

LUCHANDO CONTRA EL MINOTAURO

EXPERIENCIAS DE PERSONAS
CON TRASTORNO BIPOLAR

María Alejandra Sánchez Guzmán



Universidad Veracruzana

Esta obra se encuentra disponible en Acceso Abierto para copiarse, distribuirse y transmitirse con propósitos no comerciales. Todas las formas de reproducción, adaptación y/o traducción por medios mecánicos o electrónicos deberán indicar como fuente de origen a la obra y su(s) autor(es). Se debe obtener autorización de la Universidad Veracruzana para cualquier uso comercial. La persona o institución que distorsione, mutile o modifique el contenido de la obra será responsable por las acciones legales que genere e indemnizará a la Universidad Veracruzana por cualquier obligación que surja conforme a la legislación aplicable.

LUCHANDO CONTRA EL MINOTAURO

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

SARA LADRÓN DE GUEVARA

Rectora

MARÍA MAGDALENA HERNÁNDEZ ALARCÓN

Secretaria Académica

SALVADOR TAPIA SPINOSO

Secretario de Administración y Finanzas

OCTAVIO OCHOA CONTRERAS

Secretario de Desarrollo Institucional

ÉDGAR GARCÍA VALENCIA

Director Editorial

LUCHANDO CONTRA EL MINOTAURO

**EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON
TRASTORNO BIPOLAR**

María Alejandra Sánchez Guzmán



Universidad Veracruzana
Dirección Editorial

Clasificación LC: RC516 S26 2020
Clasif. Dewey: 616.895
Autor: Sánchez Guzmán, María Alejandra.
Título: Luchando contra el Minotauro : experiencias de personas con trastorno bipolar / María Alejandra Sánchez Guzmán.
Edición: Primera edición
Pie de imprenta: Xalapa, Veracruz, México : Universidad Veracruzana, Dirección Editorial, 2020.
Descripción física: 207 páginas : ilustraciones : 21 cm.
Serie: (Corpus universitario)
Nota: Bibliografía, páginas 195-207.
ISBN: 9786075028675
Materias: Psicosis maniaco-depresiva.
Psicosis maniaco-depresiva--Estudio de casos.

DGBUV-30

D. R. © Universidad Veracruzana

Dirección Editorial

Nogueira núm. 7, Centro, CP 91000

Xalapa, Veracruz, México

Tels. 228 818 59 80; 228 818 13 88

direccioneditorial@uv.mx

<https://www.uv.mx/editorial>

Primera edición, 21 de noviembre de 2020

ISBN: 978-607-502-867-5

Diseño de colección: Aída Pozos Villanueva

Publicación apoyada con recursos PROFEXCE 2020.

Impreso en México/*Printed in México*

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

INTRODUCCIÓN

“Ah cabrón, la neta me sentí mejor al saber contra qué 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 qué iba a luchar.”

PERSONA ETIQUETADA CON TRASTORNO BIPOLAR

En este trabajo se “escuchan” las voces de mujeres y hombres que se reconocen en el límite de la cordura, según el matiz de sus emociones, y que han sido clasificados por la psiquiatría con trastorno bipolar (TB), una enfermedad que, como se analizará de manera amplia en uno de los capítulos, se caracteriza por fluctuaciones en el estado emocional.

Independientemente de la concepción médica, la enfermedad mental, en específico este trastorno, es un cúmulo de circunstancias ritualizadas, expresadas en etiquetas como depresión, manía, hipomanía, etc., que constituyen significados a través de discursos y prácticas que terminan por incluir o excluir a las personas en determinados espacios sociales.

El punto de partida es el relato de personas diagnosticadas con TB por una institución de atención neurológica y mental, el Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia Manuel Velasco Suárez (INNN). Se realizó un acercamiento etnográfico de cómo viven con este padecimiento y de qué manera se apropian de él; cómo pasa una persona “sana” a ser “bipolar” y qué significa serlo. Esto es, el interés se centra en la construcción de su identidad a partir de un diagnóstico médico y de qué manera influye en su contexto social y cultural. Preocupa el antes y el después, es decir, de qué forma se institucionalizan una vez nombrados no solo por los médicos, sino considerados de esta manera por la sociedad. También, de qué forma viven el día a día quienes lo padecen.

A manera de introducción, se destacan brevemente algunos elementos clave para poder entender las prácticas y significados que los que aquí intervienen le atribuyen a su TB. Se ubican coordenadas de personas que narraron sus experiencias respecto a su visión frente a los adelantos psiquiátricos contemporáneos y se analizan algunas definiciones médicas del trastorno. Por último, se describen todas las etapas de este en cada capítulo. La mayoría de los elementos desarrollados serán parte importante según corresponda, además de identificar las estructuras significativas de las experiencias de las personas diagnosticadas¹ (Geertz, 2003: 302). Desde esta perspectiva se comprenden mejor los procesos simbólicos mediante los cuales los pacientes interactúan con el mundo real (Castro, 2011: 67).

El argumento de este libro es saber qué mecanismos culturales y sociales construyen y dan forma a las experiencias de personas que han sido etiquetadas con TB. Se distinguen dos dimensiones, a saber:

1. Desde una perspectiva sociocultural se cuestiona el concepto de enfermedad mental, en específico al TB, para preguntar: ¿Qué es el trastorno bipolar de acuerdo con la descripción psiquiátrica? ¿Cómo se construyen desde la antropología la locura y la enfermedad mental? ¿De qué manera enferman las emociones?, ¿En qué consiste un estado de ánimo y cómo se puede medir al convertirse en un trastorno? ¿De qué manera se clasifica a alguien con TB y cuáles son los parámetros para hacerlo?
2. Respecto de la construcción de identidad social de las personas diagnosticadas: ¿Cuándo y a partir de qué determinadas conductas serán interpretadas por las personas como “sintomáticas”? ¿Qué permite a la persona “descubrirse enferma?” ¿Por qué la sociedad la considerarla una persona enferma? ¿Cómo influye saberse clasificado así en su vida cotidiana y en el sentido de la misma? Por último, y una vez que son atendidos, ¿cómo utilizan los métodos terapéuticos? y ¿por qué se convierte en bipolar y cuáles son las herramientas del mundo contemporáneo que les permiten construir su identidad?

Se trata de comprender el proceso para saber cómo llegaron a ser bipolares. A través de los itinerarios terapéuticos se reconoce la participación de la cultura, de

¹ Se considera que son los actores sociales quienes dan sentido a la cultura, por ello se privilegia como fuente de información su punto de vista (Ortner, 1984).

saberes distintos de construcción identitaria y del proceso de señalamiento social por consecuencia de un diagnóstico médico.

Un elemento clave es que las narraciones biográficas que dan cuerpo al trabajo se encuentran en proceso de reconstrucción constante, y aunque su identidad ni está dada ni definida, la enfermedad es para ellos un eje de identificación crucial (Bauman, 1996: 86). Para este grupo de personas, la información, el acceso al conocimiento y la construcción del mismo serán rasgos distintivos e importantes para comprenderse e identificarse. Del mismo modo, el tiempo es redefinido por sus circunstancias de vida (vivir con depresión o manía; síntoma del TB es la distorsión del tiempo y quienes lo padecen viven en otro ritmo que no se adapta al de su entorno social).

Algunas particularidades importantes que definieron las experiencias fueron las condiciones económicas y académicas de quienes participaron. La mayoría tenía ingresos suficientes para comprar sus medicamentos, pagar su tratamiento, su alimentación, sus bienes y servicios básicos como agua potable, luz, teléfono, etc. También tenían acceso a la tecnología, poseían un grado académico profesional, mejor control de la información y, además, apoyo social, es decir, eran personas que decidían e intervenían en su tratamiento. Esta situación contrasta con las condiciones de vida de la mayoría de la población que acude al INNN, caracterizada por tener recursos económicos escasos, bajo nivel académico, poco o nulo apoyo social y que se sumergen en contextos donde la pobreza, el abandono o la violencia son más comunes y los ahogan 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 el capítulo III), hay un uso preponderante de la psiquiatría y sus fármacos. Así, este acercamiento no profundiza en la tensión que otros trabajos han descrito entre el modelo médico alternativo o subordinado, y el modelo médico hegemónico; es más bien una visión hacia los pacientes frente a su conocimiento psiquiátrico y en donde muestran sus contradicciones, encuentros y desencuentros, límites, alcances y significados, más allá del discurso dominante. Finalmente, otra característica que el lector reconocerá como propia del grupo entrevistado son las herramientas que usan para enfrentar su patología, reflejo del mundo posmoderno en que se encuentran. A propósito del tiempo y del espacio, se describirá la forma en que usan el internet y las redes sociales como vía para acceder, construir información y usarla de manera terapéutica para recibir apoyo social.

Se eligió estudiar el TB en un hospital cuyo principal objetivo es el estudio de padecimientos neurológicos, debido a que las características de la práctica psiquiátrica abren espacios al análisis antropológico, pues su principal fuente de insumo para los diagnósticos es el discurso y el comportamiento. Siempre ha sido interesante el ejercicio clínico por medio 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 el proceso de etiquetación que deviene en una identidad nueva para quien lo padece. Además, la identidad subalterna de la psiquiatría frente a otros saberes médicos y el cuestionamiento a sus construcciones teóricas² son elementos muy interesantes de revisar a través de una mirada social.

El trastorno es un concepto psiquiátrico basado en una entidad poco estable dentro del campo de las emociones. que son situaciones o condiciones difíciles de evaluar, de significar; 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 llaman la atención: 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, diferentes a otras condiciones donde la desesperanza es la única forma de comprender el padecimiento; el trastorno plantea un panorama en el que los pacientes llegan a valorar positivamente algunos síntomas, sin que se deje de lado su percepción de incertidumbre y sufrimiento que les generan los padecimientos psiquiátricos. En segundo lugar, los pacientes están en condiciones de narrar sus experiencias, situación que no es tan factible en otros padecimientos como la demencia, la esquizofrenia o las depresiones severas.

En especial, se considera el estudio de la dimensión cultural de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar a la luz de un contexto en donde las emociones se

²Esta condición es algo que he corroborado durante mi trabajo dentro del INNN, pero también es algo que algunos psiquiatras han estudiado. Por ejemplo, Pérez-Rincón, quien cita a Heinz Katschnig, enumera algunos retos que la psiquiatría debe afrontar hoy en día: “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” (Pérez-Rincón, 2011: 473).

utilizan para realizar un diagnóstico: para el *marketing* de una empresa, la manipulación de un voto, etc., en un periodo en el tiempo que adjudica 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 pueden resolver un crimen, diagnosticar a una persona o recetar un fármaco. En este caso que nos ocupa, la neurociencia³ aparece para tratar de resolver cualquier problema a través del escrutinio del cerebro. En el mismo marco, la psiquiatría biológica pretende 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 situaciones, objetos, lugares o sujetos que no necesariamente se relacionan con la enfermedad, y donde hay un fármaco o terapia que arregla la vida sexual, la falta de sueño, el exceso de felicidad, la falta de energía, etcétera.

El INNN tiene algunas características importantes para comprender los itinerarios terapéuticos de los participantes, la atención que recibieron, la práctica psiquiátrica que sirvió de fundamento en el proceso de etiquetación por el que pasaron y las prácticas y significados atribuidos al TB.

Aunque el instituto es un centro de atención médica, también realiza investigación y enseñanza. Hay diversos grupos según su trabajo y su profesión: médicos, estudiantes, residentes (que realizan su residencia en el instituto en cualquiera de las especialidades que oferta: psiquiatría, neurología, neurocirugía, etc.), enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogas, psicólogas, trabajadores administrativos, investigadores (en la mayoría de Ciencias Básicas –biólogos, químicos, físicos, etc.). Existe muy buena relación entre las distintas áreas que lo integran: administrativas, médica, enfermería e investigación, siendo el área médica la que tiene mayores prerrogativas.

Su objetivo es el estudio de las enfermedades cerebrales, principalmente la investigación básica de las neurociencias con orientaciones neurobiológicas⁴ y con

³ La neurociencia tiene como objeto de análisis la integración de diferentes disciplinas que estudian el sistema nervioso (Ortiz, 2004: 133).

⁴ “La neurobiología estudia la evolución filogénica y ontogénica referida a los cambios anatómicos, fisiológicos y bioquímicos aplicados al desarrollo y a la maduración normal del cerebro” (Beteta, 1999: 1).

la psiquiatría biológica.⁵ Es decir, el paradigma de actuación y de enseñanza de la institución se basa en el análisis biológico de las enfermedades que atiende, y deja las condiciones sociales y culturales en segundo plano o ajenas al proceso de enfermedad y de atención.

Los datos se recabaron por medio de la observación participante en el INNN y la etnografía virtual en redes sociales, concretamente en un grupo de Facebook hecho por personas que se consideran o fueron diagnosticadas con trastorno bipolar. También se realizaron entrevistas minuciosas a algunas más, a sus familiares y amigos y a médicos y residentes del instituto.

Cabe destacar que todos los participantes en este análisis dieron su consentimiento informado antes de comenzar las entrevistas, aunque con la finalidad de guardar su confidencialidad todos los nombres que aquí aparecen serán seudónimos.

El libro se estructura de la siguiente manera: una “Introducción” y seis capítulos. En esta se analizó la antropología frente a la enfermedad mental y se desarrollaron algunas herramientas teóricas para leer acerca de los mundos simbólicos descritos por los y las entrevistadas para, posteriormente, referir los elementos que permiten comprender los datos psiquiátricos que construyen la idea de TB.

El primer capítulo es una lectura etnográfica de las prácticas y significados de las personas etiquetadas como bipolares, un acercamiento desde la antropología hasta la enfermedad del individuo con la intención de saber de qué forma esta disciplina la ha estudiado para lograr múltiples acercamientos a diferentes plantea-

⁵ La psiquiatría biológica es una de las corrientes dominantes en el auge de los estudios neurocientíficos actuales. Es decir, para esta las bases biológicas de la enfermedad mental son el sustrato más importante para su definición y su atención. Kendler es uno de los principales autores dentro de este paradigma, y sostiene cinco principios que la definen:

- 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 (cit. por Figueroa, 2006: 136).

mientos epistemológicos y teóricos. Se resalta el uso de la antropología simbólica para comprender la construcción social y cultural del trastorno y su proceso de etiquetación.

El segundo capítulo tiene como meta retratar las dificultades que implica este estudio a partir de la definición psiquiátrica. Se pretende que el lector comprenda lo difícil que es estudiar las emociones: su definición, su valoración, su medición, etc. También se abordan algunos problemas de las bases teóricas de la definición y la construcción de los términos psiquiátricos, específicamente del TB; se mencionan las dificultades que se tienen al realizar la exploración psiquiátrica y se destacan datos epidemiológicos que ayudan a contextualizar la condición médica en nuestro país.

El tercero consiste en la descripción detallada de los itinerarios terapéuticos de las personas entrevistadas, sus decisiones y acciones al descubrirse y definirse con el trastorno. Es también una introducción a los mundos simbólicos de estas personas en al menos dos dimensiones: cómo se construye el TB por el contexto social y familiar de los entrevistados y de qué manera estos se reconstruyen a través del diagnóstico, es decir, cómo hacen una lectura de su pasado a partir de este.

En el cuarto se busca comprender cómo alguien se convierte en bipolar. Para ello se describe el proceso de etiquetación social a través del diagnóstico psiquiátrico, de su tejido social y su reconocimiento de serlo, y se describe de qué forma 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 de la enfermedad mental.

El quinto capítulo es una reflexión acerca 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 un control eficiente para ellos mismos; además, se puntualiza el automonitoreo constante de las emociones como un anhelo de quienes han sido marcados como bipolares, con la finalidad de atenuar la diferencia por la que han sido marginados. Por último, se destaca la categoría del tiempo como un elemento clave para comprender por qué los bipolares no son o no pueden ser integrados en sus contextos sociales.

En el último capítulo se analiza cómo las personas con el padecimiento se encuentran en un grupo de Facebook con personas iguales a ellos y logran un

espacio terapéutico. Se destaca la manera en que las redes sociales y el acceso a internet permiten un contexto que redefine a los “pacientes” en actores sociales; no solo tienen acceso a este, sino que lo construyen y lo manipulan. Esto replantea las relaciones médico-paciente, la utilización de fármacos y la aplicación de diversas terapias y, sobre todo, permite a la persona bipolar reconstruir continuamente su identidad.

Las historias y experiencias de los bipolares dejan claro que las “desviaciones” por las que son etiquetados son definidas por su entorno; son sus parejas, maestros, familia y médicos los que construyen esta clasificación. Veremos que la institucionalización de la identidad “bipolar” es resultado de una serie de rituales en donde los “enfermos” la asumen; sin embargo, no lo hacen de manera estática, en cambio juegan y reifican esta demarcación simbólica. Además, el lector podrá observar la manera en que los bipolares utilizan las redes sociales como un espacio en donde se encuentran con pares, discuten con ellos y crean diversas interacciones que inciden en sus procesos de atención y vida personal.

I. 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

Cuando hablamos de antropología y enfermedad mental o locura,⁶ debe pensarse en por lo menos tres planos o dimensiones: *a*) el individuo (loco, desviado, enfermo mental, etc.), *b*) las instituciones que definen la enfermedad mental (cárceles, asilos, manicomios, granjas, entre otras), y *c*) los saberes que enmarcan y dictan la práctica social respecto a la locura (psiquiatría, psicología, etnopsiquiatría, sociología, antropología, etc.), 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 análisis. Desde su constitución como disciplinas de estudio 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 lo jurídico, entre la alteridad y la enfermedad mental, son las relaciones entre naturaleza y cultura y, más adelante, entre biología y sociedad, las que intentan 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 de su comportamiento anormal. Los datos etnográficos sobre

⁶ La ciencia clásica griega es la base del desarrollo médico que hoy clasifica los trastornos que conocemos como psicológicos o psiquiátricos; también constituye las concepciones de locura situadas en el conocimiento popular (Martínez, Orobitg y Comelles, 2000).

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 (2007), a través de la descripción detallada de la *demencia* y de la *demencia precoz*, tratará de establecer las bases anatomoclínicas para extraer lo étnico e incorporarlo al modelo médico y, al mismo tiempo, rechazar la posibilidad de la psiquiatría comparativa. Esta postura no solo obstruye la comunicación entre las ciencias sociales y la práctica clínica, sino la penetración del paradigma psicoanalítico. Al delimitar el tratamiento de la enfermedad mental se secciona 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, y la sociología empírica o culturalismo. En oposición, el panorama europeo, constituido principalmente a partir del interés médico que escudriña en los distintos enfoques teóricos más compatibles con el modelo médico y que tiende más a la psicología individual o al organicismo. Predomina la psicopatología fenomenológica alemana o la positivista francesa, encabezadas por las teorías lombrosianas, el constitucionalismo, la eugenesia, y en algunos casos el psicoanálisis y la higiene mental (Comelles y Hernaez, 1997).

En particular, el estudio de la enfermedad mental a través de la antropología se ha caracterizado por la falta de homogeneidad, en ocasiones por la sistematización limitada, la tosquedad metodológica y la poca vinculación (Comelles y Hernaez, 1997). Muchos de los acercamientos de las ciencias sociales a la psiquiatría provienen de médicos o psiquiatras, quienes, 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 explicar los fenómenos sociales y culturales que constituyen las enfermedades mentales y su tratamiento; por lo general lo hacen a través de los clínicos y el saber psiquiátrico. La dificultad para hacer un mapa o una genealogía de la relación entre antropología y psiquiatría es rastrear líneas claras que aborden como trabajo académico el estudio sistemático de la enfermedad.

La multiplicidad de enfoques entre antropología y enfermedad mental incluyen la antropología psicológica, el psicoanálisis antropológico, la psiquiatría social, la

etnopsiquiatría, la psiquiatría cultural o transcultural, la sociología de las enfermedades mentales, la antipsiquiatría, la psiquiatría democrática, entre otras (véase el cuadro 1). Estas demarcaciones teóricas muchas veces no limitan de manera clara su distinción con otras disciplinas, sino que pueden compartir algunos postulados y no necesariamente se constituyen como corrientes bien definidas.

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

Año	Exponentes	Teoría o enfoque
1895-1935	Sigmund Freud	Psicoanálisis
1904	Krapelin	Psiquiatría comparada
1940	Devereux	Psiquiatría primitiva
1945	Aubin	Etnopsicopatología
1951	Gallais y Planques	Perspectiva etnopsiquiátricas
1953	Caroths	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 antiinstitucional
1973	Kennedy	Psiquiatría cultural
1977	Crapanzano	Etnopsiquiatría
1977	Kleinman	Nueva Psiquiatría transcultural
1982	Murphy	Psiquiatría comparativa

FUENTE: Tomada y modificada de Beneduce, 2006: 79.

Dada la imposibilidad de poder abarcar de manera profunda cada uno de estos enfoques o teorías, en las siguientes líneas abordaremos de brevemente algunas de las principales reflexiones sobre el tema, síntesis que dará un marco mínimo para comprender la dimensión cultural de la experiencia de vivir como bipolar.

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 es que, si bien comparten algunos puntos, su gran diferencia consiste en que mientras la antropología se interesa por un conjunto de representaciones sociales y conscientes, el psicoanálisis parte del inconsciente.

La intención no es profundizar en la construcción teórica y práctica del trabajo de Freud, tampoco señalar con detalle su influencia en la antropología, solo se pretende 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 teoría de la psicología humana. De acuerdo con él, 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: 243). De esta manera, el psicoanálisis será un esfuerzo por encontrar la dimensión simbólica en las experiencias cotidianas y en los procesos del inconsciente.

Habrá 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 detractores. Asimismo, las influencias del psicoanálisis en la antropología también rebasan la propuesta freudiana. Lo interesante de esta corriente 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 sitúan en la frontera entre lo propio de la objetividad y lo imaginario” (Betancourt, 2011: 15-16).

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” (Martínez, Orobig y Comelles, 2000: 132). A través del reconocimiento

del deseo replantea al sujeto y su actuar, además de inaugurar una forma novedosa de terapia por medio del descubrimiento del inconsciente y los mecanismos de la represión; también pone de manifiesto la participación colectiva del 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 esta 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: 11).

El psicoanálisis aportará una metodología de estudio y un código que pueden resultar tan útiles como discutidos en el campo antropológico (Martínez, Orobíg y Comelles, 2000: 143), reconfigurando el entendimiento y el estudio de la actividad psíquica y cultural, es decir, lo normal y patológico y lo mental y orgánico.

En respuesta a nuestro objetivo, habrá que decir que la obra y el método de Freud tendrán influencia en autores como Kroeber y en algunos integrantes de la corriente de Cultura y Personalidad: Marcel Mauss, Lévi-Strauss, Gezá Rohei, Turner, etc. Uno de los principales desencuentros con la antropología será la validez respecto a la generalización de las tesis psicoanalíticas, específicamente la relación edípica y la comprensión y el 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 su obra ejerció influencia sobre la histeria y la interpretación de los sueños en la que establece su teoría del simbolismo mental.

Por ello, la escuela de Cultura y Personalidad desarrolló de manera teórica y sistemática la antropología psicológica. El trabajo de Freud será la base principal para el desarrollo clásico de estas, resultado de un intercambio entre antropólogos americanos y los proponentes del psicoanálisis. La influencia principal proviene del psicoanalista Abram Kardiner, retomado 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 psicosimbólico, donde 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 (Martínez, Orobí y Comelles, 2000).

De este modo, a los autores pertenecientes de Cultura y Personalidad les interesan nociones como inconsciente, represión o sublimación, sin darle importancia a la universalidad del complejo de Edipo y a otras aportaciones de Freud en *Tótem y Tabú* (Martínez, Orobí 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 (Martínez, Orobí y Comelles, 2000).

Para este trabajo, lo interesante de algunas aproximaciones de Freud y sus contrapartes es acercarse a la enfermedad mental escudriñando lo cotidiano, el día como fuente de observación, entender cómo se construye lo patológico y comprender los vínculos entre subjetividad y cultura destacando la parte relacional, teniendo como meta encontrar el alcance de lo simbólico más allá de las paredes de lo biológico y hallar la cultura en el proceso de ajuste de los individuos y su participación en la configuración de la identidad.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA: MARCEL MAUSS

Tal y como lo explica Lévi-Strauss (1979), la obra de Marcel Mauss plantea una reflexión interesante sobre la medicina psicosomática, necesaria en este capítulo. En su argumento, Mauss 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 solo puede comprenderse como un mundo de relaciones simbólicas captado de forma diferenciada por psicólogos y sociólogos; mientras los primeros reconocen las relaciones simbólicas de manera esporádica dentro de una serie de datos anormales, los segundos lo harán en múltiples repeticiones a través de los hechos normales (Lévi-Strauss, 1979).

Respecto al sistema simbólico, Lévi-Strauss argumenta que es un ser colectivo que se expresa a través de las costumbres e instituciones; ante esto, las conductas por sí 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).

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

En esta propuesta se puede comprender a la “sociedad como un universo donde solo un grupo discreto de masas estaría perfectamente estructurado”, y es inevitable que en cada grupo social haya individuos que estén fuera de estos sistemas o entre dos de estos. Los individuos ubicados en las fronteras son obligados a adoptar ciertas formas. De esta manera, su posición periférica no los deja fuera del sistema, sino que los incorpora; incluso podría afirmarse que “dentro de cada sociedad la relación entre conductas normales y conductas especializadas es complementaria” (Lévi-Strauss, 1979: 21). Por lo tanto, los distintos trastornos mentales que se expresan en las sociedades conforman el equilibrio dentro de estas. 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 de la sociedad hacia ellos. Por ello, la enfermedad mental, de acuerdo con este argumento, será una contingencia y el resultado de una determinada sociedad:

Las enfermedades mentales son incidencias sociológicas sobre la conducta de individuos cuya historia y constitución personal se han 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: 19).

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 es quien se niega a participar en la vida social.

El argumento de Mauss, de acuerdo con Lévi-Strauss, parece vigente y útil para leer la experiencia de las personas catalogadas como bipolares. 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 otro, las narraciones desarrolladas más adelante darán cuenta de cómo, en efecto, los entrevistados son enfermos mentales en tanto no participen en la vida simbólica colectiva y no coincidan en tiempo y espacio con su comunidad, tal como lo sugiere Lévi-Strauss de la obra de Marcel Mauss.

NORTEAMÉRICA: 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. Podemos distinguir los siguientes acercamientos en relación con 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).
- b) La sociología de la enfermedad mental: la Escuela de Chicago (Faris, Goffman, etc.).
- c) La antropología de la comunicación de la Escuela de Palo Alto, encabezada por Bateson y Watzlawick (Álvarez, 2006).
- d) La psiquiatría transcultural (Kleinman, Guernica, Kirmayer, entre otros).

Cultura y Personalidad

El movimiento de Cultura y Personalidad surgió en Estados Unidos. Comienza en 1918 con la publicación de *El campesinado polaco en Europa y América* de Znaniecki y concluye en 1939 con la obra de Abraham Kardiner, *El individuo y su sociedad*. Este campo de estudio, liderado por Franz Boas, explora la cultura a través del particularismo cultural desde donde es explicada 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 comenzaron a confeccionar la relación entre cultura e individuo. Algunos autores sugieren dividir este movimiento en fases de acuerdo con la influencia de postulados: “la primera fase, prefreudiana de ‘emicismo’, bosiano de clara influencia, y la segunda, posfreudiana” (Aguirre, 2002: 98).

Boas se inscribe en la corriente subjetivista-relativista y establece la posición teórico-metodológica del relativismo cultural, además de sostener 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; afirma 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 donde los participantes tenían distintas posturas y no abordaban unidimensionalmente los fenómenos ni se limitaban a un tema en relación con la cultura y el individuo. Durante las dos décadas de construcción teórica no solo estuvo Boas y sus alumnos (Ruth Benedict, Margaret Mead, Edward Sapir), sino otros como Gregor Bateson, Ralph Linton, Irving Hallowell, John Dollar y varios más. Por ejemplo, se distingue el grupo de Dollar y Murdock, quienes estaban preocupados por 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 humanis-

tas, 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 tiende a ignorar las variaciones en favor de homogenizar la psicología cultural (Smircich, 1983).

Ruth Benedict, en su obra *Patrones de la cultura* (1934), 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, sean definidos como la interpretación de un alejamiento del patrón dominante. La distinción de lo normal y anormal está dentro de un rango amplio y se define culturalmente.

Su propuesta resume a la normalidad, que está definida por la cultura, como una variante del *bien*; mientras que las acciones normales caen dentro de los límites del comportamiento esperado, la anormalidad se desborda de estos límites culturalmente institucionalizados; por consiguiente, 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) están desprovistos y expuestos a la exclusión social.

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 (Eguiguren, 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* en algunas sociedades, Benedict estudiará la configuración cultural de los zuñis y los caracterizará como cooperadores y controladores; a los indios de las llanuras, competitivos e individualistas que gustan de las emociones violentas; a los kwakiutles, dogmáticos y jactanciosos; y a los dobuanos, hostiles y suspicaces. Partiendo de la misma propuesta, en su obra *El crisantemo y la espada* (2008) 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 y 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 Psicología 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 solo la traducción, en el plano del psiquismo individual de una estructura puramente sociológica” (Lévi-Strauss, 1979: 17). Como veremos más adelante, estas críticas, realizadas por otros antropólogos, conformarán un estigma importante hacia su investigación y la de otros estudiosos del campo de la cultura y de la personalidad (Creighton, 1990).

Sin embargo, dentro de este campo de estudio hubo otras propuestas además de las de Benedict. Por ejemplo, Abraham Kardiner (1939-1945) sostiene que la institución cultural puede distinguirse de la personalidad individual. Su formulación 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 su trabajo por considerar que usaba sus categorías de una forma *ad hoc* más que a través de un trabajo sistematizado. Además, se han 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).

Por otra parte, 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 la 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, e 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, la plantean en términos de un constructo teórico según el cual la personalidad varía dependiendo de la cultura y de 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; utiliza las biografías e historias de caso para explicar las complejidades de la personalidad y la relación individuo-cultura estableciendo 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 en la homogenización poblacional (García y Saal, 2007). En este texto no se asumen todos los postulados de esta, pero sí algunas de sus ideas desarrolladas en trabajos de psiquiatría transcultural analizadas más adelante.

SOCIOGÉNESIS Y ENFERMEDAD MENTAL

Con los trabajos de la Escuela de Chicago⁷ se inició el estudio del enfermo en su entorno social, otorgando importancia a los factores ambientales que generan la aparición de los trastornos mentales (Martí-Tusquets y Murcia, 1988). Las primeras preocupaciones de esta escuela eran los problemas sociales considerados

⁷ La Escuela de Chicago será el centro del proyecto desarrollado en Estados Unidos a partir de 1910; su objeto de estudio es la construcción de una ciencia social con bases empíricas. Esta corriente utilizará como principal laboratorio la ciudad de Chicago para estudiar temas como: desorganización, marginalidad, aculturación, asimilación y movilidad (Martí-Tusquets y Murcia, 1988).

desviados: homosexualidad, prostitución, drogadicción y alcoholismo. Junto con la sociología de la anormalidad y la influencia de Talcott Parsons⁸ se intentará definir a la enfermedad mental como parte de la desorganización social.⁹ Asimismo, a partir de la tercera década del siglo pasado, los sociólogos de esta estudiaron al enfermo mental a través del análisis de la microsociedad y de la cultura de los hospitales psiquiátricos, el deterioro y la 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 se parte del enfermo mental; se refiere a la ciencia del comportamiento social mórbido de los individuos afectados por trastornos mentales. Este enfoque pone más atención en la psicopatología que en la sociología, y esta última se convierte en un capítulo especial de la psicología social. Su objetivo de estudio es la personalidad anormal del individuo y se interesa en la resocialización, y lo hace a través del 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; y 3. *La sociología de las enfermedades mentales* (SEM), que tiene como interés las colectividades y grupos. Su meta es establecer correlaciones entre ciertos hechos sociales y algunas enfermedades, sin que estas correlaciones sean forzosamente leyes causales (Bastide, 1998).

⁸ Parte de la propuesta de Talcott Parsons (1951) 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 él, cuando el enfermo asume su rol como "dependiente" puede recibir un beneficio secundario.

⁹ De acuerdo con Roger Bastide (1998), Parsons es uno de los grandes expositores de la sociología psiquiátrica y postula la *teoría de la desviación*, la cual se refiere a todas las conductas que se apartan de las que están 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 con las demandas individuales. En este planteamiento la psicoterapia representa un mecanismo de control.

Como ya se ha hecho patente, la relación entre las condiciones sociales y culturales con la enfermedad mental será objeto de discusión dispersa por muchas disciplinas de manera dispersa, así lo atestigua Bastide en su libro *Sociología de las enfermedades mentales*.

El siguiente cuadro resume algunos enfoques de este acercamiento:

Cuadro 2. Enfermedad mental, sociedad y cultura

Representantes	Argumentos
Comte (1956)	Para Comte, la locura es el “pensamiento egoísta”, la rebelión del individuo contra la humanidad.
Morel (1857)	A través del Tratado de las degeneraciones pone en paralelo el aumento de la criminalidad con el aumento de 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.
Lévy Bruhl (1922)	Distingue dos especies de mentalidades, la prelógica, característica de las sociedades primitivas, y la <i>lógica</i> , propia de nuestra sociedad. A partir de esta premisa, autores como Charles Blondel señalan 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.
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 biológicas) 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.
Le Guillant (1954)	Parte de los conceptos de la 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.

Representantes	Argumentos
Durkheim (1897)	Proporciona a la sociología de las enfermedades mentales el concepto de anomia, con dos acepciones: subjetiva y objetiva. 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 periodos 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, 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 sociogénesis.
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 solo los individuos sino las sociedades pueden trastornarse.
Goffman (1970) y Basaglia (1972)	Estudiarán las relaciones del enfermo mental; la enfermedad mental es un 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 solo se puede estudiar la patología mental a través del grupo. Afirmará que las variaciones individuales del comportamiento humano en relación con 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. Hizo, además, un análisis del Ethos colectivo e interpretó la enfermedad mental como una variación de la moral del grupo.
Sarro (1972)	Retomando la propuesta de Lévi-Strauss (1958) sobre el mito –el nexo de la relación social para determinar las estructuras comunes a individuo y grupo– trabajará en una teoría de los mitos (mitologemática), describiendo los mitologemas o temas delirantes más comunes de 36 personas con esquizofrenia.

FUENTE: Elaboración propia, basada en J. L. Martí-Tusquets y M. Murcia, 1988.

Escuela de Palo Alto

Ya que la comunicación es un tema propio de distintas disciplinas (filosofía, lingüística, antropología, matemáticas, etc.), la teoría de la comunicación se caracterizó por la participación de diversas perspectivas. Por ello, 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, la *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 se desarrolla.

Interaccionismo simbólico

Una de las corrientes más utilizadas en los abordajes psicológicos y en la sociología médica es la del *interaccionismo simbólico*. El término es acuñado por Hebert Blumer en 1938, también llamado “colegio invisible”. La premisa fundamental de este 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 en la sociología médica, debido a que permite examinar con 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 en que estas moldean su conducta, es decir, explicar cómo la interacción humana tiene lugar mediante el intercambio de símbolos y significados (Castro, 2011). Los antecedentes que darán cuerpo a este planteamiento serán el concepto de *hecho social* que propone Durkheim (1978) y la *acción social* de Weber (1981). Uno de sus aportes metodológicos importantes es la sistematización y el análisis cualitativo a través de la *teoría fundamentada* (Castro, 2011). Algunas de las categorías más importantes del interaccionismo simbólico son “sí 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 analizar 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 dramática en la que los individuos llevan a cabo *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, de esta manera, diferenciar unos equipos de otros (Castro, 2011).

Estigma. La identidad deteriorada (2003) es otra obra importante de Goffman. En esta aplica su propuesta del análisis de la vida de las personas que poseen un estigma, entendido como marcas o atributos de un sujeto, por los que se presupone cierta inferioridad de aquellos que lo portan. En este trabajo se distingue entre “identidad virtual”, lo que uno debería ser, e “identidad social”, lo que uno es, y donde se 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 segundo no lo es. Lo interesante es que, de acuerdo con este planteamiento, todos somos susceptibles a ser estigmatizados (Goffman, 2003).

En su trabajo en el Hospital St. Elizabeth, de Washington, estudiará y describirá el manicomio como una institución total. Su libro *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1994) se enfoca en exponer la versión sociológica de la estructura del yo de los enfermos mentales. Afirmará que no hay grupo social en el que no se desarrolle una vida social, no importa si se 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 otro, la posición que asumen 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: 1. Periodo previo a la internación, *prepaciente*, 2. Estadía en el hospital, *paciente*, y 3. El alta del hospital, *expaciente*. Durante todo este proceso interviene una serie de agen-

tes además del médico psiquiatra; estos 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 pérdida de sus derechos y libertades 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. De esta forma, 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 hacia la desviación social. Autores como Becker, Lemert y Scheff son los primeros en desarrollar sus postulados. La idea principal de este acercamiento es que “la reacción de los grupos sociales frente a diversas formas de desviación primaria es lo que constituye la desviación. Es lo que los grupos designan como desviación lo que constituye la desviación” (Castro, 2011: 96).

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

Sociología de las enfermedades mentales (SEM)

El principal representante de esta tendencia es Bastide (1998), quien tiene como objetivo definir esta sociología. La pregunta rectora de su obra es: ¿Cuál es la aportación de la sociología en las enfermedades mentales? Para dar respuesta la divide en una extensa recapitulación de los aportes sociológicos teóricos del estudio de las enfermedades mentales (parte de esta síntesis es retomada en el cuadro 2) y en una revisión de 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 estas enfermedades y lo rural o lo urbano, entre las metodologías utilizadas para este efecto y su incidencia, de acuerdo con la profesión, etcétera.

El problema medular de la obra de 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 entre la sociogénesis y la psicosis. Ante este problema, Bastide señala que el error es pensar, a través de un modelo mecánico, los fenómenos humanos en los 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 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, etc.) por la de un sistema móvil, en movimiento incesante en su totalidad. Además, 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 a la conciencia como inmanente a la sociedad; además, sustituye el paralelismo o la simetría de las perspectivas de causalidad mecánica.

Con ambas perspectivas sugiere que hay que estudiar a las enfermedades mentales como sistemas de movimiento, en variables orientadas hacia 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, de microgrupos y de los macrogrupos, discernir un antes y un 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 (Bastide, 1998: 295).

El autor complementa su propuesta con algunos de los postulados de Lévi-Strauss y sugiere que los sociólogos pretenden captar en los trastornos mentales la actividad simbólica y su situación en las estructuras globales de sistemas simbólicos colectivos. Deja en un plano secundario el origen de los trastornos mentales, ya

que el papel de la sociología será situar a los enfermos mentales en los conjuntos colectivos y determinar su situación estructural.

Bajo esta perspectiva, solo podemos localizar a los enfermos mentales en la sociedad global si distinguimos las estructuras de los sistemas desviantes con los sistemas centrales. Asimismo, 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.

Asimismo, 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 considerar siempre 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 se retoman el interaccionismo simbólico y algunas ideas desarrolladas por Goffman, en específico los temas de carrera moral, estigma, la *Teoría de la etiquetación*, entre otras.

Teoría del doble vínculo

Durante la década de los años cincuenta G. Bateson, junto con D. Jackson y H. Weackland, propondrán la *Teoría del doble vínculo* para explicar la relación que tienen las distorsiones de la comunicación dentro de la familia en enfermedades como la neurosis, la depresión e incluso la esquizofrenia. Este planteamiento será revisado durante la década de 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 solo 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 su flujo y su significación. 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, etc. 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 en múltiples niveles es denominada por Bateson como “función yoica”¹⁰ (Lucerga, 2003).

Por lo tanto, la teoría del doble vínculo se enfoca en la construcción recíproca de escenarios interactivos. Ofrece una hipótesis sobre la percepción y la 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 le llevan a expresar comportamientos esquizofrénicos (Hunter, 1991). De acuerdo con Roiz (1988), los mensajes distorsionados que recibirá la persona son de dos niveles: de relación y de contenido. La persona que no alcanza a distinguir lo que denominó la “función yoica” no tiene la capacidad de discriminarla y cae 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, logrando con ello reestructurar la comunicación por el emisor y no percibida o asumida por el receptor” (Roiz, 1998: 129).

Un punto importante en el planteamiento del *doble vínculo* es que esta incapacidad de metacomunicación se debe a un patrón de aprendizaje dentro de la familia, del cual se ha apropiado 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 que, debido a la incapacidad del sujeto para juzgar adecuadamente lo que se está diciendo, puede suponer que hay un significado oculto en cada frase, situación que amenaza su bienestar (Roiz, 1988). Por ello, la intención

¹⁰ De acuerdo con Bateson, la función *yoica* es la capacidad de discriminar modos de comunicación tanto dentro del *self* como entre este 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).

de esta corriente es enfatizar en 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.

ANTIPSIQUIATRÍA Y MOVIMIENTOS DEMOCRÁTICOS

Como resultado de las reflexiones de especialistas (sociólogos, antropólogos, filósofos, psiquiatras, entre otros) y de los propios enfermos mentales, en la década de los años sesenta comienzan a evidenciarse los movimientos críticos de la práctica y el 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 la de Michael Foucault, *Historia de la locura* (1961). La lectura de estas obras y la coyuntura con el movimiento Mayo Francés, en 1968, constituyeron el terreno para la conformación de los movimientos antiinstitucionales (Galván, 2009b).

Asimismo, la antipsiquiatría y otros movimientos detractores de la psiquiatría nacieron 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 21.¹¹ La antipsiquiatría será solo el comienzo de un

¹¹ 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 y 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 diagnosticados con esquizofrenia, crisis de ansiedad por adolescencia y trastornos de la personalidad, su edad era de entre 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, terapeutas y vigilantes. El tratamiento incluía constantes encuentros con la comunidad, que podían ser entre médicos y pacientes, pacientes y terapeutas, solo entre el personal o entre toda la comunidad. Estos encuentros terapéuticos se harían programados 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 tradicionales que médicos y enfermeras solían desempeñar. Además

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 haría patente a través de una serie de reformas legales e institucionales y el movimiento será reconocido como “antiinstitucional” 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, 2009a).

Los antecedentes de la antipsiquiatría se encuentran en la obra de Thomas Szasz (2001 [1950]), quien planteaba que la enfermedad mental era un mito y que había que entenderla como una metáfora del comportamiento. Partiendo de una postura liberal, propuso la separación de la psiquiatría y el Estado. Sostenía que la enfermedad mental no es una cosa o un objeto, y por ende solo puede existir en la misma forma que lo hacen otros conceptos teóricos, el problema es que se presente 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 pueden 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 equívoca. 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 falta de armonía en la personalidad del individuo, partiendo del supuesto de 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 enferme-

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).

dades mentales son interpretaciones de segundo grado, en donde la moral, las creencias del psiquiatra y el contexto social de la época van a interferir en la nosografía y en el diagnóstico de la patología.

4. El paciente puede asegurar que es Napoleón [*y que este sea un síntoma psíquico*] implica formular un juicio que entraña una comparación tácita entre las ideas, los conceptos y las creencias del paciente con las del observador y la sociedad en que vive (Szazs, 2001, 24).
5. 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 con características sociales. El problema viene cuando se pretende 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.
6. Se sostiene que las desviaciones psicosociales, éticas 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 definido y establecido sobre fundamentos no médicos (Szazs, 2001: 24).
7. 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 nada que ver con una acepción patológica.
8. 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 los 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: 31).

El autor 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.

De acuerdo con Méndez (2003), las ideas básicas de la antipsiquiatría serán:

1. Rechazo a la comprensión de la enfermedad mental como anormalidad biopsíquica; en contrapartida, sostienen que el origen de la patología mental se encuentra en el contexto histórico, social y cultural.
2. Rechazo a tratamientos psiquiátricos tradicionales, la hospitalización en manicomios, espacios de encierro que, de acuerdo con esta posición, contribuyen a la alienación mental.
3. La persona psicótica no es un simple objeto de estudio, 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.
4. El diagnóstico psiquiátrico es una etiqueta social. Una suerte de homogenización institucionalizada propia de sociedades totalitarias, dependiente de valores socioculturales temporales.
5. La psiquiatría es un mecanismo de represión del Estado que fomenta la violencia institucionalizada.
6. Se replantea la relación médico-paciente y se buscan nuevas alternativas terapéuticas que integren activamente a los enfermos mentales (Méndez, 2003: 28).

Las principales corrientes de este movimiento son las siguientes:

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, la Asociación de Arbour y 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, retomará ideas del psicoanálisis, de la escuela

analítica existencial, del marxismo, algunas ideas de Gooffman y Sheff y postulados de corte existencialista de Jasper y Sartre, entre otros (Vallejo, 2006).

Como hemos mencionado, el primero en acuñar el término de antipsiquiatría fue David Cooper, quien se caracterizó por mantener una posición existencial frente a la locura. Sostenía que era una forma natural y positiva de enfrentarse a una patología social y concebía a la enfermedad mental como un simple fracaso vital, por la incapacidad de manejar lo que él llamó la “gramática de la vida” (Bermejo, 2007).

Cooper (1967) distingue tres tipos de locura:

1. *Locura social*. Explotación de la masacre del deseo, etc., fruto de las relaciones que se instauran por competencia.
2. *Locura viraje interior*. Un medio de destrucción de la experiencia alienada, de la construcción del propio individuo.
3. *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 él las ilusiones paranoicas no son signos de una enfermedad, sino una reacción comprensible al orden social persecutorio. La esquizofrenia no es una enfermedad sino una pelea existencial por la libertad personal, por lo que su cura se encontrará dentro del contexto social (Rismiller y Rissmiller, 2006). En su libro *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.

La contribución de Laing, más que a la psiquiatría, es a la sociología y a la 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. 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 termina en invalidar al ser humano. Este acto es ante todo un evento político, un hecho social (Rissmiller y 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, y 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).

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 “antiinstitucional”.

En 1962, Franco 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 de 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 cerrarían 94 manicomios italianos, incluido el hospital de Trieste, institución dirigida por Basaglia. Esta ley preveía el progresivo vaciamiento de los manicomios hasta su 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, la italiana tendrá un alcance mucho mayor, vigente en la renovación asistencial actual. 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 la década 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, etc.): 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.* Entre 1970 y 1978 hay un cambio legal que respalda al movimiento. 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 de propuestas.* Hay severas críticas a la aplicación de esta norma y se reclama la falta de reconocimiento del tratamiento farmacológico con los enfermos mentales.

Microfísica del poder y micropolítica del deseo: la experiencia francesa

Si bien tanto en la experiencia británica como en la italiana el movimiento anti-psiquiátrico 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 a la obra de Michel Foucault y la convierten en obligada reflexión crítica y política. Como lo menciona Galván (2009b), retomando al propio Foucault, *Historia de la locura* había sido recibida con bastante silencio por parte de la izquierda antes de 1968, y solo 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 Guilles 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 contra la antipsiquiatría, por la insistencia de contener a la 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 Anti Edipo...* 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, destacando la esterilidad de utilizar el 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 a nivel del inconsciente, la obra de Deleuze y Guattari es un libro de ética estructurado bajo dos aspectos básicos: críticas al complejo de Edipo y al psicoanálisis y al 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 de la práctica psiquiátrica como modelos 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 (2009a), el encuentro entre estas obras transmite la incomunicación entre el hombre razonable y el hombre 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 en las abstracciones como el *uno*, el *todo*, el *yo*, e incluso la *razón*, que 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).

ETNOPSQUIATRÍA

El término aparece por primera vez en el trabajo sobre psiquiatría colonial en el que se abordan la salud y la enfermedad mental en la población africana, escrito

por J. C. Carothers en 1953 y publicado por la Organización Mundial de Salud (OMS) (Caroppo *et. al.*, 2009).

La etnopsiquiatría, como perspectiva teórica, metodológica y terapéutica es fundada por George Devereux (1908-1985) y desarrollada por Géza Róheim (1891-1951) y F. Laplantine (1973). Este planteamiento es resultado del encuentro entre los enfoques 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, 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 poscolonial) en el que el *Otro* cultural es visto como el *Otro* patológico (Beneduce, 2006).

Devereux (1977) retoma el principio de complementariedad, análogo al de indeterminación, de Heisenberg (1972), para justificar el encuentro entre la etnología, la psiquiatría y el 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 aislada se encuentre una de otra más imperfecta se vuelve y más posibilidad habrá de la incompreensión del mismo, evitando el progreso de las ciencias del hombre. Por lo tanto, este posicionamiento complementarista no solo exige la multidisciplinaria, sino que cada perspectiva sea exhaustiva en su campo y en la descripción de las relaciones que guarda 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,¹² 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 con sus necesidades y con la particularidad de cada grupo social. La combinación de estos materiales determinará la anomalía

¹² Cuando Devereux habla de los materiales culturales universales, distingue a la cultura como una serie de categorías generales que comparten en común el observado y el observador, y lo que denomina “modelo de cultura universal” de las expresiones y contenidos que cada cultura tiene en particular (Pedrique, 2002).

dad y la normalidad en cada grupo. Esto no significa que se llegue al relativismo cultural;¹³ por el contrario, justamente la universalidad de los materiales culturales nos 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: 861). De esta forma, la cultura no cambia a las enfermedades mentales, ya que las patologías mentales son las mismas en Occidente y en culturas no occidentales, lo que cambiará será la manera de cómo sentirse enfermos y los elementos para poder expresar los trastornos.

Para traspasar el relativismo cultural, Devereux (1973) propone establecer criterios de normalidad metaculturales; es decir, que se “encuentren más allá y por encima de la diversidad de las culturas, tales como: la madurez afectiva, el sentido de lo real, la racionalidad y la capacidad de sublimación” (p. 27).

De acuerdo con la etnopsiquiatría, la enfermedad mental es un proceso de regresión afectiva en el que hay una desindividualización y una resocialización. La enfermedad 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. Por ello, el psicótico niega la existencia de una exterioridad distinta a su subjetividad, es decir, niega estar insertado en un sistema simbólico común. Estos individuos utilizan la cultura como soporte para el deseo individual, por lo que 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: 81).

¹³ 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 el que se da.

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.

Devereux, con el objetivo de articular el encuentro disciplinario entre etnología y psiquiatría, 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: 30), y otro étnico, constituido por los diversos rasgos que una cultura determinada ha reprimido en los individuos que la integran y compartidos por todos ellos, así como también los conflictos inconscientes que se generan de ese material reprimido y se transmiten 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 en la mayor parte de su cultura. Lo que cada generación obliga a rechazar, aceptar, etc. Cambia como cambia la cultura. Esto moldea un *Ethos* cultural, por ello los individuos poseen en común ciertas pulsiones o partes del psiquismo común. Esto explica por qué la cultura provee cómo se deben expresar las pulsiones y el estrés (Franco, 2008).

Tal cual, en el enfoque de la etnopsiquiatría hay una aculturación de la locura; es decir, la cultura no solo determina quién está enfermo sino la forma en que se enferma. Como alude Laplantine, la cultura nos dirá qué "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: 62-64).

La figura del chamán es uno de los ejemplos en los que se ha aplicado el enfoque teórico de Devereux, quien sostiene que este 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 en el segundo en el idiosincrático; esto significa que mientras los síntomas del chamán toman material de su cultura, el psicótico los crea él mismo. Igual, 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 adaptarse¹⁴ a su contexto,

¹⁴ En la crítica al concepto de enfermedades mentales, Devereux (1973) señala que la diferencia entre adaptación y adaptabilidad, para diferenciar al enfermo mental del que no lo es, no es la adaptación

es un individuo adaptado a un sector pequeño de su sociedad, es decir, fuera de ella es considerado como psicótico o neurótico (Franco, 2008).

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).

En la actualidad, hay una pluralidad de praxis etnopsiquiátricas que parten de la propuesta epistemológica y metodológica fundada por Tobie Nathan, quien desarrolló la propuesta de Devereux. Al respecto, Rubén Muñoz ha hecho un interesante trabajo sobre las prácticas interculturales en salud mental en Bélgica y España, y ha señalado las limitaciones de las prácticas psiquiátricas hegemónicas frente a la diversidad cultural y los contrastes con las terapéuticas interculturales aplicadas en distintos contextos clínicos (Muñoz, 2015).

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 teorías antropológicas con los acercamientos psiquiátricos y psicológicos tradicionales.

Los antecedentes de la psiquiatría cultural se encuentran en el trabajo de Kraepelin, quien 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

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.

depresión, epilepsia e histeria, respectivamente, y también los trabajos sobre la universalidad del complejo de Edipo, los 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) sugieren 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 por medio de informes de las potencias colonizadoras sobre el modelo médico de atención impuesto en las colonias y en 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 solo se plantea la universalización de los desórdenes mentales, sino que se disemina la impresión de que las personas de las culturas no occidentales tienen ideas irracionales y comportamientos incomprensibles.

La segunda fase de este desarrollo se caracteriza por la falta de sistematización de resultados. En esta se realiza un sinnúmero de estudios comparativos que por lo regular omiten 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 insuficientes 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 (1977) es precursor de este cambio junto con Littlewood y otros.

Las sucesivas fases de la psiquiatría cultural estudiarán los distintos tipos de sociedades y “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 ser 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 enfermedades como la depresión y la 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: 9). La perspectiva de Kleinman, Fábrega y otros, articulada en la década de

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 desórdenes.

Algunas de las contribuciones de esta línea son el segundo estudio multinacional de la OMS sobre esquizofrenia (Satorius *et al.*, 1986) o Epidemiologic Catchment Area (ECA), uno de los estudios más importantes sobre la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en Estados Unidos en el que se encuestó a por lo menos 3 500 personas (Regier, Myers *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.

Otro desarrollo de esta línea de investigación es la publicación del estudio sobre la salud mental a nivel mundial, *World Mental Health: Problem Priorities in Low-Income Countries* (Desjarlais *et al.*, 1996), que da cuenta de los rangos de prevalencia en salud mental y los problemas conductuales, principalmente en regiones de bajos ingresos: Asia, Latinoamérica, África y el Pacífico.

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 desórdenes 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, etc.; y 3) El estudio etnográfico de la teoría y las prácticas psiquiátricas como construcción cultural,¹⁵ en donde se ha hecho énfasis en el estudio de la “cultura profesional”.

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 a 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, por lo general son discriminados y reciben ataques de racismo.

¹⁵ Entre los temas de este último enfoque prevalece el cuestionamiento a la neutralidad de la psiquiatría como “práctica” y “saber”. Se cuestiona también la construcción de su nosología y el manejo de los diagnósticos psiquiátricos, en concreto su validez y su fiabilidad como realidades biológicas.

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 en forma activa 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).

Para estos dos autores, uno de los retos de este acercamiento es analizar el impacto de la globalización en la psiquiatría y se resume en tres puntos: 1. Las formas de identidad individual y colectiva y la vida comunal que interactúa con los desórdenes psiquiátricos; 2. El impacto en las inequidades económicas en la salud mental; y 3. La conformación y la diseminación de conocimiento psiquiátrico.

LAS EMOCIONES: ¿OBJETOS CULTURALES?

El tema de la afectividad, en específico de las emociones en las enfermedades mentales, se encuentra disperso en el trabajo antropológico y sociológico. El discurso posmoderno de la antropología y la sociología retoma el tema de las emociones, principalmente en la década de los años ochenta, como una crítica a la filosofía y a la sociología racionalista, la importancia del cuerpo como objeto de estudio, la reincorporación de lo 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, no hay tantos trabajos sobre trastorno bipolar.

Las aproximaciones al tema de los desórdenes afectivos a través de la antropología han sido en tres dimensiones: como estado emocional, como síntoma y como patología. Esto implica que se puede estudiar una emoción sin estar asociada a ninguna patología, al síntoma médico expresado a través de una emoción, a las emociones que generan los síntomas en los pacientes, a las que generan los sín-

tomas de los pacientes en otras personas, a las que se generan en los pacientes, a las de su entorno cercano, entre otras dimensiones. En este apartado se presentan algunas de estas reflexiones.

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 de 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. De modo que son circunstancias morales ritualizadas que movilizan el vocabulario y el discurso de los otros y del individuo. De la misma manera, se convierten en símbolos de pertenencia o exclusión social (LeBreton, 2009).

Por lo tanto, Harkness y Super (1983) afirman que no podemos 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. Según estos autores, en esa medida las emociones no pueden considerarse abstractas de las experiencias que las constituyen, sino que implican también una visión sobre el mundo y lo social, unida a una *praxis* social guiada por medio de reglas, instituciones y valores.

Así, 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: 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 (Laban, 1993).

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 solo el cuándo, el cómo y el control de la intensidad de las mismas variaría culturalmente” (Ramírez, 2001: 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 construidos culturalmente y negociados 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); por lo tanto, las emociones son relativas y varían de lugar a 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 compar-

tidos, convencionales y rituales” (Ramírez, 2001:180). 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 tales 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 la farmacología.

En la antropología psiquiátrica, que ha tenido auge en los últimos años, las enfermedades mentales, en particular la esquizofrenia, son consideradas, más que como una entidad, como un proceso interactivo. Se habla de experiencias emocionales y el enfoque de estudio no solo incluye la subjetividad del individuo, sino la manera en que las emociones de sus familiares influyen en el curso y los síntomas de su enfermedad (Hunter, 1991). De acuerdo con Sapir (1961), la contribución de la antropología al tema de las emociones es identificar el lugar de la cultura en las interacciones individuales específicas y el significado que se abstrae de estas interacciones. Sostiene que una persona con desórdenes psiquiátricos debe ser evaluada en el contexto interpersonal y en 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 su protección emocional.

Como se mencionaba, 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 *et al.*, (1960), y describe la participación crítica y la hostilidad expresadas por los parientes cercanos a un paciente que sufre de esquizofrenia. En concreto, 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 desórdenes psiquiátricos y las características familiares de los pacientes (Hooley, 2007).

En las últimas décadas hubo un sinnúmero de artículos sobre la emoción expresada (EE), y los temas han variado, pero principalmente han sido sobre los resultados de la esquizofrenia (Brown, Birley y Wing, 1972; King y Dixon, 1999), las intervenciones terapéuticas (Fallon, Boyd y 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, etc.) y no psiquiátricos (cáncer, Parkinson, etc.) 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 la 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 la EE, es decir, por lo general esta es incluida de manera descuidada. Esto a pesar de que la literatura antropológica, en específico la etnopsiquiatría de las emociones, había documentado importantes rasgos a considerar, tales como los estilos de comunicación psicodinámica, la etnomedicina, el parentesco y el apoyo social (Hunter, 1991).

El ímpetu por desarrollar un acercamiento adecuado y teorizar sobre las emociones y el *self* (Shweder y LeVine, 1984) muestran que en la mayoría de los trabajos antropológicos la localización de las emociones está 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 desórdenes mentales.

Por último, tratando de desarrollar una propuesta más completa y un marco conceptual para estudiar el afecto desde la antropología, 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 solo 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 considera 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 generados internamente y encarnan propiedades de los sistemas como un todo. Comprender de qué manera cada nivel actúa de forma individual y al mismo tiempo es constreñido por otro nivel es el trabajo para distinguir los niveles de operación (Laban, 1993).

Las emociones pueden estudiarse de manera análoga a través de la teoría de sistemas. Un nivel del sistema de emociones serían los aspectos biogénéticos de las emociones. El interés de la antropología será en los niveles cultural, social e individual. En el nivel individual el análisis versará sobre cómo la historia personal, el temperamento, la personalidad, las metas, los planes y las estrategias influyen en las experiencias emocionales. En el segundo, y también en el cultural, la manera en que las emociones son moldeadas por el parentesco, el estatus social, los modelos culturales y los significados simbólicos. Es crucial comprender cómo, en los otros niveles de organización, este dominio puede estar influenciado por las propiedades del sistema como un todo. De esta manera, las emociones pueden ser generadas como un sistema de componentes al existir coherencia entre los factores biogénéticos, sociales, culturales e individuales, situados dentro de un contexto particular de interacción y prácticas (Laban, 1993).

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 la 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 utilizadas para identificar los desórdenes afectivos transculturales (Kirmayer, 2001). El objetivo es demostrar que las experiencias y la expresión de los malestares en los trastornos de afecto están moldeados por la cultura, y cómo esto tiene un impacto en las causas, el curso y el pronóstico en estas patologías. Propone que esta construcción cultural contribuye directamente en el proceso cognitivo e interpersonal, que aumenta el riesgo de padecer o mantener la enfermedad.

Como ya se ha mencionado, la psiquiatría contemporánea considera a las emociones como un fenómeno biológico, determinado por un rígido proceso neurofisiológico en el sistema límbico y otorga una variedad limitada de respuestas emocionales universales.

Estos patrones de respuesta son producto de un proceso evolutivo de adaptación, por lo que los desórdenes afectivos son resultado del daño en el sistema básico neural que regula las emociones o el afecto (Kirmayer (2001). Proponen que, además de este sustrato biológico, hay un significado transcultural del afecto, De este modo, las emociones pueden ser entendidas como una metáfora de los sentimientos corporales y de los eventos sociales, como una estructura o escenario y como discurso o práctica que contribuye a la construcción de la experiencia social.

Kirmayer explica que la etimología de los términos emocionales refleja una historia cultural que centra la emoción en una situación social específica. Como otros conceptos, las emociones son construcciones metafóricas que tienen connotaciones universales como especificidades culturales. Las 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 término de “emoción” no se puede traducir de manera perfecta de un lenguaje a otro, por lo que es un problema considerar que la emoción o estado emocional sea 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 y, más específico, la depresión se presenta cuando hay una pérdida en la toma de decisiones y más ansiedad por la pérdida de control. Sin embargo, la toma de decisiones y de control solo son esperadas en espacios culturales en donde se han 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 desórdenes 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 en que en los estudios epidemiológico¹⁶ es necesario analizar la 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 autopresentación en los síntomas y las experiencias asociadas a la memoria (Kirmayer, 2001).

Por último, en este enfoque se enfatiza que la presentación de síntomas no es una mezcla de características estáticas de pacientes o culturas, sino una reflexión estratégica de la autorrepresentación o una posición en una negociación, e implica una relación personal. Los desórdenes afectivos implican una ampliación de la órbita intrapsíquica entre la evaluación cognitiva y la intensidad del afecto, como también el ámbito interpersonal que responde a la disminución o el agravamiento

¹⁶ Kirmayer explica que la epidemiología psiquiátrica debe considerar que, al realizar una entrevista para evaluar los síntomas psiquiátricos, hay una reconstrucción de la memoria guiada por estructuras o conocimientos tácitos culturales. El resultado de autorreporte refleja la interacción entre la experiencia corporal y las prescripciones sociales. Estas consideraciones son importantes para la epistemología del trabajo epidemiológico porque se debe considerar que cuando se hace una entrevista psiquiátrica y se evalúa el autorreporte de los pacientes, no solo se están recolectando eventos naturales, sino también construcciones sociales. Se necesita una epidemiología basada en trabajo empírico de la psicología y en estudios antropológicos situados en el significado del malestar (2001).

del aislamiento social, la desmoralización y la autoevaluación negativa (Kirmayer, 2001).

Así, la propuesta de la psiquiatría transcultural es analizar 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).

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

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 (2007 y 2008). Su trabajo se basa en la fase maniaca de personas etiquetadas con trastorno bipolar o depresión maniaca (PDM).¹⁷ 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 construidos por personas con estos diagnósticos?, ¿de qué manera los supuestos acerca de la vida, la muerte, el poder, la debilidad, la capacidad e incapacidad, la racionalidad, mente y cuerpo influyen en las prácticas y significados sobre la depresión? y ¿qué hacen las personas con la depresión maniaca?

Martin parte del estado psicológico de las PDM y de ahí revela la relación con un campo cultural más amplio, incluido un cuestionamiento a la construcción de los

¹⁷ Martin prefiere utilizar este término en vez de trastorno bipolar.

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; sugiere, en cambio, que en la vida diaria las personas tienen diferentes grados de conciencia de la realidad y de las consecuencias de sus acciones, y distintos grados de “razón” en sus decisiones y opiniones. Por lo tanto, la noción intelectual-salud, utilizada para excluir a las personas con depresión maníaca, es cuestionable, ya que, en sus observaciones y experiencia propia, las PDM se mueven de manera constante entre lo racional y lo irracional. Critica el modelo del sujeto neoliberal calculador, racional, bien disciplinado e hipercognitivo, y se pregunta cómo encaja el sujeto patológico, retrasado, victimizado y con una racionalidad disminuida en los diversos contextos culturales.

En relación con los diagnósticos psiquiátricos, Martin retoma de Rose (1996) la idea de que el conocimiento psicológico es un conjunto de técnicas para la diferenciación humana. Por otro lado, recalca que las PDM gestionan este conocimiento utilizando la etiqueta científica como una especie de protección o coraza para otros exámenes. Es decir, de alguna forma el sujeto que ha sido “marcado” 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 PDM sean mucho más amplias, no están dispuestos a compartirlas para no someterse a mayor escrutinio.

Martin parte de un estado psíquico interior a un marco cultural más amplio. En su trabajo también detalla la manera en que el sistema económico norteamericano mide y rastrea todo tipo de recursos, y uno de ellos es el estado de ánimo. En específico, analiza cómo la manía puede introducirse a un estilo de vida, pero también puede llevar al límite que implica vivir lejos de la sociedad.

Se detiene en examinar cómo se ha constituido una especie de higiene del estado de 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. La medición del ánimo puede incluir cada minuto y destacar la anormalidad. Todo esto en una lógica cultural en donde la manía es celebrada y deseada.

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 deben utilizar diversas miradas que alcancen todas sus dimensiones. Dicho lo anterior, en esta última parte se puntualizan algunas herramientas teóricas que permitirán comprender el sentido de las experiencias de los pacientes entrevistados.

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

La reflexión se enmarca en la antropología simbólica, que reconoce a la cultura no como una variable más sino como un sistema de significados que dan sentido a las prácticas y experiencias. Por ello, 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: 3). Es decir, se parte de la noción de que la cultura es producto de la actuación social. Al entender que los sistemas simbólicos se expresan a través de las costumbres e instituciones, se percibe en el día a día, en los hechos sociales, que tanto las formas normales como las patológicas son producto de un orden colectivo (Lévi-Strauss, 1979).

La intención con este acercamiento antropológico es analizar las estructuras significativas de la experiencia de los pacientes diagnosticados y reflexionar acerca de que las formas culturales se encuentran en la experiencia de los individuos, “quienes, guiados por los símbolos, perciben, sienten, razonan, juzgan y obran. Es decir, las formas simbólicas no están en sí mismo, sino en su uso” (Nivón y Rosas, 1991: 43-44). El punto de partida es la mirada del actor, y para comprender el sentido y el valor de la enfermedad mental en su vida cotidiana se realiza un trabajo hermenéutico.

Se considera que los símbolos pueden ser “cualquier objeto, acto, acontecimiento o cualidad que permitan vincular ideas o significados, es decir, son fuentes externas por las cuales los individuos organizan sus relaciones o experiencias” (Nivón y Rosas, 1991: *idem*). Un punto muy importante es que intentamos, además de acercarnos 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, se puede uno preguntar qué significado tiene esta enfermedad para las personas y cómo les afecta en sus conductas y en su interacción con los otros. Para ello, se utilizan 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 solo existen relaciones significativas entre sujetos sino, también, entre objetos, incluidos los abstractos, en este caso el concepto de enfermedad mental. El significado que tenga este para los pacientes dependerá de cómo ha sido definido por las personas con quienes el enfermo interactúa, es decir, vivir el trastorno depende de cómo ha sido definido por el medio que los rodea, incluidos los sistemas de atención, la familia y las personas cercanas, incluso un medio como internet, tal como lo veremos más adelante.

Es necesario concentrarse en la dimensión subjetiva de la vida social para comprender la acción social, partiendo de la idea de que el orden social será el resultado de la negociación entre diversos individuos y, tal como se desarrolla más adelante, que son los propios pacientes quienes dan sentido a su experiencia. Así queda entre

paréntesis el concepto de “paciente” como pasivo, pues, como veremos, 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 que se concentra en la interacción social que se suscita en torno a esta; si bien en la tesis no se cuestiona a detalle la noción de TB, queda patente el intento de desnaturalizarla y hacer evidente que es producto de la construcción social de la psiquiatría.

Para comprender de qué manera se construye socialmente la enfermedad mental, se recurre a algunos postulados de la *Teoría de la etiquetación (Labelling Theory)*, que sostiene que las enfermedades existen porque las sociedades las especifican y la tratan como tal, es decir, no son las desviaciones biológicas por lo que se generan las etiquetas de las patologías, sino por su 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 (Becker, 2012: 29).

Es 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 los entrevistados; por lo tanto, lo que se toma de esta teoría es el proceso de *etiquetación* y asimilación de la misma, pero donde los sujetos pueden tener cierto margen de acción con esta, y hasta utilizarla.

De Ervin Goffman se tomarán algunas posturas y conceptos como *estigma*, siguiendo su propuesta sobre las instituciones totales descrita en su libro *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1994). Y se intentará ejemplificar cómo el proceso de diagnóstico, ya sea por un tercero o por el propio paciente, constituye una deconstrucción y una construcción identitarias.

En cuanto al proceso de diagnóstico, a través del concepto de *rito de institución* de Pierre Bourdieu ejemplificaremos la forma en la que la diferencia es legitimada y reconocida como natural. Se utiliza este concepto para describir el cambio que

se suscita en las personas cuando son diagnosticadas, es decir, el paso de un individuo saludable a ser bipolar.

En la manera en la que los entrevistados intentan encajar a través de una especie de autocontrol emocional, se asume el concepto de *tecnologías del yo* de Michel Foucault. Tal como lo sugiere Mauss, se utilizan las categorías de tiempo y espacio para estudiar de qué forma las personas adquieren la identidad bipolar al no encajar ni en los horarios ni en los lugares del colectivo.

Por último, se realiza una etnografía virtual de la vida en línea de los bipolares y se desarrollan las implicaciones de vivir a través de la pantalla siendo bipolar.

II. ARENAS MOVEDIZAS: EL TRASTORNO BIPOLAR

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

TESTIMONIO DE UN MÉDICO NEURÓLOGO

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

Cuando reflexionamos sobre las enfermedades mentales, inevitablemente tenemos que hablar de cultura, del sujeto clasificado, de quien lo clasifica, del método para hacerlo y del conocimiento que lo sustenta. Mientras que en enfermedades como el VIH, un tumor cerebral o una lesión muscular no hay duda en el diagnóstico, ya que hay marcadores biológicos que dan cuenta de ello y en menor o mayor medida este será el resultado de una observación clínica apoyada en 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 se replantearán las particularidades del estudio del TB y la construcción del saber psiquiátrico. En concreto, dar cuenta de cómo esta enfermedad se inserta en arenas movedizas en conceptos tales como afecto y 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 son las experiencias y prácticas de las personas que han sido diagnosticadas, por lo tanto, no hay intención de hacer una etnografía de la psiquiatría o de la construcción del concepto; no obstante, se harán ciertas acotaciones de cómo la psiquiatría estudia a los individuos, hasta llegar a un diagnóstico y clasificarlo como resultado de un producto cultural.

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, cómo se evalúa y por qué y cuándo es clasificado como trastorno? ¿Por qué la psiquiatría concluye que las emociones o el afecto son exagerados? El objetivo es señalar algunos elementos que construyen el diagnóstico psiquiátrico del trastorno describiendo las bases epistemológicas,¹⁸ metodológicas e históricas que dan cuerpo a la definición del término y a la práctica médica.

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, etc.), de esta manera se encuentran en algunos manuales de psiquiatría. Estas “funciones mentales” se yuxtaponen y tienen por objeto la organización jerar-

¹⁸ Por lo común, “la epistemología de la medicina general y de la psiquiatría exploran el origen, la validez y la 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 en algunos de ellos (Berrios, 2007a: 127).

quizada de las personas. Este modelo psicodinámico del aparato psíquico responde a concepciones de tipo organístico, 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 su forma de adaptación (Ey y Bernard, 1976). Se parte de que las enfermedades mentales se presentan e identifican con una serie de signos y síntomas que conformarán síndromes.¹⁹ Esta división explica por qué los trastornos en la psiquiatría son calificados o encuadrados en distintas funciones, de ahí que el trastorno bipolar sea 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, y en específico la americana, recurren 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.²⁰ Siguiendo esta propuesta metodológica, Juan Beta (1972) propone que los psiquiatras deben dividir su investigación de la enfermedad mental en dos apartados: *a*) el estudio de los antecedentes, y *b*) el estudio del enfermo mismo.

Los antecedentes abarcan una revisión de varios tipos, empezando por los de carácter heredofamiliares y 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 este. Se revisa, además, si hay algún tipo de intoxicación (alcoholismo) y cualquier dato que pueda orientar el fenotipo²¹ del paciente.

¹⁹ El concepto de síntoma mental es reciente en la psiquiatría, y es especificado por Griesinger por la 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, 2007b).

²⁰ Se ha criticado el uso de esta categoría para describir el quehacer psiquiátrico por considerar que su aplicación y su definición en el campo son diluidas, comparándola con la propuesta de la filosofía occidental de autores como Husserl, Roman Ingarden, entre otros (Berrios, 2007b).

²¹ Fenotipo se refiere a las enfermedades y a otros rasgos expresados o manifiestos clínicamente en los individuos (Wyszynsky, 1998: 26).

Después se analizan sus antecedentes personales, desde su nacimiento hasta el momento de la consulta: mórbidos (enfermedades padecidas), físicos (malformaciones o condiciones físicas), psíquicos (traumas, situaciones violentas, humor habitual, la manera de comportarse, el carácter, etc.), ambientales (hostiles, violentos, cultos, características de las personas con las que convive, etc.), sexuales (preferencias, tipo de relaciones, sexualidad, entre otras) y culturales²² (escolaridad, preferencias, etcétera).

Por último, se evalúa la enfermedad actual: cuándo y cómo comenzó, de qué manera ha evolucionado (si es constante, si hay momentos de remisión, etc.), los tratamientos recibidos y las repercusiones en el enfermo.

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 si tiene un trastorno mental o no. En esta evaluación se incluyen su actitud, su lenguaje y su comportamiento. Beta lo resume en los siguientes aspectos:

1. *Hábito externo*: incluye el tipo de indumentaria o el aspecto del paciente (condecorado, extravagante, sucio, desordenado, entre otros), el aspecto psíquico (observa el estado del psiquismo) y el tono afectivo y los sentimientos (excitado, deprimido, indiferente u obnubilado).
2. *Interrogatorio*: se divide en orientación autopsíquica, que se refiere a si el enfermo está orientado en sí mismo (nombre, edad, estado civil, escolaridad, entre otros); orientación en el tiempo y el espacio o alopsíquica, si tiene conciencia de la situación (comprende con quién está y por qué está en ese lugar); y, por último, se le

²² Es importante comentar, a partir de la observación como participante en sesiones de enseñanza donde se presentan casos de personas con trastornos psiquiátricos, que hemos notado que lo que el personal de salud (médicos psiquiatras, neurólogos, residentes, trabajadoras sociales, etc.) denominan cultural —todo lo que no forma parte del diagnóstico clínico: religión, educación, procedencia geográfica, etc.—, muchas veces pareciera un saco para guardar aquello que excede el conocimiento médico.

cuestiona sobre la conciencia de su enfermedad (si la tiene o no)²³ (Beta,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 la que el examen mental y la semiología psiquiátrica deben ser;²⁴ específicamente hablan de la necesidad de una práctica dividida en tres planos,²⁵ misma que debe ir de lo superficial a lo profundo:

1. *La semiología del comportamiento y las conductas sociales.* Es un estudio cuidadoso de la presentación; por ejemplo, la mímica, la psicomotricidad (forma en la mirada, expresiones emocionales como llanto risa, etc.), el porte (vestido, aseo personal, etc.), la conducta verbal (forma de hablar, tono de voz, etc.), las reacciones al examen y el contacto con el médico (si el paciente coopera, se opone a la entrevista, es indiferente, entre otros), el comportamiento en la vida cotidiana (cuidados corporales, forma de dormir, sueño, conductas sexuales y alimenticias, vida familiar y actividad profesional o laboral y las reacciones antisociales: suicidio, robos, incendios, homicidios, entre otros).
2. *La semiología de la actividad psíquica basal actual.* En esta 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 el clínico debe analizar el sistema de personalidad, en el que se incluyen semiologías de trastornos de carácter, conflictos intrapsíquicos de la persona (fobias, conversiones histéricas, etc.), entre otras.

²³ La conciencia de la enfermedad no se limita a saber si el enfermo acepta o entiende que tiene un padecimiento, es mucho más amplia, se intenta indagar la manera en que lo comprende.

²⁴ En los países de Europa continental la psicopatología descriptiva es llamada semiología psiquiátrica.

²⁵ Estos tres planos son similares a los que menciona Beta en el examen mental (1972).

El examen clínico general,

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

La evaluación neurológica comprende la exploración de las funciones mentales;²⁶ 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 (P. Rodríguez-García *et al.*, 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 piramidal²⁷ y extrapiramidal, además de las funciones del lenguaje, gnosias²⁸ y praxias.²⁹ 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: 75-76).

En nuestra experiencia de trabajo de campo hemos podido observar que esta revisión podría hacerse en diversos momentos y dependiendo de las circunstancias. Además, varía la forma de evaluación y el número de médicos que examinan a un individuo. Por ejemplo, si llega de urgencia o al consultorio será examinado por un solo médico; pero si el paciente es hospitalizado de manera continua lo revisarán en los llamados “pases de visita”, en donde un grupo de psiquiatras, residentes o estudiantes de pregrado, lo observan y cuestionan su evolución durante su estancia. Algunos de estos estudios pueden resultar invasivos y, aunque hay un seguimiento de los pacientes, al parecer el tiempo es limitado para poder evaluar

²⁶ En la evaluación de la función mental deben valorarse siete categorías: nivel de conciencia, reacciones emocionales, capacidad intelectual, contenido del pensamiento, patrones psicomotores, patrones psicosensoresiales y lenguajes (Meza, Soriano, Solís y Silva, 2003: 7).

²⁷ 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 la médula espinal (Ropper y Brown, 2007: 41).

²⁸ Las gnosias son una de las funciones psicológicas superiores que se refiere al reconocimiento (sensopercepción) (López y Muñoz, 1994).

²⁹ Praxias son las funciones psicológicas superiores referentes al movimiento (López y Muñoz, 1994).

a profundidad características tan subjetivas como su hábito, su afecto o su pensamiento.

Los psiquiatras argumentan que este trabajo necesita mucho tiempo de experiencia para poder detectar síntomas que sin un *ojo entrenado* sería poco probable descubrir. Lo que sí se 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 un amplio espacio para las valoraciones personales de índole moral, cultural y social.

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 (DMS) (Asociación Psiquiátrica Americana (APA), 2002). Su utilización y su contenido han sido cuestionados 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 construcción de las definiciones. Haremos algunas reflexiones sobre este tema.

Con el fin de compartir el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades, el modelo biomédico occidental se ha dado a 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 científico⁵⁰ y que permitan hacer investigación de corte epidemiológico para generar datos y estructurar los servicios de salud.

Los antecedentes de los manuales actuales son los criterios de Feighner y los Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI) (Dilling, 2004). Posteriormente, la Asociación Americana de Psiquiatría desarrolló el DMS (versión V). La OMS ha ela-

⁵⁰ El principal interés de crear los sistemas diagnósticos de clasificación proviene de los psiquiatras dedicados a la investigación psicofarmacológica. Entre 1960 y 1970 las clasificaciones diagnósticas fueron criticadas por el psicoanálisis y la antipsiquiatría, pues consideraban que no eran precisas y se preocupaban más por el síntoma que por el individuo (Dilling, 2004).

borado la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE, décima versión). También existe la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), adaptación de los CIE a las características de la población de América Latina. En el momento en que se realizó la investigación, en el INNN se utilizaba principalmente el DMS IV, que es interpretado a través del estudio sistemático y riguroso de la nosología psiquiátrica.

En el manual mencionado, 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, la evolución y la 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 estas hay un lugar en el campo de la ciencia por derecho propio. Esto permite discriminar una epidemiología, una fisiopatología y una respuesta terapéutica (Giraldo, 2005: 561-562).

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, en 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 *et al.*, 2006).

En los sistemas diagnósticos hay una descripción de cada síntoma y conjunto de síntomas asociados a cada trastorno mental: sus rasgos principales, su expresión a través del tiempo, sus complicaciones, su prevalencia, su posible etiología, su distribución por sexo, sus síntomas y trastornos asociados, su curso, su patrón familiar y su distinción con enfermedades no psiquiátricas (Uribe *et al.*, 2006). Las enfermedades son descritas de acuerdo con su fenomenología e independientemente de su etiología, abordaje conocido como ateórico (Dilling, 2004: 139).

En el DMS IV el trastorno mental está conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro de una o más áreas del funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser solo una respuesta culturalmente aceptada de 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 (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.

En el DMS 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 DMS 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 (APA, 2002).

El DMS IV plantea como método de diagnóstico un sistema mutiaxial, que implica una evaluación de varios ejes para recabar información, planear un tratamiento y predecir resultados del mismo. Los ejes son: *I*. Trastornos clínicos, otros problemas 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 puedan expresar tipos y subtipos del trastorno en revisión. También sugiere que el diagnóstico se realice con base en las manifestaciones actuales del sujeto, especificando la gravedad y su curso evolutivo: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior; para ello se considera la intensidad de los signos y síntomas y la afectación en la vida social y laboral de los pacientes (APA, 2002).

Es posible que se den diagnósticos provisionales en tanto se tenga la presunción de 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 encuentran en la nomenclatura diagnóstica del manual, porque los síntomas no cumplen con los criterios (duración, intensidad, etc.), que en los casos se considera que el trastorno tiene una presentación atípica o mixta, o porque la etiología es incierta o no se pueden recoger los datos (APA, 2002).

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

Específicamente, el DMS IV contiene un apartado: “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. La información que maneja el manual, tal como lo define, es:

1. Una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidas en el DMS IV.
2. Una descripción de los síntomas relacionados con la cultura no incluidos en el DMS IV.
3. Directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el contexto cultural del individuo.
4. Las directrices que señala el inciso tres se componen 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 (APA, 2002: XXIV).

Hasta aquí la descripción de ejercicio diagnóstico de los médicos psiquiatras. Pero, ¿qué limitaciones se tiene en la práctica de la psiquiatría moderna? y ¿por qué se hace énfasis en que el campo de las enfermedades mentales, y en particular el TB, asemejan arenas movedizas?

Parece en realidad importante que si bien se ha 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 concep-

tual, 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, 2007b). Por lo tanto, 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), existe la posibilidad de que haya distorsiones dentro del proceso (Berrios, 2007b).

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

Se habla del sacrificio que produce el DMS IV 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 psicopatológica descriptiva-fenomenológica.

Es curioso que la psiquiatría biológica,³¹ basada en evidencia, no exija el mismo nivel de certeza del aparato conceptual que demanda en los aspectos empíricos. Como lo plantea Germán Berrios (2007b), 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 puede ofrecer.

Rachel Cooper (2004) hace un interesante recuento de algunos temas que ponen en duda la validez del DMS IV 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 en cuestionar cómo pueden ser entendidos los trastornos mentales como entidades naturales cuando hay de por medio todos los factores ya mencionados.

³¹ La descripción de psiquiatría biológica está en la “Introducción”.

El DMS IV presupone que la investigación empírica³² puede determinar la manera en que deberán ser clasificados los desórdenes mentales. Estiman que los datos empíricos científicamente recolectados permiten construir sistemas de clasificación que reflejan similitudes y diferencias naturales entre los casos de enfermedad mental. Estas similitudes son vistas tanto en las observaciones objetivas como en las 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 concibe los trastornos mentales como entidades naturales, “natural kinds”. Este es un término usado en la filosofía para referirse 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 de que algunos de los síntomas son observables solo a través de un trabajo hermenéutico sobre el discurso y la conducta del paciente (Cooper, 2004).

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 comprendan o perciban los fenómenos, en la forma en que se transmite el lenguaje y en las decisiones sobre qué analizar en un fenómeno. De esta forma, sus observaciones son en parte verdaderas (Cooper, 2004).

Además, los sistemas clasificatorios, no solo dentro de la psiquiatría, responden a intereses acordes con el contexto histórico específico en que se presente. Se ha hecho verdadero énfasis en evidenciar las presiones de las aseguradoras, de los

³² Los miembros de la APA, revisores del DMS IV, consideran que los estudios que examinan las condiciones bioquímicas relacionadas con los trastornos mentales y cómo estos responden a tratamientos particulares, son suficientes para diagnosticar enfermedades mentales.

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).

Por lo tanto, 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 se vale el médico para encuadrar su conducta, su pensamiento y su afecto. En este proceso de interpretación del “otro”, el médico psiquiatra 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 la que se encuentren tanto el médico como el paciente (Cooper, 2004).

A propósito de esta pequeña reflexión sobre la práctica psiquiátrica y los retos que representa, en la experiencia personal podemos darnos cuenta de algunas de las contradicciones que se presentan en la atención. En específico, en una ocasión 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 a quien le había diagnosticado TB. Desde su punto de vista, su paciente, a quien llamaremos Javier, no padecía TB sino trastorno límite de la personalidad; ese momento de dilema ético se convirtió en un problema, pues, según él, “Javier” era manipulador y al conocer las características de su trastorno las utilizaba para chantajear tanto a su familia como a él. Al final, concluyó que debía continuar tratándolo porque el trastorno límite de la personalidad también es un padecimiento psiquiátrico. Unos meses después le pregunté al médico por el caso de Javier, y 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 que en el lenguaje psiquiátrico los individuos pasan de una categoría a otra, ya que los síntomas se pueden compartir con distintos diagnósticos, pareciera que no hay certeza del padecimiento, es decir, un día se es *bipolar* y al siguiente *border* (trastorno límite de la personalidad); *b*) El diagnóstico como acto social cultural y moral. Como dice Berrios (2007a: 126), “diagnosticar es una actividad humana rica, variada y compleja” donde la cultura del médico, sus prejuicios personales, sus emociones y su sentido común se vierten sobre otro; y *c*) El poder en la relación médico-paciente. La actitud de Javier ante el conocimiento

médico y la investidura del psiquiatra ponen en entredicho el concepto de “paciente”, un individuo que recibe y no cuestiona. Javier no solo cuestionaba, sino que utilizaba y cambiaba los papeles de médico y de paciente, el que sabe y el que busca.

TRASTORNO BIPOLAR

En esta sección se describe la definición del trastorno bipolar de acuerdo con la psiquiatría, con la finalidad de señalar algunas de las imprecisiones que lo hacen ser demasiado amplio y, a veces, difícil de encuadrar en la conducta de las personas.

El TB,³³ también llamado trastorno maniacodepresivo, es una enfermedad descrita por la psicopatología dentro de los trastornos del humor, del ánimo o del afecto.³⁴ En estos, las experiencias humanas adquieren mayores dimensiones, los síntomas son: tristeza, cansancio, alegría y felicidad, sensualidad y sexualidad, irritabilidad y rabia, energía y felicidad exageradas (Goodwin y Nassir, 2004: 805).

Como veremos en la descripción del trastorno, la dificultad de las perturbaciones del afecto estriba en dos temas. Por un lado, las descripciones vagas y poco definidas en el tiempo que contienen trastornos de conducta subjetivos y objetivos que pueden “evaluar una función mental unitaria o una combinación de ellas” (Berrios, 2008: 360). El ánimo, el afecto, las sensaciones, las pasiones y la propensión son términos con referentes culturales y orígenes históricos diferentes que, en conjunto, dan contenido a las afectaciones de ánimo. Por otro lado, el afecto es reconocido y analizado a través de imágenes mediadoras, la principal fuente de información es la descripción de las experiencias de los pacientes. Luego, el clínico debe traducirla a las descripciones reales de acuerdo con su interpretación.

³³ 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 (cit. por Berrios, 2008: 57). El término trastorno es sustituido por el de enfermedad a partir de la instauración de los sistemas clasificatorios como el DMS IV, pues la evaluación de fenómenos mentales se realiza a través de un diagnóstico operacional en el que se buscan síntomas, síndromes, sin tener en cuenta la etiología (Dilling, 2004).

³⁴ Aunque el DMS 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.

Difícil tarea si se considera que aquellos pueden sufrir fenómenos que trastocan la manera en que perciben la realidad y por lo tanto son incapaces de comportarse como “observadores racionales”. Además, en la mayoría de los casos los fenómenos que experimentan son nuevos, lo que implica la probabilidad de que no cuenten con elementos suficientes para describirlos. Como se verá más adelante, este será uno de los principales temas en la discusión sobre la cultura y los trastornos mentales.

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

Para distinguir entre las definiciones 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, entre otros. Por ejemplo, la emoción y la pasión se caracterizan por poseer elementos motivacionales y cambios corporales, además de que la emoción 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 de los pacientes del mundo, en tanto que el afecto es su respuesta emocional en un momento dado, es decir, 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 (Berrios, 1996: 287).

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

Los estados hipertímicos pueden variar desde la euforia y la excitación hasta la tristeza y la depresión. Los primeros, de tipo placentero, son euforia simple, moria, hipomanía y manía. La hipomanía es un estado de alegría incontenible con sensaciones de plenitud y perfección que generan sentimientos de optimismo, capacidad,

suficiencia y triunfo. La manía es el grado más intenso de exaltación y, además de la hipomanía, puede presentarse alegría patológica, debilitamiento de las inhibiciones, gran excitación psicomotriz,³⁵ fuga de ideas,³⁶ y puede terminar en cólera o furor (Beta, 1976).

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

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

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

Varios seguidores de las escuelas médicas metodistas habían señalado el citado vínculo entre melancolía³⁷ y manía, ya mencionado desde el siglo III a. C, por Hierófilo, aunque se le atribuye a Arateo Capadocia en el siglo II la descripción más convincente de dicha relación (Akiskal, 2001: 272). No obstante, como ya mencio-

³⁵ 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 la disminución de las inhibiciones normales (Beta, 1976: 450).

³⁶ 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 (APA, 2002: 917).

³⁷ 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 se hablará más adelante) pierde su primacía como eje de la clasificación de depresiones y es relegada a uno de los varios subtipos de estas. Hasta antes del siglo XIX, la melancolía era un término que se utilizaba para describir cualquier tipo de insania en la que se manifestaban 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 (R. Vallejo, s. f.: 31).

namos, 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 anatomoclínico de la enfermedad y la inclusión de la experiencia subjetiva dentro de los síntomas de las enfermedades mentales fueron las condiciones que enmarcaron el nacimiento de la descripción del TB (Berríos, 2008). La idea de que la manía y la depresión podían presentarse en un solo individuo fue retomada por Baillanger, quien la denominó “locura a doble forma”, y por Farlet, quien la llamó “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: “enfermedad maniaco-depresiva”. Este último la describió como un continuo, otorgando un curso³⁸ 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 que tenían formas continuas y ciclación rápida (ambos cursos serán descritos más adelante) (Akiskal, 2001: 273).

Tras las descripciones kraepelianas surgieron diversas corrientes como la psicoanalítica, encabezada por Freud.³⁹ 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, por lo general los progenitores, y que estos sentimientos pueden volverse hacia uno mismo (Goodwin y Nassir, 2004: 807).

Adolf Meyer y Eugen Bluler influyeron también 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. Bluler, en Europa, partía de los paradigmas kraepelianos y pos-

³⁸ Se refiere a la evolución de la enfermedad, la manera en que se presentan los síntomas: crónicos, por tiempo determinado, etcétera.

³⁹ De acuerdo con Germán Berríos, 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 locura, también hay razones para ponerse loco. Y reconoce la importancia de la semántica de la enfermedad mental (2007b).

tuló la relación entre la enfermedad maniacodepresiva y la esquizofrenia como un continuo, pues describía pacientes con síntomas maniacodepresivos, pero también psicóticos. Este postulado retó la visión dicotómica de Kraepelin respecto a la enfermedad maniacodepresiva y abrió la puerta a la descripción del trastorno esquizoafectivo⁴⁰ (Goodwin y Nassir, 2004: 807).

En 1975, Karl Leonhard utilizó el término bipolar para describir a los pacientes con manía, y a los que solo padecían depresión los denominó monopulares; además, distinguió que los primeros tenían más antecedentes de familiares con manía que los segundos. Aquí comienza la distinción dicotómica entre los trastornos bipolares y 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: 272).

A partir de la “revolución de la psicofarmacología”,⁴¹ el paradigma krapeliano es retomado y aparece el periodo de *restauración neokrapeliana*, en donde se retoman las nosografías realizadas por Kraepelin, en específico 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: 807).

Actualmente, el término TB hace referencia a episodios recurrentes de depresión y manía. Los DSM IV y actualmente el V, que apareció en 2013, distinguen dos tipos, TB I y TB II, siendo el primer tipo más grave que el segundo. El episodio⁴² maniaco es un periodo concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal

⁴⁰ El término de psicosis esquizoafectiva fue acuñado por Jacob Kasanin. Con este 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).

⁴¹ Durante la década de los años cincuenta 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 la 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-Muñoz *et al.*, 2002).

⁴² El diagnóstico operacional que utiliza el DSM incluye criterios de gravedad y duración, tal como observamos en la descripción del TB y en la distinción de manía e hipomanía que describe e introduce términos como episodio.

y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este síntoma puede durar por lo menos una semana (o menos si requiere hospitalización). La alteración del estado del ánimo debe ir acompañada por lo 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, agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (APA, 2002).

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

El episodio hipomaniaco tiene las características del episodio maniaco, pero en el primero la duración de los síntomas y algunas características de gravedad son más leves (APA, 2002).

El trastorno bipolar I es una manifestación clínica caracterizada por uno o más episodios maniacos, el II se manifiesta por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco (Dodds, 2003). Por lo regular, el episodio aparece en forma aguda: los síntomas pueden manifestarse en cuestión de días o semanas. La duración de los episodios es muy variable, a veces duran días y/o meses (APA, 2002).

Cuadro 3. Descripción de los *Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales*

DMS I-1952	DMS II-1968	DMS III-1980 (DMS RIII. Actualización, 1987)	DSM IV-1994 (DMS IV-TR. Revisión: 2000)
El TB era conceptualizado como trastorno maniaco depresivo.	Continúa con el mismo enfoque psicodinámico.	Se realizó la modificación de trastorno maniaco depresivo a trastorno bipolar (TB).	La definición de TB se convirtió en una serie de subtipos del mismo, donde TB I y TB II se diagnostican por separado.
Predominaba un enfoque psicodinámico que no hacía una distinción clara entre comportamientos normales y anormales.		Se le da un enfoque biomédico, además de distinguir entre comportamientos normales y anormales.	
		Se plantea el TB partiendo de investigación empírica y conocimiento estadístico para distinguir el trastorno del niño y del adulto.	
		Al actualizarlo en 1987, se incluyeron clasificaciones del trastorno tales como bipolar mixto, bipolar maniaco, deprimido, no especificado y ciclotimia.	

FUENTE: Elaboración propia con base en *History and Evolution of Bipolar Disorder Diagnosis* de H. Akiskal.
 Disponible en <https://www.mentalhelp.net/bipolar/history-and-evolution-of-bipolar-disorder-diagnosis/>.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TRASTORNO BIPOLAR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que 25% de la población mundial padece algún trastorno mental y conductual en algún momento de su vida. La pérdida de años considerados por el indicador Años de Vida Saludable (AVISA) por causa de la enfermedad 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 (OMS, 2001).

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

La American National Depressive and Manic Depressive Association (NDMDA) ha descrito que aproximadamente 50% de los pacientes con trastorno bipolar no buscan ayuda sino hasta cinco años después de haber iniciado sus síntomas, y en 48% no se realiza un diagnóstico correcto hasta después de llegar con un tercer profesional. En 34% de los casos transcurren más de 10 años entre la primera consulta y el diagnóstico (Pini, Queiroz y Pagnin, 2005). La OMS señala que en el mundo la brecha terapéutica⁴³ en los pacientes con trastorno bipolar es de 50.2%, y en México de 74.1%.

La detección, el tratamiento y/o la canalización de los trastornos mentales a servicios especializados en salud mental alcanza apenas 5% en México (Berenzon y Juárez, 2005: 20). Antes de acceder a estos, los pacientes avanzan 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 pueden utilizar diversos modelos de atención de manera simultánea.

Es difícil saber la incidencia del trastorno bipolar porque por lo general este se hace evidente después de varios años. Como se ha descrito, los trastornos bipolares pueden iniciar con síntomas maníacos, depresivos o mixtos. Sin embargo, la manía es la característica más relevante, por lo que no es de sorprender que los pacientes que inician con un episodio depresivo no reciban el diagnóstico. Por lo común, son

⁴³ La brecha terapéutica es la diferencia entre los pacientes que son aquejados y atendidos por un padecimiento psiquiátrico y aquellos que no reciben tratamiento alguno (Kohn *et al.*, 2005).

diagnosticados con una depresión mayor hasta que presentan su primer episodio maniaco quizá un año después.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), en México se encontró que la prevalencia del trastorno bipolar tipo I a lo largo de la vida es de $1.3 \pm 0.2\%$, en el último año, de $0.9 \pm 0.1\%$, y en el último mes de $0.4 \pm 0.1\%$ (Chávez-León, 2004: 35).

Los datos de prevalencia de TB en hombres y mujeres fueron similares. Sin embargo, hubo distinciones importantes entre ambos: la edad de presentación, los síntomas y la respuesta a los tratamientos o los efectos adversos. Algunos datos sugirieron que las mujeres se hospitalizaban más que los varones durante los episodios maníacos y con más frecuencia presentaban ciclados rápidos. Asimismo, se encontró que en estas predominaban los episodios depresivos e, igualmente, la hipomanía o TB II eran más comunes. Estaban sobrerrepresentadas en los casos de episodios mixtos, y los hombres en los de manía. Además, las mujeres reportaron más intentos suicidas que los varones (Diflorio y Jones, 2010). En México, en cuanto al sexo, la prevalencia era un poco mayor entre los hombres ($1.6 \pm 0.3\%$) que entre las mujeres (1.1 ± 0.2) a lo largo de la vida, similar en el último año ($0.9 \pm 0.2\%$ versus $0.8 \pm 0.2\%$, respectivamente), e igual en el último mes ($0.4 \pm 0.1\%$) (Chávez-León, 2004: 35).

Aunque el trastorno puede manifestarse en cualquier edad, se ha encontrado en muchos casos que aparece más durante la adolescencia, en específico entre los 15 y los 19 años de edad. Sin embargo, es posible que el TB se presente por primera vez en la edad adulta. Yassa, Nair, Nastase, Camille y Bezile (1988) reportan el 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 sí; por lo general, en los adultos con edad avanzada que inician con TB no es común encontrar en la historia familiar esta enfermedad, aunque hay investigaciones que reportan diferencias en la influencia genética del TB entre hombres y mujeres en edad adulta, ya que las mujeres por lo regular no cuentan con antecedentes y los varones sí (Rush, 2003: 4).

La prevalencia del TB no presenta diferencia por origen étnico; no obstante, puede estar infradiagnosticado en afroamericanos e hispanos, quienes tienen mayor

riesgo que la población caucásica de ser dictaminados con esquizofrenia, en particular 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 índice⁴⁴ 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 dicho padecimiento; por ejemplo, en las mujeres el periodo de parto es de alto riesgo para generar depresión u otros cambios de ánimo, incluida la manía. También la función tiroidea ha demostrado relación con el TB; por ejemplo, se ha encontrado al hipotiroidismo como factor de riesgo con el ciclado rápido. El trastorno ciclotímico se ha considerado como un precursor de los trastornos bipolares I y II, así que también es 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 entre este y su clase social. Varios estudios sugieren que un alto porcentaje de personas con TB y/o sus familias cuentan con condiciones sociales altas. Sin embargo, la US National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area (NIMH-ECA) halló que la población que tiene el trastorno es de bajo nivel educativo y de pocos ingresos. Los estresores sociales (muerte de algún familiar, falta de trabajo, etc.) han sido relacionados con efectos negativos en el curso del trastorno (Rush, 2003).

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

El trastorno bipolar se asocia a un alto índice de comorbilidad y mortalidad. Se estima que cerca de 19% de los pacientes diagnosticados tienen riesgo de muerte

⁴⁴ Un caso índice es el individuo afectado, por lo cual se incorpora su familia al estudio (Wyszynsky, 1998: 27).

por suicidio. Asimismo, 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 este son: desorden obsesivo compulsivo, desorden de pánico, bulimia nerviosa, desorden de control de impulsos y algunas veces presentan desorden de la personalidad (Rush, 2003).

Respecto a los gastos que representa vivir con TB, se han evaluado de distintas formas; estudios en EU sugieren que al mes un paciente puede gastar entre 333 a 570 dólares en medicamentos, sin considerar que esta cantidad puede aumentar por hospitalizaciones o por la comorbilidad que tenga el paciente (*Gardner et al.*, 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 esta investigación, gastaron de 1 000 a 6 000 pesos mensuales entre médicos y fármacos, situación difícil de sostener para muchos, ya que la mayoría no tienen trabajo estable.

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

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

En este apartado nos interesa destacar los datos de carácter epidemiológico que hay sobre las personas etiquetadas con TB en nuestro país y describir 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, 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos psiquiátricos de la CIE-10 (Manual de Clasificación de las Enfermedades) en su vida. Los más frecuentes fueron: ansiedad, 14.3%; abuso de sustancias, 9.2%; y trastornos afectivos,

9.1%. De la población con trastornos afectivos, 1.3% corresponde al TB I,⁴⁵ y 2% al TB II. Respecto al uso de servicios en el caso de manía: 12.7% acude a un especialista, 1.6% acude a un médico general, otros (incluye consejero espiritual, yerbero, curandero quiropráctico, sacerdote, pastor o curandero). En el caso de depresión mayor: 11.9% acude a un especialista, 7.7% a un médico general, y a otros, 3.5 %. En el caso de depresión mayor, hubo una tasa de 2.5 mujeres por cada varón, y en el caso de episodios maniacos, 1.21 varones por cada mujer (Medina-Mora *et al.*, 2003: 3, 8 y 9).

Con el fin de delimitar y caracterizar el tipo de personas que han sido atendidas en el INNN bajo el concepto de TB, se presenta el siguiente análisis estadístico de los pacientes hospitalizados, de 2005 a 2009.

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

La mayoría de las personas hospitalizadas por presentar síntomas relacionados con el trastorno eran solteras; 29.3% mujeres eran casadas, en comparación con 9.3% de los hombres en la misma condición. La escolaridad de las mujeres era principalmente licenciatura con 26.0%, con carrera técnica 15.8%, y primaria incompleta 11.9%. Los hombres, 39.8% con licenciatura y 17.6% con preparatoria incompleta, un poco más alto que el de las mujeres. No obstante, el nivel de licenciatura era el más representativo; los menos eran los analfabetas.

El trabajo de campo se realizó de 2009 a 2013. Se entrevistó a médicos, personas etiquetadas con TB, a algunos de sus familiares y a 20 personas que habían sido diagnosticadas, ocho mujeres y 12 hombres, con edad de entre 25 y 35 años. La mayoría solteros, 37.5% y 58.3%, respectivamente; tres mujeres y tres varones estaban casados, y una mujer y dos hombres, divorciados. En cuanto al nivel educativo, las mujeres alcanzaron el más alto: 25% tenían posgrado. Ambos se encontraban más representados a nivel licenciatura, 37.5% de mujeres y 75% de varones; el nivel más bajo era de dos mujeres con primaria, y no hubo personas analfabetas. La mayoría de los entrevistados tenían entre 30 y 45 años, vivían solos o en casa de

⁴⁵ En el capítulo II se describe en qué consisten los trastornos bipolares I y II.

sus familiares, eran solteros, tenían relaciones de pareja de manera constante pero no fija, y no tenían hijos.

En relación con los ingresos económicos y el empleo, ocho de los participantes estaban desempleados, doce contaban con trabajo, estaba desempleados 62.5% de mujeres y 37.5% de varones. Para evaluar sus ingresos se consideró si recibían ayuda familiar para poder subsistir, sobre todo en los casos en los que no tenían trabajo. La mayoría de los participantes mencionó contar con más de \$5 000 pesos al mes.

Reiteramos, las características descritas son muy importantes a la luz de algunos resultados obtenidos. Como se desarrollará más adelante, parece que la mayoría de las personas que compartieron sus experiencias tenían recursos suficientes para atender su padecimiento, con un nivel educativo alto y con acceso a diversos medios para atenderse, características que no eran comunes en la población que atendía el hospital en donde se llevó a cabo este estudio. Si bien se encontró 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 con TB es de cinco años aproximadamente; este tiempo se 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, etc., previo al diagnóstico; la ruta terapéutica definitivamente tiene un impacto en la forma en que se acercan a la psiquiatría, tal como lo veremos en los siguientes capítulos.

CONCLUSIONES

Este capítulo retoma elementos importantes para comprender las experiencias y prácticas de las personas que han sido diagnosticadas con TB. La vida de quienes serán nombrados bipolares se enmarca en los términos de la psiquiatría americana. Palabras como depresión, eutimia y manía se incorporan al lenguaje y a formas de comprensión de su mundo, incluyendo la interpretación que los otros hacen sobre ellos. Por tanto, es importante describir cómo se construyen desde el conocimiento psiquiátrico estos rótulos sociales.

También se pretende transmitir la inquietud sobre los problemas epistemológicos que representan algunas figuras dentro de la psicopatología; en específico, comprender que son construcciones culturales que si bien pretenden reproducir la observación naturalista, no lo logran 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 o 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, en las narraciones que se verán en los siguientes capítulos se entenderá lo complejo que es aplicar el conocimiento psiquiátrico a personas y a sus conductas, y que, aunque pudieran asemejarse a la descripción de los manuales, viven condiciones diversas en razón de la construcción social de su enfermedad.

La dificultad para identificar las conductas que la psiquiatría considera “anormales” puede derivar en la posibilidad de error en su clasificación, ya sea porque no cuadra en una sola definición o porque puede encajar en varias enfermedades mentales, esto en parte por la falta de rigor, los problemas en las descripciones en la psicopatología americana y en la práctica psiquiátrica, y si bien no es el tema medular de este trabajo etnográfico, sí es muy importante porque este acto de clasificación es de definición social.

III. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS: EL CAMINO DE LA ETIQUETACIÓN Y LA BÚSQUEDA DE RESPUESTAS⁴⁶

“¿Sabes qué? icabrón! No me sirve esa chingadera [el medicamento], icabrón! [...] ¿Sabes qué, papá?, méteme al manicomio, mañana méteme al manicomio, ime estoy volviendo loco!”

PERSONA ETIQUETADA CON TRASTORNO BIPOLAR

INTRODUCCIÓN

Según Byron Good (2003), la enfermedad está presente en el mundo vital y es experimentada como un cambio en este. Y es que, como se verá más adelante, estudiar las enfermedades mentales crónicas similares al trastorno bipolar (TB) significa hablar de la vida de los pacientes, es decir, 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:

1. La interrupción de los supuestos y los comportamientos que se daban por sentado.
2. El replanteamiento de la biografía del individuo y la redefinición del yo.
3. La alteración de los recursos materiales y cognitivos.

La intención es realizar una lectura etnográfica del TB, padecerlo y experimentarlo a partir de los distintos recursos terapéuticos, de los actores sociales y de la forma en que son utilizados dichos recursos.

⁴⁶ Una parte de este capítulo fue publicado con el nombre de “Itinerarios terapéuticos de pacientes con trastorno bipolar atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), Ciudad de México”, *Locuras, Culturas e Historia*, 2014.

Diversos estudios se han abocado al análisis del proceso salud, enfermedad y atención a través de las carreras, las rutas curativas o los 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 a las conductas, así como a los problemas de salud, está influenciada por el contexto sociocultural.

En México, se ha comentado que los pacientes con trastornos psiquiátricos, incluido el TB, utilizan medicina tradicional y asisten con médicos generales, psicólogos, psiquiatras y otros (Caraveo y Mas-Condes: 1990).

Estudiar la secuencia de recursos de atención, cuidado y autoayuda que utilizan consiste en el análisis de los actores que han participado y las decisiones o acciones que han realizado. Son herramientas analíticas que, además de explicitar los hábitos terapéuticos, permiten identificar su funcionamiento social, su expresión cultural y el medio que les rodea. Dentro del itinerario terapéutico es interesante 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 y en qué circunstancias?, ¿qué lleva a una determinada persona a “descubrirse” con trastorno bipolar?, ¿qué la lleva a considerarse enferma?, ¿cómo influye saberse clasificada con trastorno bipolar en su vida) y ¿cómo utilizan los métodos terapéuticos para recuperarse?

Se describirá la manera en que las personas clasificadas identifican sus experiencias e implementan sus 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 “patológicas” retan a la construcción teórica de los sistemas de diagnósticos psiquiátricos contemporáneos.

Con el fin de entender el camino que recorren los pacientes y cómo da forma a sus experiencias y prácticas de acuerdo con su enfermedad, en los apartados siguientes se desarrollarán los temas variados que surgen cuando ellos se descubren, se aceptan, se atienden y viven.

UN PASADO QUE HUELE Y SABE A CONSULTORIO

Es evidente que en las sociedades occidentales hay un notable aumento de la medicalización durante la vida, es decir, atribuir a una condición médica cualquier conducta del individuo que no se ajusta ni al marco normativo ni a 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 periódico o sentarse a ver la televisión para encontrar noticias sobre este tema.

Respecto al aumento de las enfermedades mentales en niños: “Diez por ciento de los menores sufre algún trastorno”, aclara el médico entrevistado, y más adelante: “Las pataletas son normales en la infancia, especialmente entre los dos y tres años. Pero si son demasiado intensas o más frecuentes, de forma en que afectan su convivencia con la familia o el entorno, pueden ser la manifestación de un trastorno o una depresión”⁴⁷ (Vidales, 2013).

No solo en los medios de comunicación, también en conversaciones cotidianas se pone de manifiesto de qué manera el encuentro de las variaciones biológicas con las definiciones, percepciones o interpretaciones personales dan como resultado el acto social que etiqueta y marca el día a día de los enfermos. Esta tendencia a patologizar la vida cotidiana desde muy temprana edad, común en los medios masivos de comunicación, es parte de la vida diaria de los entrevistados: de qué forma han sido sometidos al escrutinio experto desde la infancia y cómo cualquier incompatibilidad se considera predecesora de sus síntomas. El primer encuentro con médicos, psicólogos, psiquiatras, profesores de escuela, entre otros, será la antecámara para la lectura del presente.

Hacemos la aclaración de que las entrevistas fueron incluidas respetando la manera de expresarse de los participantes; solo se insertaron algunos signos gramaticales para lograr una mejor comprensión. Todos los nombres que aparecen son seudónimos, esto se hizo por la necesidad de garantizar la confidencialidad de la información. Cada una tiene un código de identificación: inicial del seudónimo,

⁴⁷ Es fácil encontrar artículos sobre el trastorno por déficit de atención (TDAH) y programas sobre niños con esquizofrenia; la gente está cada vez más familiarizada con ciertos términos médicos relacionados con la supervisión de las emociones y las conductas de los infantes.

inicial del género del paciente (M, mujer y H, hombre), el tipo de entrevista (EP, entrevista a profundidad) o FB (material de Facebook) así como el día, mes y año.

Es en casa, con sus hermanos, padres o familiares cercanos donde los individuos serán por primera vez “analizados y clasificados”, no hay como tal un encuadre psiquiátrico, pero sí rechazo: se rechazan ellos mismos o los rechazan sus familiares. Todos, sin haber recibido un diagnóstico clínico, 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, 10-11-2012)

La familia excluye al individuo al resaltar 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, 29-03-2010)

En esta primera etapa la locura se identifica por 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 11 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, 29-03-2010)

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 médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, abonando para 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, 02-11-2012)

En esta etapa en donde los individuos todavía no han sido diagnosticados, cuando son parte y dependen de la familia nuclear, se pueden esbozar cuadros más amplios: padres con manías, madres sobreprotectoras, hermanos envidiosos, elementos que serán fundamentales para la definición de enfermedad mental. Todo un retrato digno del argumento esbozado por la propuesta fenomenológica-existencial de la antipsiquiatría anglosajona, que desarrollará trabajos en cuanto a la comunicación en familias de pacientes con esquizofrenia bajo los postulados de autores de la Escuela de Palo Alto.

Bateson supone que en el juego social los participantes no solo son receptores de la comunicación sino, también, objetos de la misma, y esta, ubicada en un contexto social y cultural determinado, influirá en su flujo y significación. Para este planteamiento, la familia es un sistema abierto en donde debe prevalecer la homeostasis; sin embargo, cuando hay problemas de comunicación y desequilibrio, los problemas se resuelven a través de la expresión de algunas patologías como la neurosis, la depresión, etc. (Lucerga, 2003). Los argumentos de Laing en *Cordura, locura y familia* (1964) expresan 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 solo 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, 02-11-2012)

Y aunque también se entrevistó a participantes que no tenían problemas familiares, en muchos casos se repitieron historias de maltrato y abandono como precuela del malestar, por la forma de relacionarse con otras personas con las que 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 por qué. Y a veces mi mamá me pegaba tan fuerte que se me ponía morada o me hacía un chipote o algo así, pero me daba risa... (S, M, EP, 05-10-2012)

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, en ocasiones 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, 05-10-2012)

Al hacer el recuento de su pasado, los individuos no solo narran como fueron etiquetados; también, en algunos casos, es un repaso a los mitos sobre la locura, enclavada en las historias familiares. A veces con enfermedades mentales diagnosticadas y otras con suposiciones sobre estas, 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 Castañeda⁴⁸ y yo pensaba que ese era un cuento, hasta me reía, pero cuando me dieron el diagnóstico pensé que en realidad ella era mi

⁴⁸ La Castañeda era la institución de atención psiquiátrica más grande de nuestro país, estaba ubicada en la Ciudad de México, fue inaugurada en 1910 y demolida en 1968.

verdadera mamá y que la que decía que era no lo era, y por eso me pegaba... (S, M, EP, 05-10-2012)

Al definirse como paciente con TB, los entrevistados hacen una relectura de su pasado a través de este diagnóstico y encuentran rasgos que consideran como 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 seis años. (D, H, EP, 02-11-2012)

También les otorgan importancia a ciertas conductas y las catalogan en el rango de la manía o la 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, 02-11-2012)

De esta manera, como un rompecabezas, los individuos etiquetados van dando sentido a sus síntomas y hablan de ideas suicidas durante la primaria, de su depresión en la 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 sí era una idea seria. (S, M, EP, 05-10-2012)

Estas lecturas incluyen su conducta, sus pensamientos y sus relaciones con otros. Se hace patente la incorporación del lenguaje biomédico en la vida cotidiana como modos de explicación y entendimiento legítimos que, además, darán sentido a sus experiencias en el futuro. Queda la percepción de que hay un exceso de interpretación, un intento de encuadrar todo a través de la descripción, aunque con

seguridad habrá situaciones que escapen a esta definición. Es decir, al igual que la enfermedad mental, la memoria es construida a través del diagnóstico de TB y parece que hay una sobreinterpretación del pasado; es como una necesidad de incluir conductas en su condición y adrede eligen situaciones y momentos que entren en la definición psiquiátrica con la finalidad de garantizarse sentidos de realidad y tranquilidad, pues es algo que ha venido manifestando toda su vida. Por ello, la enfermedad psiquiátrica se irá construyendo por ellos y una vez etiquetados, utilizarán estos conceptos para describir sus prácticas cotidianas.

ENCONTRANDO EL MINOTAURO

Los itinerarios terapéuticos no son secuencias normalizadas, rutinarias o únicas; por el contrario, son procesos no lineales marcados por el contexto que vive el individuo. En este apartado se describe brevemente el momento en el que las personas han sido diagnosticadas con TB. Como se comentó, estas experiencias son muy diversas. No se intenta retratar de manera unívoca estos procesos, solo serán algunos ejemplos. Se analizarán tres experiencias para después abordar otros temas: el significado del encuentro entre el individuo y el saber psiquiátrico y el rol de los medicamentos.

El psicoanálisis

italo era un hombre de provincia que encontró refugio en el DF. En el momento de su entrevista habían pasado seis meses de su diagnóstico. Tenía una visión muy optimista sobre el control del TB a través del tratamiento psiquiátrico. Poseía una experiencia de muchos años con el psicoanálisis y un rechazo a este tipo de terapia, en parte porque la identificaba como una ideología de su padre que quiso imponerle a él y a su familia. Además, censuraba 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 histo-

rial 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, 02-11-2012)

Después de años de sentirse fuera de lugar, de no poder mantener relaciones estables, Italo pidió ayuda a su familia, pero advirtió que estaba dispuesto a cualquier terapia, excepto al 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, 02-11-2012)

Una vez que recibió el diagnóstico de TB de un psiquiatra, encontró por fin algo en qué depositar sus frustraciones, era el enemigo a vencer. Hasta el momento de la entrevista veía muchas ventajas al haber sido diagnosticado.

Ah cabrón, la neta me sentí mejor al saber contra qué 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 qué iba a 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, 02-11-2012)

El autodiagnóstico: en busca de un padecer

Damián era un hombre de más de treinta años que vivía en el DF y que había buscado encontrar un nombre a su malestar desde hace mucho tiempo; el comentó que pasó de la incredulidad, del rechazo, a la aceptación y a reconocerse como paciente con TB. Dijo haberse acercado de fondo a la antipsiquiatría, al uso de células madre, entre otras terapias. Insistió en descalificar a la psicología como una vía para su atención. Esto es un buen ejemplo de cómo los itinerarios terapéuticos son rutas en las que los usos 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 acabé 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, 20-10-10)

Y aunque aseveraba que él no se diagnosticó, su investigación previa les 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, 20-10-2010)

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, 20-10-2010)

Recibir un diagnóstico no solo puso nombre a su malestar, también le significó encontrar una identidad; la enfermedad le dio sentido a su condición y a su vida. Además, le generó tranquilidad al ubicarse en la normalidad de su padecer, sus emociones ahora se justificaban y tener temporalidad en sus crisis le permitió saber que tendría 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 cuándo es un enojo normal, ya tengo la capacidad de discernir entre algo y saber que 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, qué tan normal es y qué 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, 20-10-2010)

ESTRÉS, DISTIMIA:⁴⁹ EL PSICÓLOGO

Amanda es una mujer muy preparada, cuando se le contactó para llevar a cabo la entrevista estaba muy dispuesta, aunque expresaba mucha angustia.⁵⁰ Ella comentó que empezó con el TB desde que estudiaba el tercer año de primaria; dijo haber sentido depresión en periodos en los que quería dormir todo el tiempo, y manía cuando era “demasiado traviesa”. Además del trastorno, la habían diagnosticado con déficit de atención, padecimiento que decidió no tratar.⁵¹ 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 falleció cuando ella tenía ocho años.

Se hace hincapié en la experiencia de Amanda, que da cuenta de lo que ella llamó “psicología”, opción de terapia que explica el sufrimiento del sujeto a través de términos como estrés, cansancio, tensión, entre otros. Veremos cómo estos se convierten en una especie de sacos en donde cabe de todo: el tedio del trajín laboral, las presiones de los estudios, el fastidio de la vida citadina, el cansancio, la excita-

⁴⁹ La distimia es un término psiquiátrico. Describe un trastorno depresivo de naturaleza crónica, pero de menor severidad que la depresión mayor; sus síntomas depresivos son más o menos continuos durante por lo menos dos años (Lima y Moncrieff, 2008: 1).

⁵⁰ No había terminado de explicarle el motivo de mi llamada y ya había aceptado la entrevista; hablaba muy rápido y sin que se le preguntara dijo todo lo que sentía en ese momento: explicó sobre sus crisis recientes, su diagnóstico; su habla era muy acelerada y se mostraba preocupada y alterada.

⁵¹ Comenta que ya son demasiados fármacos los que debe tomar por el TB como para agregar otros por el TDH.

ción, los problemas de pareja, etc., de tal suerte que los términos van diluyéndose en lo cotidiano, perdiendo su fuerza, ya no son acontecimientos sino condiciones de vida.

Amanda acudió al servicio de psicología que se ofrece en las escuelas, desde la secundaria hasta la universidad. En la primera tuvo que abandonar un año sus estudios porque se sentía mal anímicamente; decía no querer hacer nada y se sentaba por horas en el patio de su casa. Con el paso de los años comenzó a experimentar las “crisis”, como les llama ella, cada vez más constantes y en donde no pudo hacer nada, solo sentirse 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”. (A, M, EP, 051212)

Al acudir al servicio de psicología de su universidad, y sin más investigación de los malestares que describe en aquel 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, según él.

Ahí me di cuenta que me estaba causando muchos problemas, se empezaron a acortar mis periodos 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. A, M, EP, 051212)

Las estrategias que le dio la psicología incluían cambiar de ambiente de manera permanente. Tal parece que la visión de quienes la atendieron sugería una relación de la enfermedad mental con el ajetreo citadino, similar al viejo estilo de la Escuela de Chicago,⁵² que plantea el estudio del enfermo mental en su entorno social, otor-

⁵² La Escuela de Chicago será el centro del proyecto desarrollado en EU a partir de 1910, su objeto de estudio es la construcción de una ciencia social con bases empíricas. Esta corriente utilizará como

gándole 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. (A, M, EP, 05-12-2012)

La atención solicitada por Amanda incluye otro tipo de terapias, y el malestar va adquiriendo distintos nombres; de estrés se pasa a distimia y a depresión.

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. (A, M, EP, 05-12-2012)

Sin mucho éxito con la psicología, Amanda encontró en el diagnóstico psiquiátrico algo de tranquilidad, no porque se haya solucionado su malestar, sino porque al menos le dio una temporalidad y una forma de acción, es decir, supo que, aunque se sentía muy mal, en algún momento tendría que acabar, al menos por un tiempo, y que si tomaba algún fármaco era probable que disminuyeran 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 cuándo?” Ahora que ya sé que es digo: “Bueno, pues ya sé qué es”, ya no me pongo a cuestionarme por qué o para qué. Antes era un infierno cuestionándome por qué o para qué. (A, M, EP, 05-12-2012)

principal laboratorio la ciudad de Chicago, estudiando temas como: desorganización, marginalidad, aculturación, asimilación y movilidad.

Aunque el diagnóstico psiquiátrico cubre algunos vacíos que generan su incertidumbre al no tener un nombre para el malestar, y en el caso de Amanda le otorgó certeza y algo de esperanza de que la condición aminoraría, lo cierto es que el tratamiento o el saberse con una enfermedad psiquiátrica no siempre alivia el dolor y el sufrimiento ni reintegra a la vida cotidiana a las quienes lo padecen.

“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 será dado en su mayoría por médicos psiquiatras, pero gestionado por los pacientes, quienes acceden al conocimiento biomédico a través de internet e intervienen en ocasiones de acuerdo con la interpretación de la información hallada. De esta manera los pacientes tienen, además de un diagnóstico y medicamentos controlados o no controlados, el uso de algunos estimulantes y una historia de internamientos.

No cabrón, ya no puedo

Al parecer, en la mayoría de los participantes hay un momento de ruptura, un límite que ya no están dispuestos a soportar; puede que sea antes de ser diagnosticados o después. En ese momento quieren atención, no importa de qué sistema médico en tanto alguien los atienda; lo cierto es que muchos buscan ser internados y aunque los lugares para esto no son cómodos, tienen la sensación de tranquilidad y un poco de control.

¿Sabes qué, cabrón? No me sirve esa chingadera, cabrón, es mentira, llévame con un doctor, ¿sabes qué? 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, 02-11-2012)

De todo esto no tuve ni idea, solo supe que al día siguiente me levanté realmente mal y les dije a mis papás: “Me urge que me lleven al Fray, no me importa dónde 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 por qué 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, 20-10-2010)

Este punto es muy interesante, ya que permite ver los espacios de internamiento psiquiátrico como un lugar de calma a pesar del confinamiento, sienten un mínimo de control sobre sí mismos, pues al no convivir con nadie pueden manifestar su malestar, sus síntomas, sin la extenuante necesidad de controlarse.⁵³ Ya no son aquellos lugares manicomiales que sometían al paciente a vidas separadas y en donde era confinado por largos periodos, en la mayoría de las ocasiones sin su anuencia. Ahora son espacios que sirven de escape, no porque sean cómodos sino porque otorgan un respiro a los pacientes, un sitio para reponerse y reintegrarse. Aquí se amplía la reflexión a través de la observación participante. Lo que se pudo 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 ahí no haya reglas e interacción con otros pacientes, médicos, enfermeras, etc. Ya Erving Goffman (1994) en su libro *Internados...* narró perfectamente el tipo de interacciones que pueden darse en los servicios de atención psiquiátrica; pero justo porque hay personas en condiciones similares es que se pueden compartir situaciones que en el exterior sería difícil de hacer. Por ejemplo, el tema del tiempo del que más adelante se hablará con más detalle. En el internamiento los horarios pueden modificarse y/o adaptarse a la sensación del paciente; en un padecimiento como el TB, donde en su depresión

⁵³ Es probable que esta percepción sobre los hospitales psiquiátricos no sea generalizada. Siguen existiendo muchos lugares que no están regulados y en donde los individuos, más que ser atendidos, son maltratados. La población entrevistada 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 con facilidad. Y aunque en general hubo esta percepción de bienestar temporal durante el internamiento, también hay historias sobre el malestar que les concita la hospitalización, sobre todo porque termina con su ritmo social, es decir, al alejarse de su espacio de convivencia o su trabajo logran retomar cierto control sobre ellos mismos, pero apartarse de su vida social puede ser motivo de estigmatización y segregación por parte de la sociedad.

pareciera que todo avanza lento, y manía al sentir que la vida va a gran velocidad, estar ahí les permite un respiro y saber en qué estado se encuentran. Otro ejemplo: algunos internos comentan que cuando tienen alguna alucinación o pensamientos depresivos pueden no hacer nada físicamente, pero su mente está trabajando y afuera no pueden detenerse; en cambio, ahí pueden permanecer por varias horas en cama o en un sillón sin recibir cuestionamientos al respecto. Además, encuentran pares o personas con otros padecimientos que ellos consideran más graves, y al parecer eso los reconforta. No olvidemos que también reciben medicamentos que en ocasiones los aletarga o confunde. Un elemento importante que podría explicar esta sensación de confort momentáneo es que el personal que los atiende está familiarizado con algunos de sus síntomas y, aunque los someten a cierto orden durante la estancia, no los cuestionan respecto a su manía o su depresión, por ello no deben intentar contenerse. Lo que es cierto es que, aunque sienten aparente calma, pueden ser lugares estériles para poder 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 qué es lo que voy a decir, cómo me voy a comportar. Cuando estoy mal, ellos saben cuándo estoy mal, ellos saben muy bien qué es lo que deben de hacer. (B, H, EP, 19-07-2010)

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

Le digo al 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, 02-11-2012)

Prozac, aspirinas, alcohol: analgésicos para el dolor cotidiano

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

Tenía muchos abusos de analgésicos, los dolores de cabeza eran para mí 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 diez pastillas de paracetamol diarias y ni siquiera así. (D, H, EP, 20-10-2010)

Entro 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, dónde 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, 02-11-2012)

Cuando entran al mundo de la psiquiatría sus respuestas acerca de los medicamentos son ambivalentes, hay quienes los ven como algo positivo y necesario, pero para otros son un constante recordatorio de que requieren de un control externo para sobrevivir.

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, 20-10-2010)

Entonces, cuando me dijo que tenía trastorno bipolar yo 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, 05-12-2012)

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, 02-11-2012)

¿Qué dan y qué quitan los medicamentos a los pacientes?, ¿por qué prefieren usarlos a pesar de los efectos adversos, su costo o las limitaciones que sienten?

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 está 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 cien por ciento bien. Los medicamentos tampoco te dejan estar tan, tan bien como con 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, 20-10-2010)

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 que 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 cuánto es dos más dos y ver todo como entre nubes, es horrible. (S, M, EP, 05-12-2012)

Los medicamentos psiquiátricos son una especie de alquimia donde hay un recorrido por distintos medicamentos y dosis, los pacientes son como 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 comenté al psiquiatra y este me dijo que algo no estaba bien, y me mandó con el neuropsiquiatra y este 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 mandó el Topiramato y ahí sí me pusieron súper mal y ya con eso estoy estable y me quitaron el Clonazepam. (S, M, EP, 05-12-2012)

La administración de estos fármacos es excelente para contrarrestar el trastorno bipolar: transforma al individuo y le permite socializar. Los medicamentos no controlan el ánimo, lo crean; por ejemplo, en la publicidad de Prozac se lee la frase “listo para ser feliz”. Esta percepción prevalece en algunos pacientes, pero sobre todo 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 de forma mágica una persona totalmente diferente.

O sea, 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, 29-03-2010)

Consumir 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 convirtieran en un interruptor para vivir.

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, 29-03-2010)

Una de las paradojas de consumir medicamentos es que son utilizados para controlar las emociones y por lo tanto actuar a voluntad; sin embargo, muchos comentaron cómo el uso de algunos medicamentos les generó lo contrario.

Te cuesta trabajo porque vas perdiendo la voluntad poco a poco, y así van pasando los días. (V, M, EP, 29-03-2010)

Estos breves pasajes de la ruta terapéutica de los pacientes dan cuenta de la forma en que la enfermedad mental se va entretejiendo con su vida cotidiana. Las distintas terapias, el uso de fármacos, la percepción familiar, los deseos individuales y las exigencias sociales van conformando su experiencia. De esta manera, la enfermedad mental, más que un trastorno bioquímico, es un elemento que define su identidad.

Para concluir, se desarrollará el itinerario paso a paso de una mujer y un hombre entrevistados para entender la forma en que la enfermedad se construye social y culturalmente, y la manera en que interrumpe y modifica sus relaciones en su vida social. La diferencia con los párrafos anteriores es que en el siguiente apartado se puede conocer la historia de cada uno y observar en una gráfica los recursos terapéuticos utilizados en ellos.

ELENA: “ME QUIEREN LLEVAR A MORELIA A HACERME UN EXORCISMO”

Elena era una mujer de 39 años que tenía dos años con el diagnóstico de TB, antes le dijeron que padecía esquizofrenia. Fue entrevistada durante su consulta en el hospital. Su historia comienza en la niñez, cuando oía voces y tenía alucinaciones visuales. Esto le sucedía desde que tenía seis años, pero lo comentó a su familia hasta cumplir 14, cuando acudió por primera vez a un neurólogo particular. Este le descartó algún padecimiento neurológico y la canalizó con un psicólogo; sus padres se negaron a llevarla, pues consideraron que no tenía nada.⁵⁴ Demorar la atención médica en enfermedades psiquiátricas es común en nuestro país. De acuerdo con Caraveo y Mas-Condes (1990), en un estudio realizado para la OMS comentan que en México se deja pasar demasiado tiempo entre la aparición del primer síntoma y la búsqueda de ayuda, es decir, las personas que padecen algún trastorno no acuden de inmediato a médicos o psiquiatras.

Otro recurso de Elena fue acudir a un sacerdote católico, ya que su familia era religiosa. El sacerdote, al escuchar sus experiencias, le sugirió acudir al psiquiatra

⁵⁴ 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.

de la mitra, pero su padre se negó. Elena siguió con su vida, pero vio truncados sus estudios de licenciatura; se casó y se divorció. Durante ese tiempo expresó haber sentido malestares como alucinaciones, ausencias, incapacidad para trabajar, etcétera.

Diez años después de su primera visita al neurólogo acudió a una psiquiatra, quien la diagnosticó con distimia, pero continuó con los mismos problemas. También acudió al Reiki (pseudoterapia que se basa en una fuerza vital universal, de toque terapéutico) y se acercó al budismo. En 1998, una psicóloga y un psiquiatra la diagnosticaron como “maniaca, depresiva, autodestructiva”. Sus padres la llevaron a un médico general en Huauchinango, Puebla, quien les dijo que tenía un problema en el corazón y en la tiroides. Según Elena, para solucionar su malestar el médico le recomendó hacerle una llamada telefónica diaria como terapia.

Tiempo después, al escuchar el contenido de un programa de radio, Elena se autodiagnostica con esquizofrenia:

Estaba escuchando el programa del doctor 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 mis papás y no me creyeron, dijeron que me estaba influenciando por el programa. (E, M, EP, 15-08-2010)

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 y la comprendieran por la enfermedad que ella “sabía que tenía”:

Hasta hace dos años logré que mis papás asistieran a la AFAPE, que vayan entendiendo qué tengo, porque siempre dicen que no tengo nada, que soy una hipocondríaca. Tuve seis intentos más de suicidio, pero ya las últimas veces ni siquiera me daba cuenta. (E, M, EP, 15-08-2010)

En 2002 fue diagnosticado con trastorno esquizoafectivo, en el INNN; fue internada en varias ocasiones. En 2008, el diagnóstico cambia a trastorno bipolar y *border-line* (trastorno límite de la personalidad), que “se caracteriza por una sensibilidad extrema a los desaires interpersonales percibidos, un sentido inestable uno mismo, emociones intensas y volátiles y conductas impulsivas” (Gunderson *et al.*, 2018: 1). Una vez que Elena entró al lenguaje de la biomedicina, de la psiquiatría, encontró

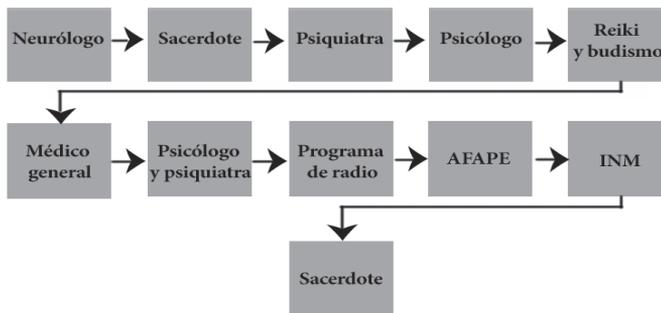
una patología para cada una de sus conductas y se sintió cómoda con el diagnóstico y el tratamiento:

Desde que llegué aquí me ha ido asentando mucho la vida, me siento mucho mejor. Yo tenía seis 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. (E, M, EP, 15-08-2010)

A pesar de ello su familia no consideró eficiente el tratamiento, en parte por cómo interpretaron la enfermedad-salud; consideraron que la enfermedad debía tener un punto de inicio y un fin una vez recibido este. Esta cronicidad es un tema difícil de comprender, pues no concibieron que tras años de diagnóstico y medicinas su hija no solo no mejorara, sino que en ocasiones empeorara, por eso se decidieron por otra terapia de acuerdo con sus creencias religiosas:

Ahorita lo que le quiero decir al doctor 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 esté 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. (E, M, EP, 15-08-2010)

El itinerario terapéutico de Elena fue el siguiente:



FUENTE: Elaboración propia.

Este relato establece no solo los patrones de búsqueda de atención, también cómo se construye la enfermedad; de qué manera ella y su entorno establecieron estrategias para enfrentarla, de acuerdo con la manera en que sus familiares, grupos o instituciones, al ser ya etiquetada, consideraron su trastorno.

Identificar los síntomas de su enfermedad ayuda a los enfermos a entender los cambios en sus relaciones sociales. 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 su caracterización subjetiva y social.

Las personas etiquetadas con TB atraviesan un largo proceso desde la aparición y detección de los síntomas hasta la atención de los mismos. Este es mediado por la temporalidad y las condiciones de la enfermedad, las relaciones sociales y el contexto en el que se presenta. Es un padecimiento crónico y estigmatizado de salud mental, ya que el ideal de los enfermos y los servicios de salud se basa más que nada en la búsqueda de la calidad de vida y no en la cura.

CARLOS: “LA VERDAD, YA NO SÉ NI QUÉ HACER”

Carlos tenía 56 años cuando fue entrevistado. Estaba internado en el piso de psiquiatría del INNN y su principal preocupación era dónde viviría cuando terminara su estancia. Tenía 20 años de recibir tratamiento; sin embargo, durante los primeros años en que tomó medicamento no sabía con certeza cuál era su diagnóstico:

Yo me empiezo a deprimir y le digo a mi mamá y me empieza a dar tecitos 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, sé lo que tienes y te puedo dar cosas”, pero me dijo: “¿Por qué no vas a ver al doctor 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. (C, H, EP, 25-08-2010)

Al igual que Elena, Carlos se autodiagnosticó con trastorno bipolar después de escuchar el mismo programa de radio:

Me enteré que tenía trastorno bipolar cuando terminé de escuchar un programa del doctor 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. (C, H, EP, 25-08-2010)

Es interesante la coincidencia en estas dos historias, ya que pone en primer plano el tema de la medicalización autoseleccionada ante la necesidad de los enfermos por “legitimar” su condición de vida, decidiendo ellos mismos qué medicamentos sirven para tratar su enfermedad con base en un conocimiento científico escuchado.

Por otra parte, el testimonio de Carlos da cuenta de lo que Good (2003) denomina “destrucción del mundo”. El autor 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). Good sostiene que las categorías analíticas propuestas por Schütz pueden proporcionar la base para indagar de qué manera, en el contexto de las enfermedades crónicas, el mundo cotidiano es sistemáticamente subvertido o deshecho. Carlos y los demás han señalado que vivir con la etiqueta de TB modificó la manera en que entendían y se relacionaban con su entorno social.

Para verificar lo anterior, se analizarán dos características de la realidad que Good (2003) utiliza en su análisis de pacientes con dolor crónico y se ejemplifica 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, en específico la manera de expresar sus emociones. Por ejemplo, algunos participantes señalaron sentir enojo sin razón alguna y cómo este iba en aumento sin que pudieran detenerlo. O sintieron celos incontrolables hacia otros. Estas diferencias son el primer síntoma de la enfermedad. En el caso de Carlos, hasta antes de que tuviera la certeza de su diagnóstico su vida se caracterizaba por esta falta de coincidencia en el sentido común, lo que lo sumió en 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, 25-08-2010)

Sin embargo, cuando conoció a la asociación de personas diagnosticadas con TB la forma de socialización regresó, al menos en el grupo de apoyo el sentido común era compartido:

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, 25-08-2010)

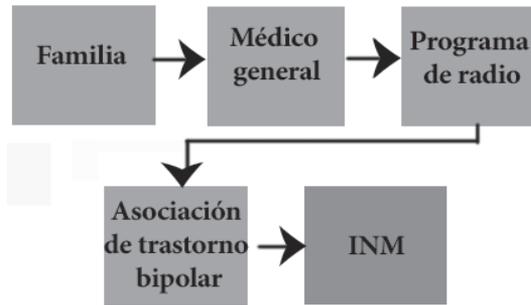
2. *Perspectiva temporal común.* Según Good (2003), una de las particularidades de las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica es que sienten que el tiempo se desploma, ya no ordena el mundo compartido por los demás sino el mundo de la enfermedad.

En el caso de Carlos los periodos de depresión lo dejaban fuera de tiempo, ya que durante la duración de estos lo que él sentía que le daba sentido a su vida no lo podía realizar:

Tengo de repente un cansancio terrible que, aunque yo quiera trabajar, seguir con mi vida, no puedo. (C, H, EP, 25-08-2010)

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”, y el “ir y venir en los internamientos”; por lo tanto, su biografía es interrumpida y adquiere nueva forma y una 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, la enfermedad va ocupando el espacio del trabajo, de la pareja, de los pasatiempos, se expande y ocupa su tiempo, su espacio y su mente.

El itinerario terapéutico de Carlos fue:



FUENTE: Elaboración propia.

Los casos de Elena y Carlos nos permiten comprender de qué manera los individuos valoran, definen y utilizan los servicios de salud; queda claro que en su camino por recibir 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, los servicios religiosos, los medios de comunicación, entre otros; todos en conjunto abonan a la construcción de la experiencia subjetiva de la irrupción de enfermedad y del cambio identitario.

En un artículo sobre el curso social del sufrimiento por 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 son sociales. Compartimos 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 vivir con esta etiqueta depende de lo que el grupo social determine sobre esta 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: 29.)

En el caso de Elena, el recurso del exorcismo como un medio terapéutico propuesto por la familia cuestiona la cordura del núcleo social y permite reflexionar sobre cuáles actitudes 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 de trastorno bipolar y de las enfermedades mentales responde a la clasificación de las conductas según su pertenencia en la vida cotidiana, al sentido común. Da cuenta de las representaciones de la enfermedad y de la curación, tal como son experimentadas empíricamente por los interesados de acuerdo con sus modelos etiológicos y terapéuticos. Mientras que 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 su familia era un mal moral y espiritual cuya atención necesitaba de estrategias religiosas.

La negación por parte de la familia de Elena de la interpretación y la categorización biomédica⁵⁵ reta a la concepción contemporánea en que se sustenta la definición del trastorno; abre la puerta a otro tipo de clasificaciones que escapan al positivismo moderno actual en el que este es considerado como una representación “del individuo enfermo con un orden externo unívoco, explicado acorde a leyes universales que establecen lo racional y lo irracional de manera ajena a la persona” (Molledo, 2004: 86).

En México, como en otras partes del mundo, existe una tradición que conceptualiza a las enfermedades como un fenómeno mucho más espiritual que físico y que utiliza tratamientos herbales y rituales (paganos o cristianos) para lograr la curación. Esta tradición se ha desarrollado y heredado durante siglos y coexiste con la medicina científica. No es de extrañarse, entonces, que muchas personas

⁵⁵ En este modelo la explicación de los síntomas reduce la experiencia personal y la acerca a procesos “neutros” relacionados con condiciones y reacciones bioquímicas del cerebro.

decidan enfrentar su padecimiento basándose en las ideas tradicionales que han aprendido de generación en generación.

CONCLUSIONES

Una de las preguntas durante el trabajo de campo fue: ¿Qué es el trastorno bipolar? Palabras más, palabras menos, la mayoría respondió que era un desequilibrio químico. No cabe duda de que había este desequilibrio detrás ante algunas conductas, pensamientos y emociones que se percibieron. ¿Qué significa este desequilibrio en su vida social? Sin agotar la respuesta, en este capítulo se puntualiza el significado que adquiere para ellos y ellas ser etiquetados como bipolares. A través de los itinerarios terapéuticos se detalla el significado que adquieren la conducta, el pensamiento y las emociones de los diagnosticados. Este seguimiento minucioso esboza los caminos y actores que construyen las prácticas y significados que circulan alrededor de su enfermedad.

Indagar las formas en que las personas se acercan a los recursos terapéuticos nos permite comprender cómo, desde la infancia, en el espacio doméstico, en el ámbito escolar, se van forjando las ideas sobre el actor social problemático, quien más tarde será “bautizado” como enfermo mental. Este “bautizo” de la sociedad, y que es asumido por el propio actor, le hace reconstruir su trayectoria por causa de ello.

Otros y otras entrevistados utilizaron indistintamente las terapias; sin embargo, la más importante para ellos fue la opinión psiquiátrica, al menos para regularizarse, y una vez que lograron disminuir algunos síntomas recurrieron a otras, como los métodos de la llamada medicina alternativa. De esta manera pueden tomar un Diazepam y un té de tila, después una clase de yoga y culminar rezando un Padre Nuestro para calmar los nervios.

Un elemento medular es la manera en que las personas gestionan la información sobre su padecimiento, es decir, la forma en que utilizan los conceptos de la psicología, la psiquiatría, etc. La forma de decidir sobre sus medicamentos y sus internamientos médicos nos permite percibir a individuos que no se sujetan a una etiqueta, sino que la gestionan, sin dejar de reconocer su sometimiento a un proceso de etiquetación social. A pesar de esta imposición simbólica sobre sus cuerpos

se permiten otra respuesta, esto explica, en parte, la mezcla continua de diversas terapias e ideas sobre el origen y el proceso de su enfermedad.

Finalmente, consideramos 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 nada que ver con su padecimiento, pero sí con su vida social. La desesperada búsqueda por encontrarle sentido a sus estados de ánimo les permite hallar una etiqueta médica que les da tranquilidad de ser por fin parte de algo que les 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, en su obra *Brave New World (Un mundo feliz)* la sociedad moderna no tolera la infelicidad, y con los moduladores del ánimo restituye al sujeto a su mundo social que le exige formas organizadas de existencia para compartir en una lógica simbólica común, aunque en lo cotidiano las píldoras sean insuficientes frente al malestar y solo les permitan la subsidencia.

IV. 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

Bruno, como parte de su entrevista, comentó: “No hay bipolares en recuperación”: esta frase nos hizo pensar mucho... ¿Qué significa? Es evidente que no se refería al dato médico que señala que no hay cura para las personas que han sido diagnosticadas con TB. Durante la conversación se quejó de la conducta de su familia respecto a designarlo un sospechoso permanente con manía o depresión, es decir, su relato daba cuenta de cómo, al ser diagnosticado, significaba que existía un proceso social de instauración, de marcaje, que terminaba transformándolos. La enfermedad mental es entonces un proceso que permite catalogarlo como enfermo mental.

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

Ser etiquetado como enfermo mental, ya sea por un tercero o por el propio enfermo, se convierte en un ritual para hacer su identidad fincada en las características del trastorno. No es solo una transición social, sino la imposición de una esencia social que divide y que es justificada por el colectivo.

Para detallar de qué manera se desarrolla este proceso en el grupo de personas entrevistadas, retomamos 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: 85).

Pierre Bourdieu en uno de los capítulos de su libro *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos* 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: 100). Como lo describe el autor:

... 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 (Bourdieu, 2008: 100-103).

El proceso por el cual Bruno y las demás personas entrevistadas se convirtieron en bipolares se explica en parte a través del rito de institución, porque la categoría permite destacarlo, además de otras dimensiones, en específico ciertas características de los síntomas que permiten en cierta medida hacer válida o no la etiquetación. Si bien la figura del rito es útil para describir el cambio ontológico en el momento de ser diagnosticado y su apropiación, no debe dejarse de lado que son actores sociales que al recibir esta imposición identitaria la utilizan, es decir, son agentes de sí mismos.

De qué manera los diagnosticados se aceptaron y se apropiaron de la etiquetación de bipolares se puede entender por tres momentos: *a)* Antes de ser diagnosticado, *b)* Descubrirse o autodiagnosticarse con TB, y *c)* Apropiarse de la enfermedad y asumirla como forma de vida.

“ANTES DE SER DIAGNOSTICADO FUI UNA ESPECIE DE MEDIO APESTADO”

¿Cómo era la vida de Bruno y de los demás antes de llegar a ser bipolares? Al parecer, aunque no había un diagnóstico de enfermedad mental, casi todos coincidieron en relatar una especie de estigma no declarado, pero ejercido en su

contra. Es decir, hay una constante en las narraciones donde señalaron su falta de pertenencia a la comunidad, que no es otra cosa que su construcción social de la enfermedad.

Asimismo, esta antipatía hacia Bruno, Italo y los demás fue el inicio del marcaje social, el cual fue más manifiesto al ser diagnosticados; esa actitud previa corrobora la acción social sobre ellos, la forma en que la sociedad los va catalogando y encuadrando en ciertas categorías, en este caso previo a ser enfermo mental por ser “extravagante, extraño, loco”.

Por lo tanto, antes del diagnóstico había su 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 contaron igual. Esta sensación se acompañaba del rechazo de sus compañeros, su 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, 02-11-2012)

Este rechazo, este “fuera de lugar”, se percibe dentro del individuo, no tiene con quien compartir y, aunque en algunos casos contaban con redes sociales, no cesaba su 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?

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, 10-11-2012)

La mayoría de los malestares que expresaron fueron minimizados, su entorno social lo atribuyó a situaciones o condiciones comunes de las sociedades modernas con las que se debe lidiar: “Me siento triste, presionado”, son condiciones que deben afrontarse sin mayor detenimiento.

Se sacó de onda, pero no le importaba mucho, sí platicábamos, pero me decía: “Sí hombre, se te va a pasar, si estamos bien qué te preocupa” [...] le decía “me siento presionado, me siento triste, entiéndeme”. (B, H, EP, 10-11-2012)

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

Sí, todos mis amigos me lo 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. 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, 02-11-2012)

En la última parte del testimonio, donde Italo menciona que al “funcionar económicamente” no era cuestionado sobre su estado mental, se 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 se desarrollan en este trabajo.

En muchos casos, el paso para recibir un diagnóstico o ser asociado con algún padecimiento médico es retardado y atribuido a una forma de ser en tanto sean funcionales en su espacio familiar, laboral, escolar. Por ello, el TB será aceptado con más facilidad en ciertos medios o espacios laborales que pasarán por alto algunos síntomas, ya sea porque no interfieren con el trabajo, y el insomnio, la 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, 02-11-2012)

Además de haber una construcción social del contexto sobre los participantes previa al diagnóstico de TB, algunas de las personas entrevistadas se reconocieron como locos; y no solo eso, reconocieron ciertas relaciones en este mismo matiz. De esta forma, aunque hay una imposición identitaria que se verá en la siguiente sección, hay un reconocimiento previo y una búsqueda en este tipo de categorías.

Los locos se juntan, siempre me enredé 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.

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, 02-11-2012)

DESCUBRIRSE CON TB: “YO YA ESTABA PIDIENDO QUE ALGUIEN SÍ ME CATALOGARA COMO BIPOLAR”

En este apartado se verá de qué manera se desenvuelve la magia social de la que habla Bourdieu (2008) y cómo, al recibirse un diagnóstico psiquiátrico, se convierte en un acto arbitrario que transgrede los límites constituidos por el orden social y mental. Es decir, se describe la forma de dar y de recibir el diagnóstico en cuanto a que:

... explotar las diferencias preexistentes transforma realmente a la persona consagrada: en primer lugar, porque transforma la representación que otros agentes 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: 102).

En un intento por hacer más gráfico este proceso de marcaje y definición social, se divide la experiencia en los puntos siguientes.

Marcando la diferencia

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

Los maestros eran: “Oye, qué te pasa”, “estás 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, 07-09-2010)

El reconocimiento de la diferencia no es solo de los otros, lo efectivo del rito de consagración es la forma en que se instituye la definición como propia; los que han sido definidos como enfermos mentales se 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, 02-11-2012)

Hay una naturalización del diagnóstico, es decir, los individuos no reconocen el acto como una construcción social, es una esencia “biológica” la que los hace bipolares. Esta actitud es muy común en los procesos de salud y la consecuencia es no detectar el proceso de marcaje social, no reconocer de qué forma se instituye la identidad a partir de esta diferencia, que tiene 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 piensan “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 dejé de ir”; pues qué mensa, porque no por ser diagnosticada no vas a dejar de ser. (I, H, EP, 02-11-2012)

Esta división del orden social del diagnóstico psiquiátrico no solo marca el rito de paso, sino la función social de la transición de una categoría a otra, que se define en relación con un colectivo oculto, es decir, el enfermo mental comparado con los normales, con quienes guardan el orden, con quienes mantienen la razón. De esta manera, el diagnóstico y consagrar la diferencia se convierten en un rito de institución.

Representación de otros agentes

Aquí importa reconocer la respuesta del tejido social de la persona a partir del diagnóstico: ¿cómo cambian las percepciones de amigos, familiares y demás personas cercanas ante los individuos que reciben la etiqueta de la enfermedad mental y cuál es su reacción?, ¿cómo esta respuesta se vincula con el rito de institución?, ¿de qué manera la respuesta social legitima esta nueva categoría sobre los diagnosticados? y ¿qué permite la transformación de ese individuo en bipolar?

Primero, se destaca la manera en que las atribuciones sociales que conforman el acto de institución como acto solemne de categorización tienden a producir lo que designan. Por ello, se puede escuchar en las narraciones cómo el diagnóstico psiquiátrico empieza a ser atribuido a través del contexto cercano, y al ser legitimado se convierte en una esencia social (Bourdieu, 2008: 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 sí ando con un estado de ánimo muy padre” [...] Y me dijo mi amigo: “Oye, se me hace que eres bipolar” [...] Me quedé 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, 07-09 2010)

Algunos familiares reaccionan como si fuera un duelo, atónitos ante la enfermedad mental, como si esta representara una especie de muerte social de su familiar, claro

ejemplo de cómo 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 qué estaban pensando, qué 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, 20-10-2010)

Otras personas cercanas señalan que ya sabían que la persona padecía la enfermedad, esto da cuenta de la participación social en la designación arbitraria sobre la esencia social.

Se lo dije a mis papás y me dicen: “Ah, eso pensábamos, que a lo mejor eras bipolar”; les digo, “si ya sabían de esto, pues me hubieran dicho”. (B, H, EP, 10-11-2012)

La representación de persona investida

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

El diagnóstico psiquiátrico es un acto de comunicación en el que se notifica al individuo lo que él es y lo que tiene que ser, tal y 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, 05-12-2012)

Esto no significa que el proceso de reconocimiento de sí mismo sea homogéneo. De acuerdo con las observaciones realizadas al grupo entrevistado se pudieron detectar dos reacciones con un mismo desenlace; es decir, hubo algunos que se ne-

garon rotundamente y cuestionaron la etiqueta, otros se sintieron aliviados al ser diagnosticados; sin embargo, en ambos casos terminaron asumiendo la identidad.

Respecto a quienes rechazaron esta identificación se pudo saber que esta respuesta se debe, en parte, a la representación social que asocia el trastorno con imágenes de personas ambivalentes, caprichosas, banales, temperamentales, etc. Por ejemplo, algunos grupos u organizaciones de autoayuda consideran que el trastorno es un problema de actitud ante la vida, y sugieren que se puede controlar con ejercicios 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 sí 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 “ámate”, 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 mí 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 dónde 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, 20 10 2010)

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

Entonces como que fue un alivio a medias. Yo ya estaba pidiendo que alguien sí me catalogara de bipolar; yo sé que para mucha gente, cuando les dicen el diagnóstico de que 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, cortocircuitos, traigo muchos movimientos, muchos pensamientos acelerados”. (D, H, EP, 20-10-2010)

De manera independiente al curso de la experiencia de cada persona, comprender que ser diagnosticado con TB explica por qué los pacientes en realidad serán bipolares, por qué no se pueden recuperar de esta condición, se tengan síntomas o no; a partir de que se les nombra como enfermos mentales, siempre serán considerados así por el proceso social que instaura la diferencia y la legítima.

APROPIARSE DEL TB COMO FORMA DE VIDA. “NUNCA DEJAS DE SER BIPOLAR”

Una vez que ya se designó a la persona como bipolar ¿qué sigue?; es decir, ¿cómo se convierte la enfermedad en elemento principal de identificación? Esto se describe más adelante. Las siguientes narraciones relatan algunas prácticas y experiencias de su vida con TB: la relectura de su pasado, las dimensiones opuestas que generan sus síntomas y las respuestas ambivalentes del tejido social.

En las historias descritas, el trastorno fue incorporándose en su pasado como un análisis de los parámetros de sus enfermedad, es decir, reconocer, atribuir o explicar su historia personal por medio de la manía y la depresión expresadas en momentos claves que no podrían explicarse de otra forma, sea por ellos mismos o por la gente que los rodea.

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 si eventualmente son con *flashback* de chiquito, de mi adolescencia, te acuerdas de los fracasos... (B, H, EP, 10-11-2012)

Ser bipolar no es solo asumir que el pasado se puede explicar por la presencia de síntomas mentales, también consiste en reconocerse en y a partir de la diferencia. De acuerdo con Bourdieu (2008), la persona investida se hace de sí misma y de los comportamientos que cree que debe conformar. El caso de Italo ejemplifica este proceso, pero también las contradicciones del mismo, pues él consideraba que identificar las diferencias lo iban a acercar a la normalidad. Existe la creencia de que reconocer el padecimiento es un acto que lo convierte en normal, pero es

todo lo contrario. Esto no solo lo consideró Italo. Como veremos más adelante, las empresas farmacéuticas prometen regresar al individuo a la normalidad a través de los fármacos, como si en realidad lo que alejara a los enfermos mentales de la sociedad fueran los síntomas y no el significado de los mismos.

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, 02-11-2012)

En este proceso de asumirse como enfermo mental muchos pacientes encuentran positiva 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 alguna deficiencia médica y sienten una empatía con sujetos iguales a ellos.

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, 02-11-2012)

Una frase recurrente en las narraciones es que consideraron que alguien que no tiene TB no puede comprender la forma en que las emociones se alteran. De esta manera tenían la sensación de que no hay descripción que alcance, que solo 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, 10-11-2012)

Como se ha analizado, el trastorno es un padecimiento con varias dimensiones: manía, depresión e hipomanía, y en cada una de estas su sufrimiento o malestar es distinto. La mayoría de los pacientes dijeron que, si bien el padecimiento en algunas

ocasiones perturbaba su vida, también era un obstáculo para muchas actividades. Asimismo, hay momentos o situaciones positivas que acompañan esta condición, hecho que puede ser una diferencia con otros padecimientos.

Mientras estudias del trastorno bipolar 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 dónde 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, 20-10-2010)

Los enfermos hablan de agilidad mental, de capacidad amplia para tener rapidez de pensamiento, pero sobre todo describen estas habilidades como si pudieran controlarlas y utilizarlas a su conveniencia. Es muy interesante porque convierten su enfermedad en una herramienta que les da ciertas ventajas sobre quien no la tiene.

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, 20-10-2010)

Pero también está el sufrimiento, la falta de control, el miedo, la soledad. El problema es el equilibrio entre estas dimensiones, sobre todo cuando la depresión y el sufrimiento acaparan la mayor parte del tiempo.

No puedo hacer planes, uno no puede hacer planes. Ningún plan funciona, ni proyectos ni inversiones... (A, H, EP, 25-2010)

Porque sí ha sido como muy feo, fue muy feo todo esto que me ha pasado, entonces digo: “¿A poco sí existirá ese Dios y me castigó por las cosas que había planeado para mi vida?” De repente lo dudo porque estaba muy bien. Yo, se puede decir que yo esperaba una vida, tenía yo ya planeado una vida exitosa. (P, M, EP, 25-10 2010)

En esta otra dimensión la característica principal es la falta de control, que llega a ser una limitante para cualquier tipo de interacción social, pues los incapacita en forma total.

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 qué estaba haciendo, mi cerebro ya no sabía, no sabía qué 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 qué estaba haciendo ahí si yo no iba a 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 tenían nada que ver. (A, M, EP, 05-10-2012)

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 enoja 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 amiezco mal, pues amiezco mal, antes no me levanto [...] ¡El trastorno bipolar es el infierno! (A, M, EP, 05-10-2012)

Estas dos dimensiones son las que dan cuerpo a la identidad y hacen que no sea estática, sobre todo en el trastorno. En este puede haber tantos cambios: por la naturaleza de la enfermedad, por los medicamentos, por cómo se es percibido por

el medio en que se encuentre, etc. Esto explica por qué en ocasiones los pacientes se reconocen con la enfermedad y lo ven como algo positivo, aunque en otras ocasiones lo consideran opuesto. Y es que encontrar nombre a un malestar puede generar una sensación de control y bienestar, pero conforme este evoluciona el significado cambia continuamente.

Justo esta característica, de cambio en los síntomas, por nombrarlo de alguna forma, se proyecta en la percepción y en el trato que los demás dan a los etiquetados. El testimonio de Bruno explica esta situación; detalla la forma ambivalente en la que es percibido y tratado. Por un lado, para muchos su enfermedad no amerita que 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 del trastorno, genera que el tejido social lo atribuya a la enfermedad, es decir, es sospechoso de estar de manera permanente con 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 estás 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”; o “Oye, te noto preocupado ¿estás bien?”, dices “sale”, pero ya cuando te dicen “te veo mal” les digo “ok, qué has visto”, o “no te he visto en manía”, le contesto “¿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 sé, tales o cuales cosas, ¿por qué no vas a ver al doctor?”. Si les dije eso es porque estaba enojado o porque tenía una diferencia, pero no es porque esté 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 de que estás medicado, que estás con una enfermedad con la que luchas todos los días, y nadie lo vive porque todos los días es un reto... (B, H, EP, 10-11-2012)

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 solo 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 la 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?, ¿ahora qué te paso? Estabas bien”. (B, H, EP, 10-11-2012)

Aunque hay una dimensión social e individual que considera el TB como positivo, como herramienta o habilidad, lo cierto es que muchos expresaron que al asumirse como bipolares se convierten en individuos cuestionables, con poca credibilidad, pues al final son “locos”, sin importar que el trastorno sea un desequilibrio químico⁵⁶ o por una herencia genética. Son tratados como enfermos mentales estigmatizados y devaluados.

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 esté fijando en los cambios y variantes de los síntomas, yo ya me tengo etiquetado de que ser bipolar es parte de lo que soy y ya lo tengo asimilado como algo positivo. Pero en cuanto a los demás apenas lo estoy empezando a averiguar, porque me estoy empezando a dar cuenta de 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 quiénes realmente le están apostando por todavía crearme. Porque yo tuve proyectos que sí llegué a hacer, esa parte todavía la estoy empezando a ver, porque si 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 está creyendo o ya me está viendo de si ya me tomé mis pastillas”... (D, H, EP, 20-10-2010)

Esta última parte, donde los participantes dieron cuenta de 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

⁵⁶ Casi todas las personas entrevistadas enfatizaron que el trastorno 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.

–quiero decir mortales– porque encierran a los afectados en los límites que se les asignan y que se les hace reconocer” (Bourdieu, 2008: 104).

CONCLUSIONES

Si se entiende que las emociones son un vínculo crítico entre estas y la interpretación cultural, y son usadas en la negociación de la realidad social, se explica el porqué, si están alteradas, sean un elemento característico que distingue 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 rompieron las reglas que rigen el cómo y el cuándo emocionarse; como respuesta, su contexto social los nombra enfermos mentales, bipolares, legitimado esto por el diagnóstico psiquiátrico impuesto por el colectivo y asumido por el individuo. Así, “ser bipolar” no es solo una categoría, sino una esencia social; Bruno y los demás no dejarán de ser bipolares, aunque no presenten síntomas; en cambio, su comportamiento, sus pensamientos, sus relaciones, siempre estarán bajo la mirada de ese tejido social “sano”, que constantemente les recuerda y reafirma la diferencia.

Aquí nos detenemos. Si bien el rito de institución ha sido una herramienta útil para describir este proceso de transformación ontológica, es importante comentar que durante la investigación encontramos resistencias en la esencia social (Bourdieu, 2008). Lo que se pretende demostrar es que no se puede entender este fenómeno social como una suerte de imposición absoluta hacia los individuos. Encontramos algunos actores que se sometieron a este rito, pero jugaron con el término, participaron y de manera continua hicieron elástica la definición de enfermedad mental.

Los bipolares construyen sus propias circunstancias morales ritualizadas que movilizan el vocabulario, convirtiendo al trastorno en un símbolo de exclusión social, aunque también de pertenencia (LeBreton, 2009). En los siguientes capítulos veremos de qué manera utilizan las herramientas que el mundo posmoderno

les ofrece, reinventando la identidad que pudieron haber tenido con el mismo diagnóstico en 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 de que, al conferir a los consagrados una esencia indiscutible, les autoriza a hacer transgresiones que de otro modo estarían prohibidas” (p. 107). Desde mi punto de vista, los pacientes transgreden el término bipolar al otorgarle cualidades y usarlo como herramienta.

V. 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 persona normal boteriana, nada más tus emociones son más grandes...”

PERSONA ETIQUETADA CON TRASTORNO BIPOLAR

INTRODUCCIÓN

Con la intención de distinguir el proceso histórico que nombra y construye a los “anormales”, Foucault describe “la transición de la lepra y de la peste, que dará cuenta de la invención de las tecnologías positivas de poder, de la formación de un saber y la 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: 54). Esta forma de controlar al individuo a través del conocimiento constante es útil para el análisis de su vida. 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).

En el campo de la observación en que están insertos los bipolares, la racionalidad es un parámetro de inclusión social. Bajo este supuesto, las personas que gozan de salud mental realizan todas sus acciones y toman sus decisiones en un acto de reflexión basado en la razón. En los bipolares da cuenta de su “falta de salud men-

tal” 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 solo por la observación permanente del psiquiatra o de la institución familiar, sino porque es el propio individuo quien se automonitorea, se observa, se regula, es decir, se ha convertido en el propio policía de su ánimo y su conducta.

La etiquetación es resultado del escrutinio constante y minucioso de la conducta, del pensamiento y de las emociones, y los individuos participan y se suman al examen de sí mismos. ¿Cómo lo realizan y quiénes participan? también son preguntas desarrolladas en este capítulo.

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, la frialdad, la calidez, el apasionamiento, la ingobernabilidad de los individuos, etc. Había mediciones como el “termómetro moral”, que daba cuenta de la regulación de la conducta individual (Martin, 2007). Hoy en día, 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, sean 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 permitirá comparar el estado interno de una persona con el de otras, aunque solo se midan cualidades abstractas: 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 es que el examen de los síntomas no se limita al individuo entrenado en la observación (médico, psiquiatra, psicólogo, etc.), sino que es una tarea donde participan el enfermo y su grupo social: familia, amigos, compañeros de trabajo y/o escuela, entre otros.

Además, la estandarización del enfermo mental ya no solo se consigue en el material especializado (libros de psicología o psiquiatría), sino que está a la mano

en otros medios: información brindada por farmacéuticas, personas diagnosticadas, etc., pero principalmente por internet.⁵⁷

Al ser el trastorno expresado por las emociones, los individuos demuestran una extrema vigilancia de sus expresiones, de sus movimientos corporales, de su toma de decisiones, y constantemente cuestionan su actuar al preguntarse por su normalidad. Esta vigilancia conformará las *tecnologías del yo* por las que se irán construyendo como objetos de sí mismos, es decir, 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: 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 decepciones son durísimas, es como un apagón del switch, y digo “para qué 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 autosabotaje, de “no te arriesgues”, y me quedaba con una frustración del tamaño del mundo porque sí quería... (I, H, EP, 02-11-2012)

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: 141).

⁵⁷ Este tema se desarrollará de manera amplia en el capítulo siguiente.

La experiencia de Damián al contestar una prueba para medir su conducta, y si esta concuerda con el trastorno, da cuenta de cómo a través de escalas, mediciones y pruebas se somete al escrutinio de su pensamiento y de sus 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, 20-10-2010)

¿Qué contienen estas escalas, qué miden y de qué manera lo miden?

En la página vidabipolar⁵⁸ se propone realizar una prueba para confirmar si es necesario acudir a un profesional por tener sospechas de padecer TB. Veamos:

¿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 duró dos días y tengo menos de 18 años

Nunca

¿Ha tenido días en los que durmiendo menos de ocho 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 tres horas o menos en cuatro días consecutivos y me sentí descansado

Sí, dormí por seis horas o menos en cuatro días consecutivos y me sentí descansado

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

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

Nunca

⁵⁸ <http://www.vidabipolar.com/2013/p/index.htm?reloaded=true>. Esta página fue construida por un enfermo bipolar y se analizará en el siguiente capítulo. Contiene información biomédica sobre lo que es el trastorno, los tipos de trastorno, el tratamiento, los mitos sobre la enfermedad, etc. De acuerdo con la persona que la regula, estos espacios son revisados por médicos psiquiatras, lo que valida 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 cuatro días o más

Tengo menos de 18 años y he tenido más de dos 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 cuatro días o más en los 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 periodos en los 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? ¿Que 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

Solo en algunas ocasiones

Nunca

Forma de cuantificar:

5 a 15 puntos. De acuerdo con el 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 pregunta más de un tema en cada inciso, se utiliza lenguaje con interpretaciones diversas, por ejemplo: *indiscreciones sexuales*, ¿qué es una indiscreción sexual? También se usa el lenguaje psiquiátrico, por ejemplo: *fuga de ideas*. Las opciones de respuesta también son vagas, algunas incluyen la edad, otras 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 muchas personas podrían estar en los “límites de la normalidad”.

Otro instrumento, la Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young R. Biggs *et al.*), mide la sintomatología del trastorno a través de 11 ítems con cinco posibilidades de respuesta, que muestran sus grados de intensidad considerados básicos en la etapa maníaca. Consiste en una entrevista de 15 a 20 minutos con las personas que se sospecha padecen el trastorno o que han sido etiquetados de esa manera; se realiza por psiquiatras entrenados, quienes, a través de escuchar y observar al paciente, determinarán si está eutímico (dentro de la normalidad), tiene hipomanía o manía (Colom *et al.*, 2002: 370).

Escala de Young para la Evaluación de la Manía.

1. Euforia

0. Ausente

1. Posible o moderada, solo cuando se le pregunta
2. Clara, aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo, 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
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 ecolalias
- 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. Niega cualquier cambio de conducta

Es claro que la evaluación de TB es un proceso subjetivo en el que la habilidad del psiquiatra, su bagaje cultural y social, su conocimiento del paciente, su estado de ánimo, entre otros aspectos, influyen para determinar la conducta que observan. 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” (2003: 141). Una vez realizado el diagnóstico, recomienda a los pacientes que monitoreen sus cambios de energía, pensamiento y sueño. La consigna es que deben aprender a conocerse y a detectar cualquier cambio que los lleve a la manía o a la 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 pueda realizar este monitoreo; por ejemplo el Mood Tree, “Árbol de estado de ánimo”, el cual consiste en la imagen de un árbol de manzanas con frases como *Begins Fights*, “Comenzar peleas”, *Don't care*, “No dar importancia a las cosas” y *Crying*, “Llorar”; a los lados están las palabras manía o depresión, y en medio OK para expresar que

el punto medio es el correcto. Es una herramienta hecha para adultos y niños en la que deben poner una etiqueta de plástico para señalar cómo se sienten y poder monitorear su estado de ánimo. Otro ejemplo es el de Megan McDonald (2003) en su libro *The Judy Moody Mood Journal*, en donde, valiéndose de una imagen de una niña y una especie de reloj, invita a los niños a explorar cuál es su estado de ánimo.

La mayoría de los pacientes llevan un control; por ejemplo, Italo intenta detectar sus impulsos y emociones.

Entonces no tengo ese impulso y, si soy consciente, llevo un registro de cómo me estoy sintiendo todos los días, hago un blog... (I, M, EP, 02-11-2012)

Lo que fue interesante en su comentario es el término “consciente”, pues el problema de algunos entrevistados fue la incapacidad de reconocer su actuar o su mal actuar, fue más un recuento que realizaron una vez que fueron sancionados por ello ante el señalamiento público y no porque lo reconocieran como tal.

El problema para algunas personas es no saber reconocer qué es ser “normal”, es decir ¿cómo reconocer esta conducta si siempre se han comportado de la misma forma? No hay un antes o un después que sirva de parámetro.

¿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 son solo episodios y qué no lo son? (M, FB,10-12-2013)

Estas preguntas que muchos pacientes se hacen son muy atinadas si consideramos que las emociones o algunos de los cambios que pueden convertirse en síntomas todos podemos experimentarlos; la diferencia será la intensidad y la adecuación en el contexto que ocurre.

No solo es que el bipolar automonitoree su conducta, sino que lo haga también en su tejido social y la manera en que es recibido por este. Se hace vigente lo que menciona Le Breton (2009) en su estudio sobre las emociones como construcciones sociales. Este autoexamen implica la manera en que 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.

Vigilar su 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. De esta manera, la utilización de las tecnologías positivas del poder se hará vigente a través de la observación. Hay toda una serie de mecanismos que aseguran la formación, la inversión, la acumulación y el crecimiento del saber (Foucault, 2006: 55).

Este examen diario lo realiza la familia o cualquier conocido cercano que sepa el diagnóstico; ante esto, 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 dicen: “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 dicen: “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, 10-11-2012)

Chicos, no sé si es enamoramiento o hipomanía. Pero qué bien me siento. (M, FB, 02-03-2013)

Pareciera que cualquier expresión emocional está condenada al estigma, han perdido el derecho a enojarse o entristecerse, hay una demanda constante para que regulen y limiten sus expresiones, y esta asepsia emocional los hace medianamente confiables.

Por otro lado, como veremos en el siguiente capítulo, el sujeto posmoderno diagnosticado se distingue por tener acceso a los medios masivos de información, entre ellos los espacios virtuales como el Facebook,⁵⁹ donde comparten con sus pares sus experiencias. Este se ha convertido en una suerte de grupo de apoyo,

⁵⁹ Como se explica en el siguiente capítulo, se conformó un grupo de Facebook para familiares y pacientes diagnosticados con TB, para que los segundos compartieran diversas experiencias de su padecimiento; este espacio formó parte de este análisis.

pero también de vigilancia que alimenta el constante monitoreo. Por ejemplo, los siguientes comentarios retomados de un paciente que recomienda observar otro posible síntoma de la enfermedad e insiste en el automonitoreo:

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 una enfermedad que se cura con siete 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, 18-01-2013)

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 qué se espera de ellos, en cuánto tiempo, incluyendo efectos secundarios y hasta qué grado y cuánto tiempo antes de que se sientan los beneficios esperados, paciencia mientras llega es 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, 05-03-2014)

De esta manera los bipolares, sus pares y sus familias construyen un mecanismo de revisión constante de su vida cotidiana, a veces sin saber con exactitud cuáles deben ser los límites de “la enfermedad”, “la normalidad” y el control social.

DELIMITANDO LA NORMALIDAD A TRAVÉS DEL TIEMPO

Cuando Foucault habla de las disciplinas que conforman al sujeto moderno menciona el control del tiempo, específicamente cómo debe ser usado; explica que hay una exigencia para “establecer ritmos, obligar a ocupaciones determinadas, regular ciclos de repetición” (2003: 144).

A través del diagnóstico los bipolares hacen una lectura de su pasado, presente y futuro por medio de los rangos que establece el padecimiento. La lectura se relaciona con el automonitoreo y dentro de esta hay una evaluación del tiempo social o la falta de este. Una de las características del trastorno es que no necesariamente es constante, puede haber gente que presente episodios recurrentes con cierto tiempo de duración, pero en general su queja es estar en tiempos distintos a los sociales, ya sea por depresión o por manía.

Aquí el tiempo es un concepto que presupone “un acervo de saber social sobre métodos de secuencias temporales y sobre regularidades” (Norbet, 1989: 51), es decir, el concepto de tiempo social que propone 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. De esta forma el tiempo se asume como un símbolo de relación entre diversos procesos, cuya función primordial será la coordinación e integración.

Como la conducta y las emociones, el tiempo será otra medida de pertenencia a la norma de salud mental. Como veremos, no realizar tareas por perder el tiempo o no hacer una tarea que se debe realizar es visto como una señal de descontrol. Se busca asegurar la calidad para emplear el tiempo, que haya un control ininterrumpido sobre él: “Se trata de constituir un tiempo íntegramente útil” (Foucault, 2003: 153).

El sujeto se ve obligado a estar controlando en forma constante, se exige que sus actividades (trabajo, diversión, entre otras) coincidan con el tiempo que tiene 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 cinco tareas al día. Recuerdo que en un episodio de manía mi cerebro generaba ideas cinco 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, 29-11-2012)

Que el TB no sea una condición permanente y estable tiene por lo menos dos aristas en relación con la percepción del tiempo, y este como un elemento de control. 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 vigencia porque tiempo y espacio adquieren otra dimensión, forman parte del sufrimiento de los pacientes y es un mecanismo para evidenciar su falta de pertenencia.

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, 10-11-2012)

Por otro lado, la falta de continuidad en el tiempo por la regularidad y la severidad del trastorno no les permite adaptarse y elaborar alguna estrategia de control para una nueva forma de ser o de estar, es decir, pensemos en una persona invidente: no habrá días en que pueda ver y otros en que no, su condición le permitirá, con algunas desventajas, asumir una rutina, cierto control en su vida cotidiana. Con los bipolares no existe esta posibilidad, y esta inestabilidad es considerada como una desventaja por ellos y permite que las personas a su alrededor tengan una reacción ambivalente.

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, 10-11-2012)

Por ejemplo, la falta o el exceso de sueño en ciertos momentos llevan al bipolar a realizar sus actividades cotidianas fuera del tiempo social. Algunos de los entrevistados enfrentan esta situación accediendo a internet, donde adquieren otra dimen-

sión; sin embargo, en la vida no virtual el individuo no está integrado, pues no comparte espacio ni tiempo 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, 20-10-2010)

Aunque los medicamentos ayudan al paciente a regresar o a integrarse al tiempo social, no les da los elementos para iniciar una relación: trabajo, pareja, amistades, entre otros.

Los medicamentos me dan tranquilidad porque siempre parece que estás 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, 20-10-2010)

Asimismo, los bipolares monitorean no solo su conducta sino también el tiempo, pues al perderlo no son integrados.

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 ser o aquel que inicié cuando estuve internada, ipero yo me siento cada día peor! (M, FB, 03-02-2013)

Hoy me amaneció a las 15:00. Siento que perdí un día completo. (FB, F, 03-02-2013)

Con los testimonios se hicieron patentes “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 agotar el tiempo, no de utilizarlo. 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, 2003: 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. (FB, F, 29-11-2012)

¿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 los síntomas, pero decide que cualquier indicio de cambio de ánimo le hará actuar.

Existe la expectativa de que el medicamento regule al bipolar hasta lograr su salud mental; sin embargo, el entorno de los pacientes confunde este parámetro con el “deber ser”, es decir, es más un concepto de control absoluto, de ajuste a la norma. Por lo tanto, las expresiones de los pacientes que no sean “adecuadas” para el medio serán de inmediato catalogadas como sintomáticas, y por ello 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 con éxito, redirigiendo las condiciones que molestan a los “no bipolares”. Idea que no solo es retomada por algunos pacientes, sino también utilizada por las farmacéuticas para vender sus productos, sean estabilizadores del humor o antidepresivos. Existe un fármaco contra la depresión llamado Effexor, cuya campaña publicitaria lo anuncia como “Wellness Park” “Parque de bienestar”. Martin (2007) explica que este medicamento se vende como un producto que permitirá al paciente estar mejor, igual a alguien “normal”. Según los representantes farmacéuticos, el consumo del fármaco le permitirá no solo no estar deprimido, sino tener altos niveles de satisfacción y funcionalidad. Entonces no se vende un producto controlador del ánimo, sino uno que proporciona un estado psíquico mejor que el que mantienen “los no bipolares”.

En esa misma línea, los familiares esperan que los medicamentos les permitan tener a la persona que siempre han anhelado, tenga o no relación con los bipolares, como si un medicamento pudiera no solo 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 educarlos; 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 Supermán, soy igual”. Nada más es menor, pero también me voy a poner triste, pero también me voy a acelerar, pero tengo derechos, no por ser bipolar ya no puedo hacer nada... (I, MA, EP, 24-10-2012)

El medicamento y los mecanismos de control descritos lo intentan mantener en el punto medio entre manía y depresión; 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 para 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, 10-11-2012)

Como estrategia, en un padecimiento que se caracteriza por el aumento de las emociones, han elegido no sentir o intentar no hacerlo, y esto lo hacen al no involucrarse, a limitar su vida social. Por lo tanto, no es en sí la enfermedad la que marca el curso de su experiencia, sino este ejercicio de poder a través del conocimiento extremo o del reconocimiento de las minucias de la vida, que lo limitan y lo aíslan.

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 involucre”, no de no comprometerme con la gente, te comprometes y apoyas en lo que puedes, pero

mejor no siento [...] La pareja sí 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 qué 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 es un pensamiento que sí te cruza por la cabeza. (B, H, EP, 10-11-2012)

Como se ha mencionado, 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 o “ser normales”.

Platicando con un amigo comentamos que ya medicados y estables nos enfrentamos a una 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; ¿cómo acostumbrarnos a más estabilidad. Paradójicamente: ¿cómo echar a andar una vida estando bien? Al irme regulando se me ha presentado esta duda y este reto... (M, HF, FB, 19-01-2013)

Al final, 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, 20-02-2013)

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, 19-01-2013)

Aunque muchos de los pacientes buscan estar “controlados”, “eutímicos”, hay quiebres constantes; primero, por saber en realidad qué será esto de “estar controlados”, y segundo, porque hay un cansancio ante la necesidad constante de regularse, máxime porque en muchas ocasiones esta regulación es para y por los otros.

Saben, hoy me siento cansado, !hartoi

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 estar! 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; solo actúo serlo, no quiero condenar a alguien a estar conmigo, pero, ¿cómo 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, 27-22-2014)

Para algunos pacientes este control farmacológico, conductual, emocional, no les brinda la tranquilidad, la calidad de vida que se promete al someterse al escrutinio

diario; y es que el malestar de los pacientes implica más que la manía y la depresión, es la construcción de la vida cotidiana, de las relaciones sociales las que se fracturan y que no se alivian con estos métodos.

CONCLUSIONES

A los bipolares se les exige un control que en apariencia representa la norma de salud mental, pero en los hechos las personas que no han sido diagnosticadas 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, 2007: 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, donde las más mínimas conductas serán objeto de observación y se creará un saber que definirá la totalidad de las prácticas sociales. Como se pudo constatar, tanto el entorno como el bipolar, además de los síntomas, observan cualquier irregularidad de la norma que conlleve a una falta de funcionamiento, incluidos desorden, indisciplina, agitación, indocilidad, carácter reacio, falta de afecto, etc. El tiempo, la conducta, la emoción, la no acción, las expresiones, la toma de medicamentos, todos pueden ser medidos y utilizados para identificar el trastorno.

No se pone en duda que llevar un control de las emociones beneficie a sobrellevar el padecimiento; 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 porque vivimos en una sociedad que exige la emoción, una sociedad que es contradictoria y ambivalente al respecto, porque de la misma manera sanciona al que no se controla como al que no es capaz de emocionarse.

Otro punto importante es que este autocontrol y control de los demás sobre el bipolar son un constante recordatorio de su padecimiento, una herramienta que los desacredita y restringe. Lo interesante es que se les exige hacerlo a los que no pueden controlarse porque la depresión y la manía los sobrepasan; parecería contradictorio que pudieran mantener ese control. Lo anterior nos habla de grados de racionalidad, de enfermedad mental, es decir, son capaces de llevar este control, pero al mismo tiempo son enfermos mentales por no estar dentro de la norma de salud mental.

Para finalizar, lo interesante de los testimonios es de qué manera los bipolares han incorporado a su identidad este control constante, y lo han logrado gracias a la persistente y rigurosa observación, sin que esta construcción como sujetos observados y observables, aunque no esté llena de contradicciones, sí tiene rupturas entre qué y cuándo observar y la finalidad de dicho monitoreo.

IV. 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 ETIQUETADAS CON TB

INTRODUCCIÓN

En 2002, el Pew Internet and American Life Project (Banco de Internet y Proyecto de Vida Americana) realizó un estudio sobre los usuarios de internet en Estados Unidos, y concluyó que 62% (73 millones de personas) lo utilizan como un recurso para acceder a información de salud: esto podría significar que cada día más personas acuden en busca de esta en vez de buscar ser atendidos por un médico especialista (Wyatt *et al.* 2005).

En la década de los años 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 ante las condiciones económicas y el trato inequitativo en razón de la etnia, el género, la edad y el grado de escolaridad. Sin embargo, es indudable su gran 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 Hardey (2001), no solo ante el uso de la información, sino de la creación de esta por los mismos usuarios, es decir, el análisis social y cultural, cada vez más complejo, de las formas en que las personas se involucran a

través de la red, requiere comprender que los individuos usan y producen conocimiento sobre su salud. De esa manera se convierten en proveedores significativos de información y consejos, generando discusiones sobre enfermedades y estilos de vida.

Los usuarios traspasan la frontera de distintos tipos de conocimientos, profesiones y prácticas que les permitan tomar decisiones e influir en la relación médico-paciente, no solo en el diagnóstico de alguna enfermedad, sino en la manera en que será tratada (Hardey, 2001). Cada vez con más facilidad pueden construir conocimiento en la red, haciendo su propia página o participando en chats o Facebook; conforman las llamadas “comunidades virtuales de cuidado” en donde se proveen de consejos y soporte (Burrows, Nettleton y Pleace, 2000).

Uno de los hallazgos de esta investigación fue justamente una comunidad virtual de cuidado para bipolares y sus familiares, espacio creado por un bipolar. Fue gracias a un médico psiquiatra que se supo que aquel tenía una página en internet con la intención de hacer grupos de apoyo regulares en el INNN. Pudimos contactarlo y nos explicó que él había construido la página web informativa y un grupo cerrado en Facebook para bipolares y sus familiares. En este se puede dar uno cuenta de la relación entre consumidor-productor de conocimiento, conocer algunas nuevas formas de relación entre médico y enfermo mental, conocimiento e individuo y estrategias de enfrentamiento ante los padecimientos psiquiátricos a principios del siglo veintiuno.

Acercarse a las comunicaciones por internet fue por no poder encontrar un grupo de apoyo para personas diagnosticadas con el trastorno que fuera regular y que permitiera participar o ser observados. Si bien en la actualidad hay un grupo de apoyo en el INNN⁶⁰ que interactúa cada mes, para cuando se comenzó esta investigación todavía no se conformaba y había uno cada seis meses o más, sin regularidad alguna. La intención de conocer estos espacios de interacción era complementar las observaciones durante su hospitalización y las entrevistas realizadas, pero sobre todo la búsqueda de un espacio en el que se pudiera observar la

⁶⁰ En el INNN ya había grupos de apoyo para personas etiquetadas con esquizofrenia; algunos de los bipolares entrevistados acudían a este espacio y ahí surgió la propuesta de hacer un grupo exclusivo para bipolares. El grupo funcionaba a través de sesiones dirigidas por un médico, en donde se hablaba de temas médicos: características de los síntomas, uso de fármacos, control de depresión, etc. Sin embargo, se observó poca afluencia y baja o nula interacción entre los participantes.

interacción de los pacientes con sus pares y estar lejos, en la medida de lo posible, del lenguaje y las 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 se encontró un grupo de apoyo en un chat de bipolares. Decían que se reunían en un restaurante cada mes, pero nunca logré contactarlo; después me enteré por otro enfermo que se había cancelado por estar mal organizado, además, quien lo dirigía tuvo un problema de TB (más adelante se explicarán cómo estos espacios de autoayuda son estigmatizados por médicos, y en ocasiones por las personas diagnosticadas).

La idea de este capítulo es dar cuenta de las alternativas 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 fluida y múltiple. Interesa saber la manera en que el acceso a las redes sociales impacta la forma en la que los individuos construyen sus prácticas. Entre las alternativas que ofrece el mundo posmoderno, el uso de internet está adquiriendo mayor importancia al ser una herramienta que ofrece oportunidades a las personas con enfermedades mentales que no tienen en otros espacios por causa de su identidad; actividades que en sitios no virtuales resultan complicadas e imposibles para algunos parecen ser 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. Las Comunicaciones Mediadas por Computadora (CMC)⁶¹ pueden romper ciertos paradigmas de cómo los bipolares viven su enfermedad. Ante esto, las acciones relacionadas con el acceso a la tecnología están modificando de forma radical la experiencia por cuestiones intrínsecas: las modificaciones respecto al tiempo-espacio y otros elementos que cambian su vida. Interesa destacar la manera en que los bipolares, a través de estos medios, reafirman que son actores sociales.

Se retomará al bipolar como consumidor y productor en dos dimensiones: *a*) El internet como espacio proveedor de información (aquí se revisan diferentes tipos de información disponibles), y *b*) la comunidad virtual de cuidado. Se resumirá, además, la forma en la que los bipolares entrevistados producen conocimiento y

⁶¹ Se toma este término utilizado por Hine (2004), Comunicaciones Mediadas por Ordenador (CMO), y se cambia la palabra ordenador por computadora (CMC) por ser más común en México. Este concepto se refiere a las múltiples formas de relacionarse a través del ciberespacio, incluidos los chats, las comunicaciones por medio de Facebook y otras herramientas.

utilizan el internet, no solo para conocer sino para crear relaciones sociales. Interesante será conocer estas dimensiones, ya que ahí se encuentran las narrativas de la enfermedad de los bipolares en su vida cotidiana.

Para finalizar, se reflexiona sobre algunos aspectos básicos de internet: tiempo, identidad, espacio, las CMC, y cómo estas adquieren sentido por las prácticas sociales, es decir, como construcción social.

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). Sus antecedentes se remontan a 1969. Fue producto de un programa militar financiado por el Departamento de Defensa de Estados Unidos. La intención era crear un instrumento de comunicación que no pudiera ser controlado 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 sí a sus grandes ordenadores (Castells, 2003).

Algunas de sus funciones iniciales eran los envíos de correos electrónicos que permitían la comunicación asincrónica. Con el paso del tiempo se crearon cada vez más herramientas que permitieron la comunicación sincrónica: *Usenet*, dominios multiusuarios, chats, videoconferencias, etc. Es importante mencionar que cuando comenzaron a utilizar las CMC, algunos académicos, principalmente pertenecientes a la psicología social, no las reconocieron como un espacio excelente para el intercambio cultural; se pensó que se limitarían a ámbitos organizacionales y laborales y llegarían incluso a empobrecer las comunicaciones (Hine, 2004).

Actualmente, su uso como forma de comunicación es una herramienta con la que se establecen comunidades y se interpreta y reinterpreta la información. Es un espacio valioso dependiendo de la forma en que se emplee y los usos que se le den, entendiendo al ciberespacio como un lugar en el que se actúa (Hine, 2004).

Las CMC plantean nuevos paradigmas y categorías dentro del pensamiento posmoderno, tales como: tiempo, espacio, territorialidad, autenticidad, representación, realidad, sí mismo unitario y relación con los otros dentro y fuera de estas,

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, 1997: 17; Hine, 2004; Siles 2005; Zegers y Larraín, 2002).

Para afectos de esta investigación, el uso que le dan los bipolares les ayuda a crear información. En otras palabras, esta tecnología y el impacto que produce en las relaciones sociales no es algo intrínseco; es producto del proceso social en donde hay negociaciones entre los participantes para dar sentido a las CMC, construido a través de acuerdos y lenguajes comunes (Hine, 2004).

El objetivo es analizar las CMC a través de los contextos locales de interpretación y de uso; para ello el internet es una cultura y un objeto cultural. Como cultura, se estudian los usos que las personas hacen de él. Como objeto, se revisa la forma en que la tecnología se genera por personas concretas que tienen objetivos, fines y prioridades distintas en donde la información ha sido comercializada y utilizada de acuerdo con las necesidades (Hine, 2004).

FOROS, CHATS, PÁGINAS WEB: INTERNET COMO UN ESPACIO DE CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD

Actualmente, todo parece ser contestado al acceder 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 (importante es destacar que no toda la información que ofrece es válida, verídica o suficiente; incluso hay información contradictoria y muchas veces no se encuentra el resultado esperado).

En esta lógica, se utilizó la red para saber cómo se define o qué es el TB. Como resultado se encontraron elementos importantes para comprender el porqué algunas personas entrevistadas hallaron sentido a su diagnóstico.

En internet hay diversas herramientas y servicios, espacios como Wikipedia, Flickr, Youtube, Twitter, Del.cio.us, Facebook. Su formato puede ser en video, texto, fotografía o audio, por lo general son gratuitos y/o complementarios entre sí,

de fácil acceso, y fomentan la interacción y la participación activa (Torres-Salinas y Cabezas-Clavijo, 2008).

Existen reglas, lenguajes y formas específicas para comunicarse. Hay distintos espacios: foros, chats, blogs, páginas web, entre otros. La diferencia radica en la información y la posibilidad de interacción de los participantes. Para entender la diferencia se enuncian las siguientes definiciones:

Blog o bitácora. De acuerdo con el *Diccionario de la Lengua 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 está en línea. Existe la posibilidad de que los visitantes hagan comentarios que sean respondidos por el autor, aunque también puede estar programado para que nadie pueda comentar. Su característica es la sencillez de su actualización y su contenido puede ser sobre diversos temas: el estado de ánimo del autor, hobbies, noticias, etc. Son en su mayoría gratuitos y quizá por el tráfico generado (visitas recibidas) requiera otro tipo de necesidades técnicas. Actualmente hay demasiados. 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 blogosfera, y esta se creará “*por los hiperenlaces y las conversaciones, los elementos compartidos como iconos, el desarrollo de prácticas colectivas*” (Estalella, 2006: 27).

Foro. Es una aplicación a través de la cual se discuten temas y permite a los usuarios realizar comentarios. 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 los del blog y permiten la participación de más personas. Hay dos tipos de foros, *online* y *offline*; en el primero la comunicación es constante, y en el segundo se da el comentario y después se emite alguna respuesta.

Chats. Es una comunicación instantánea de dos o más personas mediante un *software*, hay *chats* públicos y privados.

Sitio web. Es un espacio documental organizado, típicamente dedicado a algún tema en particular o propósito específico. Sirve para revisar la información y puede contener foros u otros espacios de interacción para los usuarios.

El interés se enfocó en buscar espacios donde hubiera interacción entre los enfermos bipolares, sitios en español y de preferencia integrados por personas residentes en México,⁶² dejando de lado las monografías sobre el tema de los medicamentos. La información hallada fue limitada en comparación con las páginas en inglés. Se realizó una búsqueda con palabras clave, encontrándose chats, grupos de apoyo y foros para personas con trastorno bipolar; chats sobre manía, bipolar y bipolaridad, entre otros, además de páginas informativas y de autoayuda. Lamentablemente, se encontraron pocos espacios en donde pudieran interactuar los bipolares y muchos no estaban actualizados; también varios foros o chats no vigentes o sin respuesta inmediata, y algunos requerían autorización para entrar.

Lo primero que llamó la atención fue su lenguaje particular; por ejemplo, en un blog sobre TB afirmaban la necesidad de conocer los siguientes términos: PDOC (o psiquiatra), TDOC (o terapeuta), LMBPAO (o riendo mi culo bipolar), BRB (o ser derecho), LOL (o riendo a carcajadas) y Cyberabrazos.

Como ya se mencionó, los chats encontrados no estaban actualizados y aunque se encontraron varios blogs, eran más interesantes para este análisis los foros o chats porque la comunicación era más constante. Sin embargo, un blog interesante fue el de *Mi vida bipolar*. Un ejemplo de los textos que aparecen en este:

Pensamientos de un bipolar

En un mundo ideal, los enfermos deberían tomar medicinas para curarse y seguir sus vidas de forma normal, siendo productivos, 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 solo estoy huyendo de lo que pienso es mi destino: no hacer nada para no ser rechazado. En tanto menos me arriesgue a hacer

⁶² Esto en la medida de lo posible, ya que no es sencillo rastrear el origen de todas las páginas revisadas.

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...]

La respuesta que reciben estos comentarios son de identificación con él y con su situación, ya sea del enfermo que se mira reflejado o de familiares que encuentran similitudes en la conducta de su familiar con la que se describe.

Anónimo 22

yo;- tengo;- 34años;- y;- descubrí;- k;- soy;- vipolar;- pk;- llegue;- aun;- -punto;- de;mi;- -vida;- k;- no;- -podía;- mas;- con;- -ella;- asi;- -vivi;- con;- esta;- maldita;- enfermedad;- desde;- k;- era;- nina;- hasta;- k;- me;- decidi;- d;- hablar;- de; mi;- -problema;- de;- mis;- 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, 21-08-2012).⁶³

El blog tiene comentarios sobre el trastorno, ya sea a través de historias, poemas, relatos de experiencias, etc., pero también se incluyen documentos psiquiátricos como el *Test de Trastorno Bipolar*, una batería de preguntas sobre los principales síntomas del trastorno.

Otro espacio interesante, aunque no vigente, fue el Foro de vida bipolar, por el hecho de que fue construido por bipolares. También hay otros espacios en la red creados por médicos o fundaciones civiles con 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 de 2012 dejaron de escribir. Hasta ese momento tenían registrados a 1 483 usuarios y 3 195 comentarios. El foro fue creado en septiembre

⁶³ Foro bipolarmexico. La transcripción es literal, no se modificó ni contenido ni ortografía.

de 2008 y había una comunicación constante entre los usuarios. Había un moderador, quien se había constituido como tal para evitar utilizar el espacio con fines comerciales, usar 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 autorrecetarse, pero creo que es importante saber de los tratamientos de los demás, y cómo se van desarrollando, no es autorrecetar 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 sí 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 ayudó...
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”.

7. Como mencioné 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 bipolarmexico, 19-08-2012)

Este es un ejemplo de la acción social del ciberespacio. Como medio, el internet les ofrece algo que probablemente en su vida cotidiana no tienen; no solo pueden opinar sobre su enfermedad, sino que también deciden cómo funcionará la comunidad y actúan en concordancia.

Como hemos comentado, los temas son diversos: hay desde películas recomendadas, lugares donde asistir, uso de medicamentos, preguntas sobre el origen del trastorno, narración de crisis de depresión o manía, hasta mensajes de aliento. Muchas personas no diagnosticadas decían padecerlo al identificarse con las descripciones de los diagnosticados, y aunque había una queja constante de los problemas de salud causados por el TB también se comentaban sus habilidades y su sensibilidad o capacidad para percibir la vida distinta.

Muchos bipolares no tienen espacios de escucha y foros como estos les dan esa oportunidad, sin que se sepa quién será el receptor de su mensaje, el simple hecho de escribirlo en un foro abierto se vuelve una forma de terapia colectiva.

Ejemplos como los siguientes hay muchos:

Yo empecé con todo este relajo cuando era niña, sufrí muchísimo e intenté suicidarme varias veces. A la fecha aún tengo huellas en 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 entienden mucho. (M, Foro bipolarmexico, 19-08-2012)

Algunas personas que no saben lo que significa vivir con una enfermedad mental podrían pensar que lo cotidiano no existe, como si las preocupaciones más comunes como el trabajo, la vida en pareja o la escuela fueran la esfera única de la

normalidad. Lo cierto es que los bipolares lidian con su enfermedad y con circunstancias con matices distintos o mayores dificultades. Esto no es algo que le interese a los médicos; sin embargo, los foros les permiten adentrarse a esta parte íntima para dar a conocer los problemas; por ejemplo, en un mensaje piden hacer 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 tomé; tengo un trabajo estable, pero es poco el ingreso y ando en busca de empleo, pero como ya se imaginarán ando un poco maniaco y mi concentración no es muy buena. Logré una entrevista en una universidad local y me pidieron hacer examen de oposición y me dieron tres temas para exponer, desarrollé solamente dos 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 ustedes. (H, Foro bipolarmexico, 19-08-2012)

Como actores sociales los pacientes aprovechan el ciberespacio para intercambiar puntos de vista utilizando por igual lenguaje biomédico y lego, pero sin intervención médica para explicar sus experiencias e incluso dar 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 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, salpullidos, 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 que aparecieron, pues tardan unos siete 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 está 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 conoce cómo va la bipolaridad [...] cuando vemos venir a la manía, tomar Clonazepan o Alprazolam. Cuando no dormimos, tomar una Benzodiazepina para inducir el sueño. Uno, dos días o tres, y el eutímico se encarga después. Para la depresión, evitar la ansiedad, sirve también el Alprazolam y el Clonazepan. 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 ya se mencionó, este tipo de foros tiene reglas y un moderador es quien vigila que se cumplan. Uno de los temas interesantes de este punto es que algunos enfermos comentaron que la dificultad de tener un foro o un chat de pacientes es que se debe tener a un moderador las 24 horas, ya que 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 CONTE-

NIENDO CUALQUIER TIPO DE NEGOCIACIÓN CON MEDICAMENTOS SERÁN INMEDIATAMENTE BLOQUEADOS Y A LA REINCIDENCIA LA CUENTA SERÁ 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 es el comentario sobre la dificultad que implica que los pacientes sean quienes lleven el foro, y hay discusión entre ellos mismos al pensar que alguien con la enfermedad no pueda controlar estas situaciones. En algunos casos, los participantes reconocen en los escritos de otros “rasgos de manía o depresión”, y no creen que tengan la capacidad de controlar los comentarios de los otros al estar en la misma condición. Esto nos hace recordar el libro de Martin, *Bipolar Expeditions, Mania and Depression in American Culture* (2007), donde al autor narra su experiencia con grupos de autoapoyo y enfatiza en el tema de los grados de racionalidad y el concepto de normalidad, contraponiendo 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 escuchadas y que ellas mismas limiten la posibilidad de dirigir estos espacios donde ellos son quienes hablan y de los que hablan.

COMUNIDAD VIRTUAL DE CUIDADO

El término se deriva de la combinación de dos nociones: comunidad virtual en el ciberespacio y atención comunitaria en materia de política social. En concreto, se refiere a los soportes de autoayuda en línea y al social. Los dos se consideran 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 de grupos de autoayuda y soporte social y alrededor de 450 nuevas publicaciones por día. Lo interesante de estos espacios es que representan una amalgama de avance tecnológico, estos son los imperativos sociales y culturales que permite el anonimato para estar en un espacio público con apoyo social e individualizado (Burrows, Nettleton y Pleace, 2000).

Una de las características importantes del sistema de salud en México es que no hay una *interface* de apoyo social hacia los enfermos o su familia. En la mayoría de los casos se limita a brindar atención a padecimientos agudos y realizar el diagnóstico de enfermedades crónicas, de tal suerte que hay pocos espacios donde los individuos puedan recibir atención, más allá del diagnóstico y del control con fármacos. Por lo tanto, las comunidades virtuales de ayuda adquieren mayor relevancia, pues para algunos será el único espacio para compartir sus experiencias y encontrar estrategias para un padecimiento sin cura.

Para describir este tema se parte de la experiencia de Vidabipolar, una página de Facebook con un grupo cerrado de bipolares y de algunos familiares en donde se comparte la experiencia de vivir con TB. A diferencia de los otros espacios analizados, aquí se pudo entrevistar al encargado y a algunos participantes del grupo. Saber quiénes son las personas detrás de las computadoras es importante, pues se conoce la identidad de algunos de sus miembros y por lo tanto su autenticidad, al menos respecto a que han sido diagnosticados con el trastorno.

Analicemos la página web. Al final de esta 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; aun 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. Sus secciones son: ¿A quién acudir?, ¿Cómo apoyar a alguien con TB?, Bipolar, Tipo de bipolar, Mitos y Realidades, Videos, Extras y Vidavipolar.

¿A quién acudir? está compuesta por direcciones, mapas y teléfonos de emergencia y hospitales psiquiátricos. ¿Cómo apoyar a alguien con TB? es una sección de consejos y experiencias de cómo debe tratarse a alguien que padece el trastorno; la primera afirmación que se hace es la siguiente fórmula: empatía + buenas intenciones sin buena información = tragedias. Insiste en que el paciente debe ser comprendido y apoyado por todos, haciendo énfasis en que su condición es una enfermedad y comparándola con otras como el cáncer. Destaca su insistencia para acudir a médicos psiquiatras y no descalificar a los psicólogos. Advierte las consecuencias por no tratar adecuadamente a los pacientes, en específico a los que han intentado el suicidio.

Bipolar es la sección con la descripción biomédica de la enfermedad donde se enfatiza que es una enfermedad químico-cerebral, hereditaria, grave y donde se describen los episodios, el tratamiento farmacológico, entre otros datos. En Tipos de bipolar se resumen las características de los tipos I y II: ciclotimia, bipolar no especificado, ciclado rápido y mixto. Mitos y realidades enuncia ocho mitos con sus aclaraciones, por ejemplo, “La enfermedad bipolar es solo otro nombre para decir *voluble* o existe una prueba o análisis para diagnosticar bipolar”, etc. En Videos se muestran 10 de diversos eventos, algunos organizados por Vidabipolar, algunas entrevistas con médicos, conciertos, etc. En la sección Extras se encuentran personas famosas con trastorno bipolar, además de un formulario con efectos secundarios de medicamentos y una pestaña de descarga en donde no hay nada disponible. Finalmente, en la sección Vidabipolar hay un comentario del porqué decidió crear este espacio.

La página da cuenta de las herramientas del ciberespacio como artefactos culturales, es decir, ha sido generado por una persona con objetivos y prioridades concretas, un actor social que se legitima a sí mismo a través del uso y la divulgación de la enfermedad. Utiliza el discurso científico, el neurocientífico (descalificando de manera constante lo psicológico), para validar su posición ante al padecimiento, constituyendo una bioidentidad y recalando el sustrato biológico que explica su enfermedad y sus acciones; usando 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 y social terminarán siendo explicados a través de términos pseudocientíficos (García-Albea, 2011).

Además, en la página se exhibe cómo los internautas no son solo sujetos pasivos receptores de información, sino que utilizan la información y deciden sobre esta; por ejemplo, en la página hay una sección, Anuncio importante, que contiene una declaración sobre el DSM V, y 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 V*, 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 DMS V, incluyendo la 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.

Además de la página web, Vidabipolar ha constituido un grupo cerrado de Facebook donde se organizan todos los eventos del grupo. El que sea cerrado no permite que cualquiera pueda ingresar, debe ser aceptado por el administrador u otros miembros autorizados.

La página de Facebook se abrió en enero de 2012. Yo me integré al grupo a finales de ese mismo año; desde entonces he revisado la publicación a diario, clasificando los tipos de mensajes y de participación. Actualmente cuenta con 270 miembros. Se declara que hay un comité científico que supervisa su actividad y un encargado de supervisar que se cumpla 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 con mensajes públicos o privados”.

El objetivo de la página, de acuerdo con el encargado, es contribuir al bienestar de las personas con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB). Además, tiene sus lineamientos: tipo de participación del comité de científicos, derechos de autor, tipo de material que se publica, jurisdicción, etcétera.

Al revisar la página se nota, en primera instancia, que hay quienes son más activos que otros y que, de manera constante, el responsable realiza comentarios, da avisos, pone datos sobre la enfermedad o acerca de experiencias personales.

Del mismo modo, contesta casi todos los comentarios que se realizan en el grupo y da explicaciones y observaciones amplias, sobre todo cuando hay alguna duda médica, como el efecto de un fármaco, las características de un síntoma o solo anunciar alguna actividad o agradecer la participación de alguien en la asociación, sobre todo si son médicos los que han colaborado.

De esta manera, la página es una fuente de información y un escaparate para un bipolar que se quiere convertir en líder de opinión sobre el tema. Es importante señalar que el grupo comenta ser monitoreado por psiquiatras, pero en el tiempo en que fui parte de este percibí que no hay muchas intervenciones de médicos, ni siquiera cuando algunos de sus miembros tienen dudas respecto de 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 90% de los comentarios. Los temas giran en torno a la descripción de las crisis (manía, hipomanía o depresión), mensajes de ánimo, algunas invitaciones a eventos, reflexiones de pacientes, dudas sobre el diagnóstico, uso de medicamento, entre otros.

Con el fin de organizar la información, se describirán brevemente los siguientes temas.

Ingreso de nuevos participantes

Cuando hay un nuevo ingreso se le da la bienvenida y se informa al grupo; las personas se presentan, agradecen su aceptación y mencionan que no contaban con un espacio como el que se ofrece ahí. Algunos narran su experiencia personal sobre el diagnóstico de su enfermedad, especificando *bajones* y *subidas* de ánimo, el tipo de medicamento que utilizan (aunque se les solicita que no se mencionen los medicamentos que usan, los efectos de medicamentos que usan otras personas, problemas con familiares o parejas por su padecimiento, entre otros).

Reconocimiento del síntoma, describiendo la enfermedad

La mayoría de los participantes describen qué sienten cuando ya no están en eutimia: “Empiezo a sentirme triste”, “Me cuesta trabajo levantarme”, “Tengo ira todo el tiempo”, “Soy agresivo”, “Tengo muchas ideas”, etc. Una mujer, por ejem-

plo, comentó empezar con el “síndrome de Los Tecolines:⁶⁴ *soledad, angustia y desesperación*”.⁶⁵ Otros hacen 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 en crisis. Hay ocasiones en las que los participantes comienzan a decir frases como “estoy durmiendo menos”, “quiero hacer muchas cosas a la vez”, “se agolpan los pensamientos”, y reciben comentarios de otros miembros en cuanto a que están entrando en algún episodio de manía o de depresión. En otras ocasiones se describen sucesos que ya pasaron y que ellos percibieron como crisis. Una mujer, por ejemplo, habla de cómo empezó a hacer mucho ejercicio y a recibir críticas de la gente cercana a ella; a pesar de sentirse muy mal dice que su consulta la tendrá 12 días más adelante. Estos comentarios de los entrevistados sobre sus síntomas, su reconocimiento y las sensaciones que les provocan eran comunes y constantes, y casi siempre recibían comentarios de solidaridad o de identificación por los miembros del grupo. Muchas veces el encargado confirma si es o no un síntoma. También les recuerda de manera continua que deben ser responsables y estar siempre alerta para tratar de evitar las recaídas. La primera opción que ofrece es consultar al psiquiatra, además de otros consejos: hacer ejercicio, ser empáticos, aunque a la mayoría les molesta que les digan “échale ganas”.

Lo interesante de este tema es que los pacientes narran con sus propias palabras lo que sienten, por ejemplo, “sentir lumbre en las venas”, “un globo atravesado tragado y atorado en el esternón”, “ganas de tirarme de un tercer piso”.

Comorbilidad

Algunos participantes hablan de otras enfermedades que padecen, por ejemplo, epilepsia, cáncer de mama u otros padecimientos psiquiátricos tales como el déficit de atención. También comentan cómo en algunos casos se han identificado con otras personas que padecen algún trastorno psiquiátrico y han iniciado relaciones de pareja con alguna.

⁶⁴ Es un grupo musical mexicano formado por cuatro músicos que tocan temas rancheros estilo boleeros desde principios de los años cincuenta en México.

⁶⁵ Las cursivas son parte de la letra de una canción del grupo referido.

Organización de eventos y reuniones

Se organizan diversos eventos; hay programas de radio dedicados al tema, conferencias, etc. y el encargado representa a la asociación. Otro evento constante es una plática mensual que imparte un psiquiatra en el hospital; este espacio es más bien informativo, pero los bipolares lo aprovechan como un lugar de reunión donde también participan familiares y personas con otras enfermedades similares. Finalmente, el grupo organiza reuniones entre los miembros y otros familiares, médicos o amigos, aunque la opinión del administrador tiene mucho peso, desde la logística necesaria hasta la manera en que se recibirá a la gente que viene de otros lugares, qué tipo de reglas habrá, si se podrá fumar o no, etcétera.

Atención médica

Se pregunta mucho por la sugerencia de psiquiatras o de psicólogos o terapeutas. Algunos comentarios en la página son preguntas de cómo ingresar a las instituciones públicas o quejas por no ser atendidos o no recibir los fármacos. También hay quién está interesado en cómo internarse por sentirse demasiado mal en ese momento. En este tema se pudo notar la gran diferencia entre el acceso a los recursos médicos y fármacos en el DF o 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 no estar disponibles.

Consumo de fármacos

Este es un punto fundamental. Como se ha 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 a un medicamento, la dosis del mismo, hasta consecuencias por dejar de tomarlo. Se habla mucho de las reacciones secundarias del mismo: ¿equis medicamento causa sobrepeso?, ¿equis fármaco puede bajar la libido?, ¿la toma de algún antipsicótico provoca cansancio?... Muchos se quejan de que no les están ayudando. En este caso, el administrados escribe mensajes sobre el tiempo que tarda en hacer efecto un fármaco. Se habla también de cómo algunos mezclan ciertos medicamentos, o sobre

la intención de dejarlos o que ya lo hicieron, y narran las consecuencias (principalmente negativas). Por ejemplo: un miembro describe lo frustrante que le resulta dejar el medicamento y “empezar inmediatamente con la manía 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. Las intervenciones del encargado 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 y en algunos menciona alguna experiencia personal.

Lo cotidiano

Un rasgo interesante en estos espacios es que, aunque la enfermedad está presente y casi todo gira en torno a esta, también hay intervenciones que reflejan que el sujeto etiquetado es, además, alguien que debe seguir el paso de su grupo social y cultural. Hay situaciones “comunes y corrientes” en su vida, y sus anhelos, decisiones, actos y posturas pueden ser similares a las de quienes no han sido etiquetados como pacientes psiquiátricos. También se leen intervenciones sobre sus gustos en cuanto a música o comentarios sobre proyectos personales como “estoy terminando un curso”, etcétera.

Consumo de sustancias

En las conversaciones se habla del consumo de alcohol o de cigarro, de las consecuencias de mezclar alcohol con los medicamentos o de cómo empiezan a sentir que el consumo es señal de que están hipomaniacos porque fuman o toman cada vez más. Nunca he leído que hablen de otras sustancias.

Familia y relaciones de pareja

De manera constante se narra la falta de comprensión de la familia. Una mujer dice que desde hace mucho tiempo no ve a su padre, pero sabe que él habla mal de ella y eso le afecta mucho; de la muerte de algún pariente o la desintegración de la

familia nuclear; un ejemplo de ello: una mujer comenta que desde hace un año no ha podido ver a su hijo por causa de la enfermedad que padece.

Hablan sobre la dificultad de conservar una pareja: empiezan una relación y al parecer no hay problema, pero con el paso del tiempo comentan la incomprensión de su pareja por sus crisis, sentimientos de culpa o por ser agresivos, o simplemente personas que no encuentran a alguien que quiera estar con ellos debido a su enfermedad.

Vida laboral

Es un tema muy importante. Hay constantes quejas sobre lo difícil o lo imposible de conseguir una fuente de empleo estable, sobre todo porque algunos de los miembros van y vienen en depresión y/o manía y no pueden trabajar o son internados. Una pregunta que llamó la atención fue: “¿Es posible llevar una vida laboral siendo bipolar?”. Ante un mercado laboral tendiente a la flexibilización parece ser que a un enfermo le será difícil intentarlo, sobre todo si algunas recomendaciones para lograr estar estable son “trabajen poco, poco estrés, descansar, no consumir alcohol y consumir los medicamentos”. También se pueden ver varios mensajes donde comentan que han sido despedidos y que no encuentran trabajo, o que tienen trabajos precarios con poco sueldo y horarios extensos. Otros intentaron negocios personales que se fueron a la quiebra por causa de sus crisis. Por ejemplo, “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”.

Lo que se siente cuando se enferman las emociones

En este apartado se describen dos tipos de comentarios, el primero, “vivir por obligación”, el segundo, “la extrañeza del bienestar”. Del primero se hallaron bastantes comentarios de desesperación, de no saber cómo vivir con la enfermedad y la manera en que esta se convierte en una pesada obligación. También se pueden leer comentarios de varias mujeres: una quería suicidarse por el cansancio que le provoca luchar contra la enfermedad. De inmediato recibió palabras de aliento que le permitieron calmarse. Otra describe sentirse terriblemente mal al ver como cada año, en la

misma época, se siente frustrada, fracasada, culpable, sin poder conseguir nada en su vida. La última describe lo terrorífico que es saber que no puede hacer nada, que se siente cobarde por no quitarse la vida, que actúa solo para que todos la vean feliz y que solo puede expresar sus sentimientos en la página de Facebook.

Respecto de el segundo, “la extrañeza del bienestar”, por ejemplo, un participante describe que en los últimos días ha podido dormir mejor, estar 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 causa de la manía. Este comentario es importante porque ya algunos pacientes me habían descrito que no saben de qué manera comportarse cuando no tienen o no sienten los síntomas de la enfermedad, debido a que toda su vida los han tenido y ya forman parte de su identidad.

Dudas sobre el diagnóstico

Algunos participantes dudan de su diagnóstico y hacen preguntas al respecto; describen sus síntomas y lanzan su duda. Por lo general los demás confirman que sí tienen TB. De igual forma, algunos participantes son cuestionados por los miembros del grupo sobre si realmente lo padecen.

Comentarios de fraternidad

Una característica de las comunicaciones es el lenguaje fraterno; hay comentarios constantes como “los tengo presentes”, “les mando abrazos”, “me gusta comentarles mis problemas porque son mi familia”, y en algunos otros se dicen “hermano” o “hermana”. El lenguaje que se usa da la sensación de cercanía y de solidaridad.

Soledad

Se encontraron, además, varios comentarios como “me urge hablar con alguien o voy a explotar”, “me siento muy sola”, “necesito hablar con alguien que me entienda, si no me voy a volver loco”, o narraciones de lo mal que se han sentido porque han perdido a todos sus amigos y familiares por la misma causa.

Utilización del ciberespacio, Facebook como campo de batalla

Como todo campo de interacción social, la página de Vidabipolar es un espacio común en donde cada individuo cuenta con su propia agenda, y dependiendo de la cantidad de participaciones se puede convertir en un lugar en el que se marcan territorios. Es decir, además de mensajes de apoyo y fraternos, también se han dado algunas peleas entre los miembros. Quizá es hasta lógico porque, a pesar de ser un espacio abierto, hay un moderador que al final se impone como líder de opinión. Por otro lado, hasta dónde es posible que alguien diagnosticado con una enfermedad mental dirija una página o un grupo de apoyo virtual o no virtual y, específicamente, de qué manera realiza esta actividad, qué limitantes tiene y qué críticas recibe.

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 pacientes con TB. El aislamiento que sufrían los enfermos con esas condiciones en otras épocas se ha visto modificado por la accesibilidad a la información, que permite gestionar y controlar en sus propios términos el trastorno a través del consumo de fármacos, de la consulta con especialistas, entre otros. Sumado a este encuentro con el conocimiento, está la posibilidad de las redes de información ilimitadas en tiempo o territorialidad. Además, la relación médico-paciente adquiere otro matiz, la función del psiquiatra será dar un diagnóstico y recetar los fármacos y su dosis, mientras que en las redes sociales el espacio es ocupado por extraños que dicen compartir el diagnóstico.

El grupo cerrado de Facebook amplía la información y permite observar cómo sus integrantes se automonitorean y son monitoreados. Hay posibilidad de observar su interacción: sus discursos, el uso del diagnóstico, su sufrimiento y sus problemas diarios que exceden el padecimiento, pero que de una u otra forma siempre están enmarcados por este.

Tanto la página vidabipolar como Facebook son expresiones de la cultura medicalizada en la que viven, pues no es casual que muchas de sus declaraciones

comiencen con “el TB es una enfermedad químico-cerebral”. Estos espacios dan cuenta de que los bipolares son actores sociales, con agendas propias que adquieren reconocimiento ante el uso de la información biomédica y la forma en que, gracias a esto, algunos incluso se convierten en líderes de opinión respecto del trastorno.

REFLEXIONES FINALES

En este trabajo etnográfico se detalla la experiencia de algunos hombres y mujeres etiquetados⁶⁶ con trastorno bipolar y que acuden al INNN para recibir atención psiquiátrica. Se narran, a 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. De igual forma, el grupo cerrado es otro escenario de gran relevancia, debido a los testimonios que ahí se encuentran.

La investigación se realizó en un contexto donde existe una transformación sistemática, social y cultural hacia 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. El paradigma predominante del INNN está basado en la neurobiología y en la psiquiatría biológica, enfoques que privilegian el estudio del proceso salud-enfermedad-atención desde las ciencias básicas y la práctica médica basada en evidencias, donde prevalece la noción de que lo social se limita al estudio socioeconómico de las personas que acuden a recibir atención médica. Según este paradigma, el estudio de personas bipolares o del TB debe considerar a la cultura como una variable más, lo que implica que las enfermedades son realidades naturales catalogadas de forma diversa y de acuerdo con la tradición médico-cultural en juego (Martínez,

⁶⁶ Se utiliza 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, 2012: 29).

2008). Desde esta perspectiva, no hay un cuestionamiento a la construcción del conocimiento médico.

Un elemento a destacar fue la dificultad que implica ser parte de la sociedad. Y es que trascender la mirada neurobiológica y reconstruir la experiencia desde la antropología fue un reto. Sin embargo, fue el acercamiento al trabajo de campo lo que me permitió reenfocar y considerar que tanto la forma como el contenido son una construcción cultural, de tal suerte que aquí no solo se analiza la manera en que se van presentando los síntomas, sino la forma en que se van construyendo los signos y los propios enfermos. Tal como lo menciona Ángel Martínez, “la biología llega a convertirse en enfermedad y aflicción humana solo si recibe significado, es interpretada y articulada en un conjunto de relaciones sociales” (Martínez *et al.*, 2008: 109).

En los términos argumentados por 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 son productos de un orden colectivo. Y tal como fue corroborado a través del trabajo de campo, las relaciones simbólicas que dan cuerpo a las experiencias de los bipolares están construidas por los hechos cotidianos (Lévi-Strauss, 1979).

Una vez resuelto el enfoque, es relevante señalar las dificultades surgidas para centrar el 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 se aborda, no es el objetivo principal, es solo una dimensión más. Y lo menciono como un problema porque es un tema apasionante que puede generar una investigación más amplia. En cambio, lo oriento hacia las experiencias y significados porque había que aprovechar la oportunidad excepcional de trabajar directamente con personas con este trastorno.

Se trae a cuenta esta reflexión, pues 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. Es 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 las padecen, de las prácticas médicas en espacios donde prevalecen estos paradigmas, ya que en nuestro país no hay un trabajo extenso acerca de este tema.

Se detalla 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, acto que abre una ventana a sus mundos interiores y a su identidad edificada con representaciones, pensamientos, lógicas, nociones, palabras, gestos, etc. La obtención de sus voces a través de sus historias de vida y sus itinerarios terapéuticos ayudó a que el colectivo decidiera cuáles conductas serán vistas como bipolares.

Ha quedado claro que el trastorno es una desviación en tanto es definida por la sociedad, de tal forma que es una consecuencia de la respuesta de los otros. Por lo tanto, la intervención y la opinión de la escuela, la familia, la atención médica, el consumo de fármacos, la definición y el punto de vista de los medios de comunicación, además de las impresiones y reflexiones de las personas diagnosticadas, en conjunto son el material con el que se construyen los mundos simbólicos que dan sentido y significado a su vida.

Otro elemento a destacar es la descripción de cómo alguien se convierte en bipolar. Este análisis no se limita a contar el paso de una persona “normal” hasta que llega a ser bipolar, sino saber el proceso y la función social del rito por el que se reconoce e institucionaliza la diferencia a consecuencia del diagnóstico psiquiátrico.

Pierre Bourdieu recoge las reflexiones de Mauss y de la *Teoría de la etiquetación*, que corroboran que la identidad depende de la actitud asumida por la sociedad sobre la persona. Como se describe en el párrafo anterior la desviación, al ser creada por la sociedad, es una esencia social que hace bipolares, quienes, dentro de esta demarcación simbólica, juegan con los conceptos, transgreden, utilizan la información médica, la hacen elástica, por lo que a pesar de institucionalizarse la diferencia en su persona, sus acciones retan la noción del sujeto pasivo que recibe un nombre; los bipolares entrevistados utilizan la etiqueta, deciden, y en algunos casos dialogan con los médicos, con su tejido social.

Un hallazgo de este estudio es la manera en que algunos de los entrevistados, al asumirse bipolares, ejercen un autocontrol emocional, un automonitoreo que excede lo esperado de la normalidad de sí mismos. Han asumido a tal grado el diagnóstico que están dispuestos a vivir en una especie de asepsia emocional con tal de pertenecer; son policías de sus pensamientos, de sus emociones; el control social invade su cuerpo y se acepta por él mismo. También se encontró que una de

las principales transgresiones que el colectivo social relaciona con el TB, y por la cual etiqueta a las personas con ese rótulo, 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 signos de su enfermedad.

Por otro lado, acceder a su vida cotidiana a través de las redes sociales es una oportunidad única porque muestra diversas dimensiones: su presentación, su interacción con otros bipolares, expresar sus ideas sin que medie la memoria. Por lo tanto, a diferencia de las narraciones obtenidas, se encontraron algunos relatos, por decirlo de alguna forma, espontáneos; por ejemplo, “en este momento siento que me quiero morir”. Claro que con todas las reservas que esto implica, el discurso 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. Pudimos explorar la forma y el tipo de información que utilizan, 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 escuchar y de decir, métodos que constituyen una unidad de cuidado, independiente a los sistemas de atención formales. Poder abrir un grupo cerrado en Facebook permite la comunicación inmediata entre pares, constituye un espacio de escucha que no existe en las instituciones de salud. Este tiene sus propios matices, pues si bien los bipolares pueden expresar pensamientos, ideas, emociones, percepciones, etc., hay una persona que decide si son correctos o no para el grupo, es decir, la libertad de expresión e incluso el acceso terminan siendo limitados. El administrador de la página adquiere una figura de autoridad y se entablan relaciones de poder que en ocasiones desvían el objetivo por el cual fue creado dicho espacio: acompañamiento, ayuda, comprensión, similitud, entre otras. Sin embargo, nos parece que es un espacio único que en definitiva modifica la experiencia de los bipolares y su identidad.

Hay algunos aspectos que no se abordaron a profundidad. El primero es sobre la familia o personas cercanas a los enfermos, en específico sobre las relaciones entre ellos; por ejemplo, de qué manera influyen la percepción y la conducta de los familiares en la construcción simbólica en torno a su TB y a su identidad. Si bien se realizaron algunas entrevistas a los familiares, nos ubicamos solo en la voz

de los bipolares; es importante señalar que la mayoría de las personas entrevistadas comentaron tener apoyo familiar, pero principalmente económico; se da más acompañamiento y apoyo financiero y moral a hombres que a mujeres, dato que no es extraño a la luz de diversas investigaciones que señalan la manera en que las relaciones de género, en especial la valencia y el poder diferenciales entre varones y mujeres, determinan en gran medida los significados y prácticas en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Siguiendo con las relaciones familiares y su impacto en la construcción identitaria, estas son en su mayoría conflictivas. En muchos de los casos los familiares son actores pasivos de la conducta de los enfermos. Algunos participan y recuerdan a los enfermos que lo son y solo los pueden ver así, aunque no tengan síntomas; es la familia o la pareja los que construyen de primera mano la enfermedad. Hallamos, además, ciertas contradicciones en la actitud y en el discurso de algunos bipolares hacia sus familias que llamaron la atención; por ejemplo, algunos exigen que no se les trate como tales, pero al mismo tiempo piden que reconozcan que son diferentes, que son enfermos mentales. También, que algunos pueden ser demasiado demandantes y exigen comprensión, sin tener ellos la misma reciprocidad o empatía hacia sus familias o parejas. Son relaciones complejas llenas de claroscuros que merecen un análisis aparte.

Los médicos psiquiatras son otros actores sociales que participan en la construcción de la identidad. Se pudo entrevistar a varios y en este trabajo están presentes. Algunos hallazgos a resaltar son: *a)* la relación entre el médico y los 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 las relaciones tradicionales entre médicos y enfermos a propósito del acceso a la información médica. El comportamiento de algunos psiquiatras frente a las necesidades de atención de los bipolares responde a un modelo de atención que se aplica en nuestro país, donde tenemos grandes hospitales con especialistas que se limitan a diagnosticar y dar seguimiento a través del control de fármacos y la utilización de terapias, pero no intervienen en la vida cotidiana de las personas que acuden a ellos. Faltan instituciones intermedias que brinden herramientas para enfrentar la vida de los etiquetados.

Por último, y de acuerdo con el trabajo de campo, hay una desaprobación de un gran número de médicos acerca de que los enfermos intervengan u opinen en

su tratamiento. Sin embargo, es algo inevitable; los pacientes no solo cuestionan el diagnóstico, también lo hacen con las dosis de sus fármacos y con 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.

Existe una insuficiencia en el abordaje terapéutico dentro del modelo médico hegemónico debido a las limitaciones de la práctica cultural biomédica. Sin embargo, esto se puede modificar abriendo el campo de estudio hacia prácticas diversas, incluidas, por ejemplo, las prácticas interculturales sanitarias emergentes en el ámbito asociativo e institucional similares a las de Bélgica y España, las cuales están creciendo en el marco de la diversidad cultural y retoman la praxis etnopsiquiátrica (Muñoz, 2014).

Para terminar, es importante apuntar que muchas quejas, además del sufrimiento observado en los bipolares, no son atribuibles a la construcción social y cultural del TB; son parte del malestar que compartimos muchas personas y que responde a un sistema social injusto e inequitativo. Consideramos que el resultado de esta investigación es el parteaguas para profundizar aún más en las experiencias de los bipolares y sus diversos contextos, en las experiencias de otras personas etiquetadas bajo conceptos como esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, etc., y comprender las lógicas simbólicas de la construcción social de la atención de las enfermedades mentales. Hasta aquí encontramos el cuerno del Minotauro, falta llegar hasta la cola a través de los laberintos de la mente y de la interacción social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiguren, E. (1987). *Relaciones internacionales: una perspectiva antropológica*. Chile: Editorial Andrés 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>.
- Akiskal, H. (2001). Hacia una nueva clasificación de los trastornos bipolares. En E. Vieta (coord.), *Trastorno bipolar. Avances clínicos y terapéuticos*. Madrid: Editorial Panamericana, 271-297.
- 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/uploam/sites/18/2014/10/luis-evelio-alvarez-historia-de-la-cultura-como-historia-intelectual.pdf>.
- Arenas, A. y A. Rogelis (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.
- . (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.

- Benedict, R. (1934). La antropología y el anormal, *Journal of General Psychology*. 10(2), 59-82.
- . (1934) [1989]. *Patterns of Culture*. Massachusetts: Houghton Mifflin.
- . *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(1), 77-131.
- Berenzon, S. y F. Juárez (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, *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 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.
- . (2007a). El diagnóstico psiquiátrico no categorial (relaciones, dimensiones y espectros), *Norte de Salud Mental*. 27, 126-128.
- . (2007b). “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.
- 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, J. L. T. Birley y J. K. Wing (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., S. Nettleton, y N. Pleace (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, instrumentos determinantes del perfil socioeconómico de pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. 2003-2009, *Archivo de Neurociencias*, 16: 24-8.
- Caraveo, J. y C. Mas-Condes (1990). Necesidades de la población y desarrollo de Servicios de Salud Mental, *Salud Pública de México*. 32(005), 523-53.
- Caroppo, E., C. Muscelli, P. Brogna, M. Paci, C. Camerino y P. Bria. Relating with migrants: ethnopsychiatry and psychotherapy, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. 45(3), 331-340.
- Carothers, J. C. (1953). *The African mind in health and disease. A study in ethnopsychiatry*. Geneva: World Health Organization.
- Castells, M. (2003). La dimensión cultural de internet, *Andalucía educativa*. 33, 7-10.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. México: Lugar-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cervera, J. (2002). Una teoría general del blog. En J. Cerezo (ed.) *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=FCta6h2ZrGX4hCpHPz4hDAIch3s#v=onepage&q=blogosfera&f=false>.
- Changeux, J. (1985). *Neuronal man: The biology of Mind*. Nueva York: Oxford University Press.
- Chávez-León, E. (2004). Tratamiento farmacológico de la fase depresiva del trastorno bipolar (depresión bipolar). Primera parte, *Salud Mental*. 27(5), 33-43.
- Colom, F., E. Vieta, A. Martínez-Arán, M. Garcia-Garcia, M. Reinares *et al.* (2002). Versión española de una Escala de Evaluación de la Manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young, *Medicina Clínica*. 366-71.
- Comelles, J. (2007). Cultura, sociedad y psiquiatría en España, *Frenia*. VII, 7-24.
- Comelles, J. y A. Hernaez (1997). Paradojas de la antropología médica europea, *Nueva antropología*. XVI(53), 187-214.
- 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, *Social Science & Medicine*. 47(7), 877-889.

- Cuevas, Carlos, A. López Pérez-Díaz (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12(1): 97-114.
- Deleuse, G. y F. Guattari (1973). *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Barral Editores.
- Desjarlais, R., L. Eisenberg, B. Good y A. Kleinman (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 Editores.
- Diflorio, A. e I. Jones (2010). Is sex impotent? Gender differences in bipolar disorder, *International Review of Psychiatry*. 22(5), 437-52.
- Dilling, H. (2004). Clasificación. En M. Gelder, J. López-Ibor y N. Andreasen (eds.), *Tratado de psiquiatría*. T. 1. Barcelona: Ars Medica, 137-147.
- Durkheim, E. (2007). *El suicidio*. México: Colofón.
- Eguiguren, E. (1987). *Relaciones internacionales: una perspectiva antropológica*. Chile: Andrés Bello.
- Elias, N. (1989). *Sobre el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.
- Estalella, A. (2006). La construcción de la blogosfera. En J. Cerezo (ed.), *La blogosfera hispana*. 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=FCTa6h2ZrGX4hCpHPz4hDAIch3s#v=onepage&q=blogosfera&f=false>.
- Ettxebarria, I. (1986). Situación actual de la nueva psiquiatría en Italia, *Revista Asociación de Especialistas en Neuropsiquiatría*. VI(018): 463-467.
- Ey, H. y P. Bernard (1976). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Falloon, I. R. G, J. L. Boyd y C. W. McGill (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. Nueva York: Guilford.
- Figueroa, G. (2006). Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: “Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie”, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 44(2), 134-146.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder, *Revista Mexicana de Sociología*. 50(3), 3-20.

- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós Ibérica.
- . (2003). *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.
- . (2004). *Historia de la locura en la época clásica*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (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. (1913). *Tótem y Tabú*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (1917) [1915]. *Trabajos sobre metapsicología, duelo y melancolía*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (1923). *Dos artículos de enciclopedia. Obras Completas*. Vol. XVIII. México: Amorrortu Editores.
- Galván, V. (2009a). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la transición española: *La antipsiquiatría y La historia de la locura* en los psiquiatras progresistas, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. XXIX(104), 485-500.
- . (2009b). 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. Revista de Filosofía*. Junio: 75, 1-16.
- García-Albea, J. (2011) Usos y abusos de lo neuro, *Revista de Neurología*. 52(10): 577-580.
- García, V. y A. Saal (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., N. Kleinman, R. Brook, K. Rajagopalan, T. Brizee y J. Smeeding (2006). The Economic Impact of Bipolar Disorder in an Employed Population From an Employer Perspective, *Journal Clinical Psychiatry*. 67(8), 1209-18.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.
- Giraldo, C. (2005). La clínica psiquiátrica: ¿signos y síntomas de una crisis?, *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXIV(4): 556-571.
- Goffman, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Goffman, E. (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: Bellatierra.
- Goodwin, F. y G. Nassir (2004). Trastornos del humor. En M. Gelder, J. López-Ibor y N. Andreasen (eds.), *Tratado de psiquiatría*. T. 1. Barcelona: Ars Medica, pp. 805-811.
- Graves, R. (2007). Los mitos griegos II. Obtenida el 5 de mayo de 2015 de <https://asesoriaentesis.files.wordpress.com/2015/04/graves-robert-los-mitos-griegos-ii.pdf>.
- Gunderson, J. G, S. C. Herpertz, A. E. Skodol, S. Torgersen y M.C. Zanarini (2018). Borderline personality disorder, *Nature reviews. Disease primers*. 4:18029.?
- Hardey, M. (2001). "E-HEALTH": The internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge, Information, *Communication and Society*. 4(3): 388-405.
- Harkness, S. y C. Super (1983). The cultural construction of child development: A framework for the socialization of affect, *Ethos*. 11: 221-231.
- Hine, C. (2004). Etnografía virtual. Estados Unidos: Editorial UOC. Obtenida el 15 de octubre de 2014 de <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CZkG-7IYWbgC&oi=fnd&pg=PA7&dq=comunidades+virtuales+de+cuidado&ots=idcy10BaO5&sig=wQedgyt9EgorPOwLTN3tKCC4QNA#v=onepage&q&f=false>.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology*. 3: 329-352.
- Hunter, J. (1991). Anthropology, Expressed Emotion, and Schizophrenia, *Ethos*. 19(4): 387-431.
- . (2007). Expressed Emotion and Relapse of psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology*. 3: 329-352.
- Jara M., K. Lana, L. Schneider y K. Lemos (2008). Trastornos bipolares, *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 177: 22-24.
- Kardiner, A. (1945). *El individuo y su sociedad*. México: Fondo de cultura económica.
- Kardiner, A., R. Linton y C. Bois (1945). *The Psychological Frontiers of Society*. Nueva York: Columbia University Press.
- Kesey, K. (1962) *One Flew Over the Cuckoo's Nest*. Londres: Methuen and Co.
- Kiermayer, L. J. y H. Minas (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective, *The Canadian Journal of Psychiatry*. Jun. 45(5): 438-46.

- King, S. y M. Dixon (1999). Expressed Emotion and Relapse in young Schizophrenia outpatients, *Schizophrenia Bulletin*. 25(2): 377-386.
- . (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. (1988). *The Illness Narratives Suffering Healing and the Human Condition*. Estados Unidos: Basic Books.
- . (1989). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- Kleinman, J. (2000). El curso social del sufrimiento: esquizofrenia, epilepsia y otras enfermedades crónicas en la cultura china. En E. González y J. Comelles (coords.), *Psiquiatría transcultural*. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, pp. 101-116.
- Kleinman, A. y B. Good (1985). *Culture and depression, Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Kohn, R., I. Levav, J. Almeida, V. de Caldas, L. Benjamín, J. Caraveo-Anduaga, S. Saxena y B. Saraceno (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública, *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(4/5): 229-40.
- Kraepelin, E. (1907). *Clinical psychiatry. A Text Book for students and Physicians*. Nueva York: Macmillan Company.
- (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos.
- Laban, A. (1993). Prolegomenon to a processual Approach to the emotions, *Ethos*. 21(4): 417-415.
- Laing, R. D. y A. Esterson (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 J. Larrosa (ed.), *Escuela, poder y subjetivación*. Madrid: Las Ediciones de La piqueta, 257-329.
- Le Breton, D. (2009). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Leinone E. y O. Kampman (2010). Psychiatric comorbidity in bipolar disorders, *Duodecim*. 126(15): 1785-92.
- Lerner, G. (1985). Psiquiatría democrática en crisis, *Revista de la Asociación Española de 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 M. Mauss, *Antropología y Sociología*. España: Tecnos, 13-42.
- Lima M. y J. Moncrieff (2008). Una comparación de fármacos versus placebo para el tratamiento de la distimia (revisión Cochrane traducida). Obtenida el 10 de mayo de 2011 de <http://www.update-software.com>.
- Linton, R. (1945). *Cultura y personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López, F. e Y. Muñoz (1994). Aprender a aprender; algunas aproximaciones prácticas al fenómeno del aprendizaje, *Revista Universidad Eafit*. 95: 17-25.
- López-Muñoz, F., C. Álamo y E. Cuenca (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*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lynch, O. (1990). *Divine Passions. The Social Construction of Emotion in India*. Los Ángeles: University of California Press.
- McDonald, M. (2003). *Judy Moody Journal*. Somerville: Candlewick Press.
- Martí, J. L. y M. Murcia (1988). *Enfermedad mental y entorno urbano*. Barcelona: Anthropos.
- . (2008). Experiencia interior y trabajo de campo etnográfico. En M. Bullen y M. Diez (coords.), *Retos teóricos y nuevas prácticas*. España, pp. 117-140. Obtenido el 15 de junio de 2012 de: <http://www.ankulegi.org>.
- Martin, E. (2007). *Bipolar Expeditions, Mania and Depression in American Culture*. Nueva Jersey: Princeton University Press.

- Martínez, A. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural, *Cadernos de Saúde Pública*. 22(11): 2269-2280.
- Martínez, A., G. Orobitg y J. Comelles (2000). Antropología y psiquiatría, una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad. En E. González y Josep M. Comelles (coords.), *Psiquiatría transcultural*. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, pp. 117-246.
- Martínez, A., G. Orobitg y J. Comelles (2008). *Antropología médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. España: Anthropos.
- Mead, M. (1961). *Adolescentes y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Paidós.
- Medina-Mora, M. E., G. Borges, C. L. Muñoz, C. Benjet, J. Blanco, C. Fliz *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.
- 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/fll/ucm-t26684.pdf>.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos (comp.), *La antropología médica en México*. México: Instituto José Luis María Mora-UAM, 101-113.
- Meza E., A. Soriano, O. Solís y A. Silva (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: las 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, *FERMENTU*. 18(53): 532-549.
- Muñoz, R. (s. f.). 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 anti-psiquiátrica en el ámbito asociativo a la consulta etnopsiquiátrica en un hospital

- de Bruselas. En S. Brigidi y J. Comelles (comps.), *Locuras, culturas e historia*, 173-197.
- . (2015). Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: encuentros en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural, *Desacato*. 48, mayo-agosto, 92-107.
- Nivón, E. y A. Rosas (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 (OMS) (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Obtenida el 5 de mayo de 2011 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1.
- Ortiz, T. (2004). Neurociencia y psiquiatría. En J. López-Ibor, C. Leal y C. Carbonell (eds.), *Imágenes de la psiquiatría*. Barcelona: Glosa, 133-143.
- Ortner, S. (1984). Theory in Anthropology since the Sixties, *Comparative Studies in Society and History*. 26(1): 126-166.
- Páez, Y. (2003). El Minotauro en su laberinto, *Aposta, Revista de Ciencias Sociales*. Obtenida el 5 de mayo de 2015 de <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/yidy1.pdf>.
- Parsons, T. (1951). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- 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., V. Queiroz y D. Pagnin (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.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. México: Fondo de cultura económica.
- 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.

- Regeser, S. y J. Guarniaccia (2000). Cultural Psychopathology: Uncovering the social Word of mental Illness, *Annual Review of Psychology*. 51: 571-598.
- Regier, D., J. Myers, M. Kramer, L. Robins, D. Blazer, R. Hough, W. Eaton y B. Locke (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics, *Arch Gen Psychiatry*. 41(10): 934-41.
- Rissmiller, D. y J. Rissmiller (2006). Evolution of the Antipsychiatry movement into Mental Health consumerism, *Psychiatric Services*. Jun. 57(6): 863-866.
- 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.
- Rodríguez-García, P., L. Rodríguez-Pupo y D. Rodríguez-García (2004). Técnicas clínicas para el examen físico neurológico. I. Organización general, nervios craneales y nervios raquídeos periféricos, *Revista de Neurología*. 39(8): 757-766.
- Rodríguez, M. y J. Llorca (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades, *Revista Española de Salud Pública*. 78, 141-148.
- Roiz, M. (1988). La familia, desde la teoría de la comunicación, *Reis*. 48:117-136.
- Ropper, A. y R. Brown (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/Nueva York: Cambridge University Press.
- Roteili, F., O. de Leonardis y D. Mauri (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. VII(2): 165-187.
- Rush, J. (2003). Toward an understanding of bipolar disorder and its Origin, *The Journal of clinical psychiatry*. 64 [suppl 6]: 4-8.
- Rutsch, M. (1981). Fundamentos de la teoría culturalista boasiana, *Boletín de Antropología Americana*. 4: 115-138.
- Sacks, O. (2008). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Anagrama
- Sanz, J. y C. Vázquez (1995). Trastornos del estado de ánimo. Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill, pp. 341-378.

- Sánchez, M. A. (2014). Itinerarios terapéuticos de pacientes con trastorno bipolar atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Ciudad de México. En S. Brigidi y J. Comelles (eds.). *Locuras, cultura e historias*. Tarragona: Publicaciones UVR, pp. 159-172.
- Sapir, E. (1961). *Culture, language, and personality: Selected Essays*. Berkeley: University of California Press.
- Sartorius, N., A. Jablensky, A. Korten, G. Ernberg, M. Anker, J. Cooper, y R. Day (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): 909-928.
- Schütz, A. (2003). *El problema de la realidad social*. Argentina: Amorrortu.
- Shweder, R. y R. LeVine (eds.) (1984). *Culture Theory. Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Siles, I. (2005). Virtualidad y comunidad, *Revista Ciencias Sociales.* 108: 55-69.
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and organizational analysis, *Administrative Science Quartely.* 28: 339-358.
- Szazs, T. (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Torres-Salinas, D. y Á. Cabezas-Clavijo (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.
- 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 Quarterty.* 51(1): 1-10.
- Uribe, C., R. Vásquez, S. Martínez y C. Castro (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, J. (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.
- Vidales, R. (2013). Diez por ciento de los menores sufre algún trastorno, *El País*, 15 de octubre de 2013. Consultada el 5 de diciembre de 2013. Disponible en <http://www3.escola->

cristiana.org/wp_recullpremsa/2013/10/el-pais-%e2%80%9cel-10-de-los-menos-sufre-algun-trastorno%e2%80%9d/

- 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, *Revista Panamericana de Salud Pública*. 3(1): 26-34.
- Yassa, R., V. Nair, C. Nastase, Y. Camille y L. Bezile (1988). Prevalence of bipolar disorder in a psychogeriatric population, *Journal Affect Disorders*. 14: 197-201.
- Young, R. C., J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity, *The British Journal of Psychiatry*. 133: 429-35.
- Zegers, B y M. Larraín (2002). El impacto de la Internet en la definición de la identidad juvenil: una revisión, *PSYKHE*. 11(1): 203-216.
- Znaniecki, W. (2004). El campesinado polaco en Europa y América. España: Centro de investigaciones sociológicas (CIS).

PÁGINAS ELECTRÓNICAS CONSULTADAS

- Blog Hispano Trastorno Bipolar. Revisado el 18 de agosto de 2012. Disponible en <http://trastornobipolarweb.com/bipolarblog/estrenamos.nuestro-trastorno.bipolar-chat/282>.
- Foro Bipolarmexico. Revisado el 19 de agosto de 2012. Disponible en <http://bipolarmexico.foros.ws/portal-20.html>.
- Mi vida bipolar. Revisado el 19 de agosto de 2012. Disponible en <http://mividabipolar.blogspot.mx/search?updated-max=2011-07-27T19:21:00-07:00&max-results=10>.
- Vidabipolar. Página web. Revisada el 15 de enero de 2013. Disponible en <http://www.vidabipolar.com/2013/p/index.htm?reloaded=true>.
- History and Evolution of Bipolar Disorder Diagnosis, Disponible en: <https://www.mentalhelp.net/bipolar/history-and-evolution-of-bipolar-disorder-diagnosis/>. Revisado el 15 de septiembre de 2020.

ÍNDICE

Introducción	9
I. La Antropología frente a la alteridad:	
el campo de la locura y la enfermedad mental	17
La influencia del psicoanálisis y la antropología:	
algunos encuentros y desencuentros	20
Algunas reflexiones sobre la relación	
entre psicología y sociología: Marcel Mauss	22
Norteamérica: la cultura, el individuo y el colectivo	24
Sociogénesis y enfermedad mental	28
Antipsiquiatría y movimientos democráticos	38
Etnopsiquiatría	45
La psiquiatría transcultural	49
Las emociones: ¿objetos culturales?	52
Conclusiones: ¿cómo abordar antropológicamente	
la experiencia de ser bipolar?	62
II. Arenas movedizas: el trastorno bipolar	67
Construcción biomédica de los diagnósticos psiquiátricos:	
trastorno bipolar	68
Trastorno bipolar	80
Datos epidemiológicos del trastorno bipolar	87

Características sociodemográficas de los participantes	90
Conclusiones	92
III. Itinerarios terapéuticos: el camino	
de la etiquetación y la búsqueda de respuestas	95
Introducción	95
Un pasado que huele y sabe a consultorio	97
Encontrando el minotauro	102
Estrés, distimia: el psicólogo	105
“Necesito que me traten”:	
medicamentos, drogas y paliativos	108
Elena: “Me quieren llevar a Morelia	
a hacerme un exorcismo”	114
Carlos: “La verdad, ya no sé ni qué hacer”	117
Conclusiones	122
IV. No hay bipolares en recuperación:	
rito de institución	125
“Antes de ser diagnosticado	
fui una especie de medio apestado”	126
Descubrirse con TB: “Yo ya estaba pidiendo	
que alguien sí me catalogara como bipolar”	129
Apropiarse del TB como forma de vida.	
“Nunca dejas de ser bipolar”	134
Conclusiones	140
V. Sujetos boterianos: hacia el autocontrol	143
Introducción	143
El examen diario	144
Delimitando la normalidad a través del tiempo	155
¿Estables? Empiezas a perder el sabor por muchas cosas	158
Conclusiones	162

IV. Redes sociales: bipolares posmodernos	165
Introducción	165
Comunicaciones mediadas por internet: acción social	168
Foros, chats, páginas web:	
internet como un espacio de construcción de la salud	169
Comunidad virtual de cuidado	177
Conclusiones	187
Reflexiones finales	189
Bibliografía	195

Siendo rectora de la Universidad Veracruzana la doctora Sara Ladrón de Guevara, se publicó LUCHANDO CONTRA EL MINOTAURO. EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR, de María Alejandra Sánchez Guzmán. Se terminó de imprimir en noviembre de 2020 en Industria Gráfica Internacional SA de CV, Av. Arco Vial Sur 102 B, Col. Lomas Verdes, CP 91097, Xalapa, Veracruz, tel. 2281416256. La edición fue impresa en papel bookcream de 60g. La fuente tipográfica utilizada en su composición es Life BT de 10/14 puntos. El cuidado de edición y la maquetación estuvieron a cargo de Víctor Hugo Ocaña Hernández

¿Cómo enferman las emociones?, ¿qué implica para una persona que su afecto no resuene en su grupo social? Este libro es un recorrido por la biografía de personas que han sido clasificadas por la psiquiatría con trastorno bipolar (TB). A través de un trabajo etnográfico se develan los significados y las prácticas sociales y culturales que se construyen en torno a aquellas personas etiquetadas como “bipolares”.

Utilizando como hilo conductor los itinerarios terapéuticos, hombres y mujeres narran lo que implica no encajar en los tiempos y espacios sociales como resultado de la ambivalencia afectiva que padecen. Sus testimonios dan cuenta de la forma en que se institucionaliza la identidad bipolar, la manera en que se apropian de esta clasificación y “juegan” con esta en sus interacciones sociales; Además, nos muestran de qué manera utilizan las herramientas virtuales de comunicación para poder enfrentar su enfermedad.

El lector encontrará un novedoso trabajo antropológico acerca del padecimiento y la enfermedad psiquiátrica, en una época donde el trastorno bipolar es una de las enfermedades psiquiátricas cada vez más frecuentes en el mundo.

ISBN 978-607-502-867-5



9 786075 028675 >



Universidad Veracruzana
Dirección Editorial