

Pini, S., Queiroz, V. y Pagnin, D. (2005). Prevalencia y consecuencia de los trastornos Bipolares en países europeos. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4),425-434.

Portelli S. (2009). Antropología aplicada a la intervención psicoterapéutica: la experiencia del Centre Georges Devereux. *Revista d'antropologia i investigació social*, 3:84-98. Obtenido el 13 de noviembre de 2012, de: [http://periferiesurbanes.org/wp-content/uploads/2011/02/ESAntropologia\\_aplicada\\_intervencion\\_psicoterapeutica.pdf](http://periferiesurbanes.org/wp-content/uploads/2011/02/ESAntropologia_aplicada_intervencion_psicoterapeutica.pdf)

Porter, R. (2002). *Breve historia de la Locura*. Fondo de cultura económica: México.

Ramírez, E. (2001). Antropología compleja de las emociones humanas. *ISEGORÍA*, 25,177-200.

Ranga, R. (2005). Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine* 67, 1–8.

Regier, D., Myers J., Kramer, M., Robins L., Blazer, D., Hough R., Eaton W. y Locke B. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 41(10), 934-41.

Regeser, S. y Guarniaccia J. (2000). Cultural Psychopathlogy: Uncovering the social Word of mental Illness. *Annu. Rev. Psychol*, 51, 571-598.

Rissmiller, D. y Rissmiller, J. (2006). Evolution of the Antipsychiatry movement into Mental Health consumerism. *Psychiatr Serv. Jun*, 57(6), 863-6.

Rizo, M. (2001). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Obtenida el 20 de junio de 2012, de: [http://www.portalcomunicacion.com/lecciones\\_det.asp?id=17](http://www.portalcomunicacion.com/lecciones_det.asp?id=17)

Rodríguez- García, P., Rodríguez-Pupo, L. y Rodríguez-García, D. (2004). Técnicas clínicas para el examen físico neurológico. I. Organización general, nervios craneales y nervios raquídeos periféricos. *REV NEUROL* 39 (8), 757-766.

Rodríguez, M. y Llorca, J. (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Rev. Esp. Salud Pública*, 78, 141-148.

Roiz, M. (1988). La familia, desde la teoría de la comunicación. *Reis*, 48:117-136.

- Ropper, A. y Brown, R. (2007). *Principios de Neurología de Adams y Victor*. México: Mc Graw Hill.
- Rosaldo, M. (1983). The shame of Headhunters and the Autonomy of Self. *Ethos*,11(3),135-151.
- Rose, S. (1996). *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Roteili, F., De Ieonardis, O. y Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados») *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, VII(2), 165-187.
- Rush, J. (2003). Toward an understanding of bipolar disorder and its Origin. *Clin Psychiatry*, 64 [suppl 6], 4 -8.
- Rutsch, M. (1981). Fundamentos de la teoría culturalista boasiana. *Boletín de antropología Americana*, 4, 115-138.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.). *Manual de Psicopatología*. vol. 2. (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill.
- Sapir, E. (1961). *Culture, Language, and personality: Selected Essays*. Berkeley: University of California Press.
- Sartorius, N. Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M. Cooper, J. y Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med*, 16(4),909-28.

Schütz, A. (2003). *El problema de la realidad social*. Argentina: Amorrortu editores.

Shweder, R. y Levine R. (Eds.). (1984). *Culture theory. Essays on mind, self and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.

Siles, I. (2005). Virtualidad y comunidad. *Rev Ciencias Sociales*, 108, 55-69

Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28: 339-358.

Szazs, T. (2001). *Ideología y Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Torres-Salinas, D., y Cabezas-Clavijo, Á. (2008). Los blogs como nuevo medio de comunicación científica. [Comunicación]. Obtenido el 15 de mayo de 2014, de:[http://eprints.rclis.org/11515/1/Torres-Salinas%2C\\_Daniel\\_y\\_Cabezas-Clavijo%2C\\_Alvaro.\\_Los\\_blogs\\_como\\_nuevo\\_medio\\_de\\_comunicacion\\_cientifica.pdf](http://eprints.rclis.org/11515/1/Torres-Salinas%2C_Daniel_y_Cabezas-Clavijo%2C_Alvaro._Los_blogs_como_nuevo_medio_de_comunicacion_cientifica.pdf)

Turkle, S. (1997). *La vida en la Pantalla construcción de la identidad en la era de Internet*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Turner, R. (1988). Personality in Society: Social Psychology's Contribution to Sociology. *Sociat Psychotogy Quarterly*, 51(1), 1-10.

Uribe, C., Vásquez, R., Martínez, S. y Castro, C. (2006). Virginidad, Anorexia y Brujería: El caso de la pequeña Ismena. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, 3, 51-90.

Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. España: Masson.

Vallejo Ruiloba, (s.f). Valoración de la clasificación norteamericana de los trastornos afectivos. Obtenida el 20 de junio de 2012, de: [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc7019.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7019.pdf)

Wyatt, S. Et al. (2005). The digital divide, health information and everyday life. *New media and society*. 7(2), 199-218.

Wyszynsky, D. (1998). La epidemiología genética: disciplina científica en expansión. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health*, 3(1), 26-34.

Yassa, R., Nair, V, Nastase, C., Camille, Y., y Bezile, L. (1988). Prevalence of bipolar disorder in a psychogeriatric population. *J Affect Disorders*, 14, 197-201.

Zegers, B y Larraín, M. (2002). El impacto de la Internet en la definición de la identidad juvenil: Una revisión, *PSYKHE*,11(1), 203-2016.