



**TRABAJO FINAL DE GRADO
MONOGRAFÍA**

“Soy Bipolar”: Repercusiones del diagnóstico de enfermedad mental en la construcción de subjetividad.

Patricia Puigdevall: 4992638-8

Tutora responsable: Prof. Adj. Andrea Bielli

Montevideo, 15 de Febrero.

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	2
Capítulo 1. Movimientos disciplinarios que hicieron posible el diagnóstico del trastorno bipolar	3
Capítulo 2. Construcción de subjetividad y diagnóstico de enfermedad mental. Identidades atravesadas por el saber psiquiátrico	9
2.1. Identidades atravesadas. La construcción de subjetividad	9
2.2. Identidades atravesadas: El ritual diagnóstico.....	12
2.3. El trastorno bipolar pensado desde su nicho ecológico.....	18
Capítulo 3. Repercusiones del diagnóstico de trastorno bipolar en la construcción de subjetividad:	19
3.1: El trastorno bipolar y su relación con el cerebro: El sujeto exiliado de sí mismo.	19
3.2. “Lithium Sunset”: El litio en la construcción subjetiva:.....	26
Capítulo 4. Entre dos polos: El blanco y negro en la percepción del trastorno bipolar.....	29
4.1: El polo negativo.....	30
4.2: El polo positivo.....	34
Capítulo 5. Consideraciones finales.....	37
Referencias bibliográficas.....	42

Resumen:

La presente monografía dará cuenta de posibles repercusiones que un diagnóstico de enfermedad mental, como el trastorno bipolar, genera sobre la subjetividad de la persona diagnosticada. Para ello, se realizará una breve reseña histórica que permita visualizar cuales fueron los movimientos disciplinarios que hicieron posible el diagnóstico del trastorno bipolar. Para distinguir posibles repercusiones subjetivas del diagnóstico de bipolaridad, se fundamenta que un diagnóstico no puede ser pensado de manera aislada, sin tener en cuenta la sociedad en la que existe. El fundamento de dicha afirmación se realiza a partir de diferentes autores que exponen la importancia de pensar el diagnóstico como categoría perteneciente a una sociedad determinada, que atraviesa al sujeto. Se trabaja la relación entre subjetividad, diagnóstico y sociedad.

Para finalizar se realiza un análisis de diferentes discursos, que reflejan los posibles movimientos subjetivos provocados por el diagnóstico de enfermedad mental (trastorno bipolar).

Introducción:

La temática de este trabajo, surge desde una interrogante personal, que me acompaña desde los comienzos de mi carrera como estudiante de psicología.

En diferentes unidades curriculares como Psicopatología, se estudian los diferentes diagnósticos de enfermedad mental que pueden realizarse a las personas, a partir de los manuales de psiquiatría, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En estos manuales, se pueden ver un conjunto de síntomas, que si se encuentran en un sujeto, el mismo será posiblemente diagnosticado como portador de un trastorno mental.

Luego de haber memorizado en varias ocasiones estos conjuntos de síntomas para una aproximación diagnóstica, percibí que por momentos, olvidaba que de lo que se hablaba era de un sujeto que padecía un malestar y no de un conjunto de síntomas. Lo que me llevó a interrogarme sobre qué lugar ocupa el sujeto en el acto diagnóstico. ¿Qué ocurre luego del diagnóstico de enfermedad mental? ¿Qué sucede con la subjetividad de la persona que es diagnosticada como enfermo mental?

Considero, que el diagnóstico de enfermedad mental genera un movimiento importante en la subjetividad de quien es diagnosticado, y me pregunto si esto es tenido en cuenta a la hora de realizar este acto médico.

En esta monografía, haré énfasis en los posibles movimientos subjetivos que se pueden dar a partir del diagnóstico del trastorno bipolar, siendo este un diagnóstico popular en los últimos años. El trastorno bipolar ha tenido en los últimos tiempos gran presencia en los medios de

comunicación, incluso varias personas reconocidas mundialmente han manifestado poseer dicho diagnóstico.

Mi interés por este diagnóstico surge, entre otras cosas, por la popularidad que ha tenido en los últimos años, y porque a mi entender, el mismo refleja características de la sociedad actual. Un ejemplo de esto es la relación entre la manía y el consumismo que será desarrollada en este trabajo.

Pretendo indagar, la posible relación entre la bipolaridad y la sociedad actual, para poder analizar luego las posibles repercusiones que este diagnóstico tiene sobre el sujeto.

Considero que la enfermedad mental, como en el caso del trastorno bipolar, no puede ser pensada sin tener presente la sociedad en la que existe, por lo que es fundamental entender la relación que la enfermedad y la sociedad poseen. Es necesario aclarar que las repercusiones del diagnóstico serán diferentes en cada sujeto por la singularidad que cada uno posee. Intentaré ejemplificar, a partir de diferentes discursos, posibles repercusiones que un diagnóstico puede generar en la subjetividad.

Lo que busco es seguir construyendo las interrogantes que me impulsan a realizar este trabajo, intentando deconstruir aquello que se encuentra naturalizado socialmente. ¿Acaso se trata de aceptar un diagnóstico sin cuestionar sus consecuencias?

Capítulo 1. Movimientos disciplinarios que hicieron posible el diagnóstico del trastorno bipolar:

Para intentar comprender el posible impacto de un diagnóstico de enfermedad mental en el sujeto, es necesario explorar sobre el significado que dicho diagnóstico posee socialmente. Se deberá indagar entonces en el desarrollo histórico del vínculo entre enfermedad mental y sociedad.

Para ello, considero pertinente pensar dicho vínculo a partir de autores que fundamentan la importancia del mismo para la comprensión de la enfermedad mental.

No sería posible, intentar comprender el significado de una enfermedad mental, como en el caso del trastorno bipolar, sin haber tenido en cuenta las posibilidades que permiten su diagnóstico.

La antropóloga Emily Martin (2009) realiza una breve reseña histórica de la evolución de esta enfermedad.

Martin (2009) expone que en los tiempos de la antigua Grecia, se creía que un desequilibrio de los humores (lo que se originaba por el flujo sanguíneo) podría tener relación con los trastornos mentales.

Germán Berrios (2008) explica que en la Grecia clásica, las pasiones estaban relacionadas con la locura. Se consideraba que la excitación afectiva tenía como consecuencia la irracionalidad. Por ende, un sujeto que tenía un exceso pasional era considerado insano.

Platón y Aristóteles (siglo IV a.c) consideraban que las pasiones podían generar perturbación y caos, debido a que un exceso de pasión generaba ausencia de “razón” y esta última era la característica más importante del ser humano (Berrios, 2008).

Sin embargo Berrios explica que era necesario tener en cuenta que las pasiones eran la fuente de energía del hombre, por lo que los sentimientos debían de ser reconocidos.

Martin menciona, haciendo referencia al pensamiento clásico, un relato de Platón (siglo IV a.c), en el que se afirma que las manías pueden ser originadas por Dios, se relaciona a la manía con la inspiración.

Pensadores de la medicina como Galeno (130-200 d.c) resaltaban la importancia de mantener equilibradas las pasiones y el humor para una buena salud mental y física.

Robert Burton (S XVII) es nombrado por Emily Martin (2009) como una de las mayores influencias en relación al trastorno maníaco-depresivo.

Su ensayo “*Anatomy of Melancholy*” (1621), expone diferentes causas posibles de la melancolía, entre ellas, una herencia defectuosa, Dios, Satanás...

Nor were these causes easy to classify as divine or demonic: in Christendom, especially, there was a heated debate about how to tell whether madness in the form of mania divinely inspired a form of spiritual rapture, or demonic, a form of frenzied lunacy. In mania, because the soul had partly or wholly escaped the restraint of the body, the result could be sublime (one could be lifted into a transcendent state) or frightening (one could descend into a bestial, obscene condition) (Martin, 2009, p 16) ¹

Lo que Emily Martin (2009) expone en su trabajo sobre la dificultad de categorizar las causas de la manía como de carácter divino o demoníaco en ese entonces, lo considero relevante, ya que esta ambivalencia tiene aspectos significativos en la actualidad, a lo que haré referencia más adelante en este trabajo.

El problema de la clasificación de la enfermedad mental dentro de la divinidad o lo demoníaco en la antigüedad, también es planteado por Foucault (1961).

El autor afirma que desde la antigüedad la enfermedad mental se relaciona con el cristianismo, y el enfermo con el endemoniado. “El endemoniado ilustra un combate eterno

¹ Tampoco eran estas causas fáciles de clasificar como divina o demoníaca: en la cristiandad, sobre todo, hubo un intenso debate acerca de cómo saber si la locura en forma de manía inspirada divinamente una forma de éxtasis espiritual, o demoníaca, una forma de frenética locura. En la manía, porque el alma tenía parcial o totalmente escapado a la restricción del cuerpo, el resultado podría ser sublime (uno podría ser levantado en un estado trascendente) o aterradora (se podría descender a una condición bestial, obsceno). (Traducción propia).

y el pensamiento cristiano reconoce en él el drama del hombre aprisionado entre lo divino y lo satánico". (Foucault, 1961, p. 89)

Ian Hacking (1998) también plantea algo similar, pero en su caso afirma que la enfermedad mental se sitúa en una sociedad dentro de lo que denomina polaridades culturales: "the illness should be situated between two elements of contemporary polarity, one romantic and virtuous, the other vicious and tending to crime". (p. 2)²

El autor explica que tanto las virtudes como lo que tiende a la criminalidad, no son características fijas, sino que dependen de la sociedad en la que existe la enfermedad.

Esta polaridad divino-demoníaca y virtuosismo-criminalidad, que los autores mencionan y que se pueden dilucidar en la historia de la enfermedad mental, hace referencia a una polaridad que tendrá vigencia en la actualidad. Esta idea se podrá ver reflejada claramente en relación al trastorno bipolar más adelante en este trabajo.

Siguiendo con lo que Martin expone sobre los antecedentes del trastorno bipolar, en el siglo XVII filósofos como Descartes manifestaban la importancia de la salud mental para la racionalidad, dejando a un lado la dualidad divino-demoníaca.

La noción de que las emociones se relacionaban con la enfermedad mental, que se encuentran en el pensamiento clásico, se vio por un momento opacada, por el concepto de "Locura intelectualista" (Berrios, 2008).

La locura intelectualista planteada por Berrios (2008), refiere a que entre el siglo XVIII y XIX, "los alienistas mostraron interés preferencial por las funciones intelectuales y sus trastornos y, consecuentemente, la semiología de la "afectividad" se mantuvo subdesarrollada y contribuyó muy poco a las nacientes definiciones de enfermedad mental" (p. 360).

Un claro ejemplo de esta concepción de locura intelectualista es el evolucionismo Darwiniano (S. XIX) que tanto Martin (2009) como Berrios (2008) exponen en sus trabajos. Martin (2009) resalta que influencias como Darwin, no permitieron comprender profundamente las emociones, debido a que para este la intensidad de las mismas hacía que ningún individuo pueda explicarlas. Para Darwin los afectos no eran esclarecidos por las experiencias del sujeto ya que pertenecían a nuestro pasado evolutivo.

Para Berrios (2008) el evolucionismo Darwiniano colocó las emociones en la periferia, y se le dio prioridad a los aspectos que estaban más vinculados con los avances de la ciencia, como los estudios de localización cerebral de las enfermedades.

El evolucionismo vinculaba las emociones con la parte animal del ser humano, los afectos no debían ser de importancia para el "hombre racional" que se pretendía en una sociedad donde la razón sería la mayor virtud del sujeto.

² "La enfermedad debe estar situada entre dos elementos de polaridad contemporánea, uno romántico y virtuoso, el otro vicioso y que tiende a la delincuencia" (Traducción propia)

Los afectos, según Berrios (2008), no fueron significativos en las definiciones de la enfermedad mental en la mayor parte del siglo XIX y su semiología médica no fue profundamente desarrollada.

Sin embargo, a pesar de la influencia del evolucionismo y la concepción de locura intelectual en el siglo XIX, a partir del 1800 se comenzó a pensar sobre los trastornos emocionales como posibles causantes de la locura.

Este cambio en la concepción de locura, Berrios (2008) la relaciona con el movimiento romancista del siglo XIX, en donde se enfatiza la importancia de las emociones y las experiencias subjetivas.

La medicina, a partir del romanticismo, le otorga otra importancia a las emociones, lo que hizo que en la sintomatología de los trastornos mentales tengan más relevancia los afectos. En la segunda mitad del siglo XIX, los conceptos de manía y melancolía fueron renovados, definiéndose ambos como trastornos del afecto (Berrios, 2008).

La nueva definición de estos trastornos del afecto permitió, según Berrios, la aparición de la combinación entre manía y melancolía, como locura circular, periódica, entre otros diagnósticos, lo que permitió luego la definición de Kraepelin (1884) de locura maníaco-depresiva.

Berrios (2008) explica que antes de Kraepelin, otros especialistas ya hablaban sobre una locura que consistía en la combinación entre manía y depresión.

Jules Falret en el año 1851, habla sobre una enfermedad que consiste en un período de excitación y otro de debilidad (este último de mayor duración) y lo denomina "*forme circulaire de maladie mentale*" (Berrios, 2008, p. 384)

En el año 1854, el psiquiatra Jules Baillarger menciona ante la Academia de Medicina de París, casos de pacientes que también tenían episodios combinados de excitación y depresión. Baillarger nombró a los mismos como *folie á double forme*. (Berrios, 2008, p. 384).

Berrios afirma, que todas estas nociones anteriores de locura combinada, refieren a lo que Emil Kraepelin estableció posteriormente como locura maníaco-depresiva, pero la enfermedad nominada como tal no se estableció sino hasta 1884.

Emily Martin (2009) explica que luego del proceso de redefinición en el siglo XIX de los trastornos emocionales, Emil Kraepelin estableció el diagnóstico de "Locura maníaco depresiva", en donde se encontraban la mayoría de los trastornos afectivos, y habiendo dos categorías generales que serían las más importantes, demencia precoz (relacionado con el intelecto) y depresión maníaca (relacionado con lo afectivo).

La separación que realiza Kraepelin sobre los trastornos mentales fue fundamental para pensar los mismos, originando el diagnóstico de la enfermedad maniaco-depresiva como tal. Esta clasificación tuvo varias repercusiones en la psiquiatría de la época. Varios especialistas consideraban que la separación realizada por Kraepelin era demasiado general, localizando por ejemplo todos los trastornos del afecto en la locura maniaco-depresiva. Años más tarde Kraepelin reconoce que esta clasificación no podía abarcar todas las características de las enfermedades mentales y realiza cambios (Berrios, 2008)

Martin (2009) expone que el psicoanálisis puede verse como antecedente del diagnóstico de trastorno bipolar. Freud escribe al respecto en "Duelo y Melancolía" en 1917:

"In his early writings (1917), Sigmund Freud saw melancholia, an "open wound" that drains the ego until it is "utterly depleted", as a loss or disappointment that was turned inward against the ego. He recognized that some patients alternated between melancholia and mania but could not at that time devise an explanation that satisfied him" (Martin, 2009, p 18)³

La autora expone las ideas que Freud plantea en *El Yo y el Ello* (1923) sobre la melancolía en relación a un "súper yo" muy exigente, con fuertes impulsos destructivos, y la manía como defensa del "yo" ante estos impulsos.

También plantea como referente a Melanie Klein(1935), quien desarrolla la idea de "posición depresiva", posición que el sujeto adopta al distinguirse a sí mismo como persona y reconocer la distancia que tiene con los demás y frente a esta distancia se puede originar como defensa la manía.

"Out of a wish to avoid the pain of the depressive position, the person uses a sense of omnipotence (manic activity) to master and control the threat." (Martin, 2009, p 19) ⁴

En la investigación sobre los antecedentes del trastorno maniaco depresivo, Martin señala como año crucial para la historia de este diagnóstico 1970. En 1970 aparece el Litio como fármaco para el tratamiento del trastorno bipolar. La autora explica que en Litio generó grandes repercusiones positivas en la prensa estadounidense por su posible efectividad, incluso antes de que el tratamiento con él mismo fuera aprobado en este país.

³ En sus primeros escritos (1917), Sigmund Freud vio la melancolía, una "herida abierta" que drena el ego hasta que es "totalmente agotado", como una pérdida o decepción que se vuelve hacia dentro contra el ego. Se reconoce que algunos pacientes alternan entre la melancolía y la manía, pero no podía en ese momento idear una explicación que le satisficiera. (Traducción propia).

⁴ De un deseo de evitar el dolor de la posición depresiva, la persona utiliza una sensación de omnipotencia (actividad maniaca) para dominar y controlar la amenaza. (Traducción propia).

Explica Martin (2009), que en la década del 80, se originan nuevos experimentos sobre mecanismos moleculares, la interacción entre receptores y neurotransmisores. Esto produce un cambio en la industria farmacéutica, la cual comienza a desarrollar nuevos tratamientos farmacológicos para intervenir y por ende, interferir en los estados de ánimo.

Finalizando la mención de algunos de los acontecimientos que tuvieron relevancia en la historia del diagnóstico bipolar expuestos por Martin (2009), se puede distinguir lo ocurrido en 1980, año en el que, según la autora, se origina una modificación importante en la terminología de lo que hasta ese entonces era denominado “depresión maníaco-depresiva”. Para Martin dicho cambio tuvo un papel significativo para la concepción de la sociedad en referencia a este trastorno.

La autora explica que el término “trastorno bipolar” comienza a divulgarse a partir de la década del 80, cuando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III), realiza un cambio en la nominación de esta enfermedad. En el DSM III se deja de hablar de depresión maníaca para comenzar a hablar de trastorno bipolar.

Siendo el DSM de gran influencia para la psiquiatría, diferentes libros y artículos comenzaron también a utilizar la denominación trastorno bipolar.

Si bien la autora explica que al principio solían usarse los dos nombres por igual, años después el término bipolar se utiliza con más frecuencia.

Incluso Martin (2009) expone: “In August 2002 the major consumer advocacy organization for manic depression and depression, the National Depression and Manic Depression Association (NDMDA), changed its name to Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), specifically to avoid the term “manic depression”. (p 27)⁵

Posteriormente, la autora explica que la Alianza de Apoyo Bipolar, fundamenta que el cambio de nombre se debe que el mismo era ahora más breve y menos atemorizante.

Martin (2009) concluye que hubo, al menos en la cultura norteamericana, una transformación en la consideración del diagnóstico de trastorno bipolar:

“Over the last one hundred years or so, fright over the term “manic depression” has transformed into fascination with the term “bipolar”.” (Martin, p. 27).⁶

Esta fascinación la relaciona con una posible idealización que la sociedad hace de las personas que viven con el diagnóstico del trastorno bipolar, atribuyéndose facultades que quizás no tienen, solo por poseer el diagnóstico.

⁵ En agosto de 2002, la mayor organización de defensa del consumidor para la depresión maníaca y la depresión, la Asociación Nacional de Depresión Maníaca (NDMDA), cambió su nombre a la depresión y la Alianza de Apoyo Bipolar (DBSA), específicamente para evitar el término “depresión maníaca”. (Traducción propia)

⁶ “Durante los últimos cien años más o menos, el miedo sobre el término “depresión maníaca” se ha transformado en la fascinación con el término “bipolar”. (Traducción propia)

En este planteo de Martin, se puede ver nuevamente la relación de la enfermedad mental con lo divino, o más claramente el vínculo que Hacking (1998) planteaba entre locura y virtuosismo.

La modificación del nombre de esta enfermedad mental (de maníaco depresivo a trastorno bipolar) puede presentar aspectos positivos, como el ser un nombre menos atemorizante (como fundamenta la Alianza Bipolar), pero podría pensarse también en aspectos negativos de la nueva nominación; Por ejemplo, el término “bipolar” podría simplificar o reducir las emociones de la persona, estando siempre en un polo u otro de la enfermedad. Esta última suposición se profundizará más adelante en este trabajo.

Capítulo 2. Construcción de subjetividad y diagnóstico de enfermedad mental. Identidades atravesadas por el saber psiquiátrico:

“When the family falls apart, when parents abused their children, when incest obsesses the media, when one people tries to destroy another, we are concerned with defects of the soul. But we have learned how to replace the soul with knowledge, with science”. (Hacking, 1995, p 5)⁷

2.1. Identidades atravesadas. La construcción de subjetividad:

Anteriormente hice mención a la importancia del vínculo entre enfermedad mental y sociedad para la comprensión del diagnóstico de trastorno bipolar.

Sin lugar a dudas, entender la enfermedad en la sociedad en la que existe es indispensable, si lo que se busca es indagar sobre la construcción subjetiva de la persona que posee diagnóstico bipolar.

El diagnóstico de una enfermedad mental se realiza en una sociedad determinada, por ende, las características de la misma intervienen en dicho acto médico, como también en la construcción de subjetividad.

Se considera relevante explicar qué se entiende, en este trabajo, por construcción de subjetividad. También es importante fundamentar el motivo por el que se elige dicho término para explicar los posibles cambios en el sujeto, a partir del diagnóstico de trastorno bipolar.

⁷ Cuando la familia se desmorona, cuando los padres abusan de sus hijos, cuando el incesto obsesiona los medios de comunicación, cuando un pueblo trata de destruir a otro, nos ocupamos de los defectos del alma. Pero hemos aprendido cómo sustituir el alma con el conocimiento, con la ciencia.

Definir el concepto de subjetividad, es un acto complejo en donde interfieren las diferentes posturas epistemológicas, las diferentes formas de pensar al sujeto.

Bleichmar (2004), desde el psicoanálisis, expone que la subjetividad, desde la filosofía y como término común en psicología, hace referencia al sujeto:

“El sujeto, en última instancia, sea moral, del conocimiento, social, pero muy en particular la subjetividad, como algo que concierne al sujeto pensante, opuesto a las cosas en sí, no puede sino ser atravesado por las categorías que posibilitan el ordenamiento espacio-temporal del mundo, y volcado a una intencionalidad exterior, extro-vertido.”(Párr. 6)

Entiendo que cuando la autora habla de extro-vertido, refiere a lo exterior (categorías de una sociedad) vertido, en el interior (sujeto).

La subjetividad, se relaciona entonces con aquellas categorías que atraviesan al sujeto, dependiendo del momento socio-histórico en el que viva.

Es importante destacar la idea de que las categorías “atraviesan” al sujeto.

Según la Real Academia Española (2014) el verbo atravesar refiere a “poner algo de modo que pase de una parte a otra”. (S/n de página)

Los momentos históricos, las diferentes categorías de una sociedad, los discursos ideológicos, las diversas representaciones del mundo etc. pasarán a formar parte de la identidad del sujeto (Bleichmar, 2004)

Las categorías atraviesan al sujeto porque pasan de una parte (exterior) a otra (interior), construyéndose así la subjetividad.

Bleichmar (2004) dice al respecto que “cada sociedad determina aquello que considera necesario para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior”. (Párr. 4).

En este enunciado de la autora, se ve claramente cómo la subjetividad, tiene que ver con el atravesamiento. Las características de la sociedad en que el sujeto exista, pasarán a ser características que se interiorizan y tomarán como parte del mismo, de su personalidad, o de su identidad.

Bleichmar (2004) propone pensar la subjetividad como un producto histórico, originado de un proceso y que “es efecto de determinadas variables históricas en el sentido de la Historia social, que varía en las diferentes culturas y sufre transformaciones a partir de las mutaciones que se dan en los sistemas histórico-políticos” (Párr. 8)

La autora habla sobre la producción de subjetividad que se encuentra determinada por los centros de poder que tiene cada sociedad, se producen subjetividades “adecuadas” a cada cultura.

Las formas de la moral, las modalidades discursivas con las cuales se organiza la realidad que no es sólo articulada por el código de la lengua sino por las coagulaciones de sentido que cada sociedad instituye: negro y blanco no son sólo significantes en oposición dentro de una lógica binaria sino modos de jerarquización y valoración que impregnan múltiples formas de organización de la realidad. (Bleichmar, 2004, párr. 14)

La manera en que el sujeto viva la realidad, estará determinada por las diferentes categorías organizativas de la sociedad en que exista.

Es por eso que se plantea en este trabajo, que el diagnóstico psiquiátrico de enfermedad mental, como categoría perteneciente a una sociedad, determina la subjetividad de quien vive bajo el mismo.

Esto se puede ver claramente en la siguiente afirmación de la autora sobre identidad y los discursos sociales:

La cuestión del discurso, si es efecto de la inscripción que el otro humano produce de coagulaciones discursivas: “lo que “soy”, lo que “no soy”, lo que “debo ser” y lo que “no debo ser”, no lo hace a partir de su propio sistema deseante sino del modo con el cual la cultura de pertenencia define y regula las intersecciones entre deseos, sean pulsionales o narcisísticos, y sus modos de producción de subjetividad. (Bleichmar, 2009, párr. 8)

Bleichmar (2009), pone como ejemplo ser “buen argentino” o ser “buen hijo”.

Se puede pensar también sobre el “ser enfermo”, “ser bipolar”, como el discurso psiquiátrico que atraviesa al sujeto, lo transforma, se interioriza y convierte a la categoría en parte de la identidad del sujeto “soy bipolar”.

Biehl, Good y Kleinman (2007) consideran la subjetividad como un terreno en donde se juntan cambios históricos y formas de moral generados nuevas implicaciones.

Los autores explican que desde la antropología, para estudiar la subjetividad se analizan las formas simbólicas, como las instituciones, palabras, imágenes, comportamientos, por las cuales los sujetos de una sociedad se representan.

Pero, ¿cuál es el papel del sujeto en la construcción de su identidad? ¿La subjetividad se produce sólo a través de las categorías pertenecientes a una sociedad o por los diferentes poderes que la producen?

Yet subjectivity is not just the outcome of social control or the unconscious; it also provides the ground for subjects to think through their circumstances and to feel through their contradictions, and in so doing, to inwardly endure experiences that would otherwise be outwardly unbearable. Subjectivity is the means of shaping sensibility. It is fear and optimism, anger and forgiveness, lamentation and pragmatism, chaos and order. (Biehl et al., 2007, p 13)⁸

Esta afirmación de los autores propone un rol más activo del sujeto en relación a la subjetividad. El sujeto, a partir de las categorías que lo atraviesan, se piensa, se cuestiona y se transforma, surgiendo así su sensibilidad.

Por otro lado, Bleichmar (2004) propone que si bien la producción de subjetividad es determinada por los poderes centrales de una sociedad, hay diferentes fugas, contradicciones de los discursos sociales que permiten nuevas formas de subjetividad.

Es por lo anteriormente mencionado que propongo pensar a la subjetividad como una construcción. La construcción subjetiva como un artefacto cultural, invención no natural que se encuentra sujeta a los movimientos sociales; Diferentes categorías que atraviesan al sujeto y producen movimiento también en él. Se considera que la palabra construcción da idea de un movimiento constante, el sujeto no solo construye subjetividad en la infancia, lo hace durante toda su vida.

Además, la idea de construcción, nos permite la posibilidad de deconstruir, de desnaturalizar y allí es donde pueden producirse nuevas subjetividades.

2.2. Identidades atravesadas: El ritual diagnóstico:

En este trabajo sostengo la idea de que un diagnóstico de enfermedad mental, como categoría, no puede ser pensado de manera aislada, simple, natural. En el acto de diagnosticar se ponen en juego varios aspectos que hacen que en ese encuentro entre médico y paciente, haya mucho más que solo dos personas en un consultorio.

El lugar que ocupe el conocimiento científico, los diferentes saberes y el poder que los mismos ejerzan sobre la sociedad, los intereses de las diferentes industrias (como la farmacéutica), incluso la lógica del mercado de una sociedad determinada, influyen en el diagnóstico de enfermedad mental.

⁸ Sin embargo, la subjetividad no es sólo el resultado del control social o del inconsciente; sino que también proporciona el suelo para los sujetos que piensan a través de sus circunstancias y sienten a través de su contradicciones, y al hacerlo, para soportar interiormente experiencias que lo haría de otro modo hacia fuera insoportable. La subjetividad es el medio para dar forma a la sensibilidad. Es el miedo y el optimismo, la ira y el perdón, llanto y el pragmatismo, el caos y el orden. (Traducción propia)

Germán Berrios (2011) propone al diagnóstico como un acto social, el cual implica mucho más que identificar, a partir de una lista, un trastorno mental.

El diagnóstico consiste en la construcción de “síntomas mentales” por el acto único de agregar significado a ciertas experiencias y conductas, y lograr (idealmente) que el paciente esté de acuerdo con el mismo. “Ver cosas que no están allí afuera” es un informe que permanece ontológicamente vacío hasta que el acto del diagnóstico tiene lugar. (Berrios, 2011, p. 20).

Es importante resaltar, la idea de que el diagnóstico “agrega significado” a experiencias del paciente. A través del acto de diagnosticar, se impone al sujeto, desde el saber psiquiátrico (eje de poder) un nuevo significado a su comportamiento. El diagnóstico, como acto y categoría social, atraviesa al sujeto, lo modifica e influye notoriamente en la construcción de subjetividad. Pensar la subjetividad como el atravesamiento desde el exterior al interior de las diferentes categorías de la sociedad en la que vive el sujeto, nos permite afirmar que las categorías diagnósticas serán interiorizadas por el sujeto, siendo parte de su subjetividad. “Es solo cuando la “experiencia” informada se integra en la vida de quien la padece que esta se convierte en un símbolo oficial de lo que hoy se denomina alucinación”. (Berrios, 2011, p 20).

Hay un poder, en este caso el psiquiátrico, que le otorga un nuevo significado al sujeto, una nueva forma de ver la realidad.

Charles Rosenberg (2002) expone que si bien el diagnóstico en medicina siempre ha tenido un papel fundamental, tuvo aún más relevancia en estos últimos dos siglos, sobre todo en la sociedad occidental.

Para este autor, el origen de nuevos tratamientos en el siglo XX, como la relevancia de productos químicos, han hecho que el diagnóstico tenga un papel central en la disciplina médica:

Diagnosis is central to the definition and management of the social phenomenon that we call disease. It constitutes an indispensable point of articulation between the general and the particular, between agreed-upon knowledge and its application. It is a ritual that has always linked doctor and patient, the emotional and the cognitive, and, in doing so, has legitimated physicians' and the medical system's authority while facilitating particular clinical decisions and providing culturally agreed-upon meanings for individual experience. Not only a ritual,

diagnosis is also a mode of communication and thus, necessarily, a mechanism structuring bureaucratic interactions⁹ (Rosenberg, 2002, párr.9)

Es interesante como Rosenberg nombra al acto de diagnosticar como un ritual. El ritual se caracteriza por estar mayormente vinculado a tradiciones culturales, o religiosas, pero sobre todo por tener gran valor simbólico. Lo simbólico del acto de diagnosticar, las representaciones que existen en el vínculo médico-paciente, es lo que permite afirmar que en este encuentro hay más de dos intereses. ¿Qué representa para la sociedad un diagnóstico de enfermedad mental? ¿Qué valor simbólico tiene?

Dice Rosenberg (2002) al respecto:

Perhaps mes fundamentally, the act of diagnosis links the individual to the social system; it is necessarily a spectacle as well as a bureaucratic event. Diagnosis remains a ritual of disclosure: a curtain is pulled aside, and uncertainty is replaced—for better or worse—by a structured narrative.¹⁰(Párr. 48)

La cita anterior tiene aspectos interesantes para pensar sobre el diagnóstico.

El autor hace referencia al acto de diagnosticar como una vinculación del individuo con el sistema social.

Se puede pensar que a partir del diagnóstico de enfermedad mental, el sujeto adquiere una nueva forma de vincularse con la sociedad. Este nuevo significado, modificará la forma en la que el sujeto se relacione con la sociedad en la que existe.

Por otro lado, en este lazo entre lo individual y lo social a partir del diagnóstico, puede verse cómo el sujeto pasa a formar parte de la categoría “enfermo mental”. Integrar esta categoría, puede originar nuevas identidades.

Rosenberg (2002) entiende al diagnóstico como un ritual de revelación. Una revelación que ofrece una respuesta al malestar del sujeto. La persona que se angustia porque no sabe lo que tiene, tendrá un diagnóstico que justifique su comportamiento, que calme la incertidumbre. Pero esta respuesta es, como dice el autor, una narrativa estructurada, lo que pone en duda que se tenga en cuenta la singularidad del sujeto, al momento de

⁹ El diagnóstico es fundamental para la definición y manejo del fenómeno social que llamamos enfermedad. Constituye un punto de articulación indispensable entre lo general y lo particular, entre el conocimiento acordado y su aplicación. Es un ritual que siempre ha vinculado médico y paciente, emocional y cognitivo, y al hacerlo ha legitimado la autoridad de los médicos y del sistema médico, facilitando decisiones clínicas particulares y proporcionando significados culturalmente acordados para la experiencia individual. No sólo un ritual, el diagnóstico es también un modo de comunicación y por lo tanto, necesariamente, un mecanismo estructurador de interacciones burocráticas. (Traducción propia)

¹⁰ Quizá más fundamentalmente, el acto de diagnóstico conecta al individuo con el sistema social; Es necesariamente un espectáculo así como un acontecimiento burocrático. El diagnóstico sigue siendo un ritual de revelación: una cortina se aparta, y la incertidumbre se sustituye -para bien o por mal- por una narración estructurada. (Traducción propia)

diagnosticar. La persona tiene una respuesta, ¿pero tiene realmente una explicación de lo que le pasa?

Dice el autor al respecto: "Disease pictures are formally objective narratives that provide meaning as well as underline social hierarchies" (Rosenberg, 2002, párr. 49)¹¹ En esa narrativa estructurada se puede distinguir las jerarquías y poderes sociales. Quien impone el nuevo significado al sujeto, es un eje de poder, el modelo médico hegemónico.

"In the act of diagnosis, the patient is necessarily objectified and recreated into a structure of linked pathological concepts and institutionalized social power. Once diagnosed, that bureaucratic and technically alienated disease-defined self now exists in bureaucratic space, a simulacrum thriving in a nurturing environment of aggregated data, software, bureaucratic procedures, and seemingly objective treatment plans. The power of the bureaucratized diagnostic function is, as I have suggested, exemplified in the willingness of physicians to employ the constraining—yet empowering—categories of such nosologies even when they remain skeptical of their validity." ¹² (Rosenberg, 2002, párr. 52)

Rosenberg (2002) afirma que en el comienzo del siglo XX, se generó una oposición a la medicina científica, en donde se fundamentaba que, con las nuevas herramientas y hallazgos de laboratorio de la medicina, se estaban tratando las enfermedades y no a las personas, generalizando aspectos que solo pueden ser particulares.

En el diagnóstico la persona se vuelve objetivable, lo que afirma la interrogante sobre si se respeta la singularidad del sujeto en dicho acto médico.

Si se tratan a las enfermedades y no a las personas, si los sujetos son objetos cuando se diagnostican, difícilmente considere el médico las posibles consecuencias que el diagnóstico puede tener en la vida de las personas.

Rosenberg (2002) realiza una afirmación que considero relevante para este trabajo:

"There is an instructive irony in the way in which nosological labels can effectively reshape the lives of particular men and women, even when the physician bestowing a particular

¹¹ Las imágenes de la enfermedad son narrativas formalmente objetivas que proporcionan significado, así como subrayan las jerarquías sociales. (Traducción propia)

¹² En el acto de diagnóstico, el paciente es necesariamente objetivado y recreado en una estructura de conceptos patológicos vinculados y poder social institucionalizado. Una vez diagnosticado, ese yo burocrático y técnicamente alienado definido por la enfermedad ahora existe en el espacio burocrático, un simulacro prosperando en un ambiente nutritivo de datos agregados, software, procedimientos burocráticos y planes de tratamiento aparentemente objetivos. El poder de la función diagnóstica burocratizada es, como lo he sugerido, ejemplificado en la disposición de los médicos a emplear las categorías restrictivas -aun así empoderadoras- de tales nosologías, incluso cuando permanecen escépticos de su validez. (Traducción propia)

diagnosis is aware of how arbitrary that determination may be.” (Rosenberg, 2002, página)¹³

Se considera que cuando un médico realiza un diagnóstico, este acto modifica la vida del sujeto, más aún cuando se trata de una enfermedad mental. El diagnóstico determina al sujeto, siendo una categoría social que se rige por un eje de poder. Una vez que el sujeto es atravesado por las categorías diagnósticas, se produce un cambio en la subjetividad.

Por otra parte, Berrios (2001) realiza una afirmación interesante, que invita a pensar sobre la naturalización de los diagnósticos: “En el mundo de la psiquiatría, las clasificaciones (en forma de catálogos) nos dicen más acerca del mundo social y estético en el cual han sido construidas que acerca de la naturaleza” (p. 116).

Tanto Berrios (2011), al plantear el diagnóstico como un “acto social”, como Rosenberg (2002), al relacionar al mismo con un “ritual”, proponen el diagnosticar como intervención que modifica al sujeto, lo transforma. El acto hace referencia a una acción, un movimiento, una transformación.

Uno de los significados de acción, según la RAE, es “Efecto que causa un agente sobre algo”. En este caso el efecto es sobre alguien.

Por otra parte, el acto también puede relacionarse con una ceremonia pública.

Si se piensa en el acto ceremonial (“acto social”), el mismo estará vinculado con el ritual. Un conjunto de ritos, puede denominarse a su vez como una ceremonia, un acto social.

El ritual, como un acto social, transforma al sujeto, cuando se produce la ceremonia, el sujeto no vuelve a ser el mismo. Esto es lo que ocurre cuando el psiquiatra diagnostica, hay un acto que atraviesa al sujeto. Un ritual es también una intervención, y la intervención es una acción que produce cambios.

Desde una perspectiva antropológica Arnold Van Gennep (2008) explica que si bien el acto ceremonial se relaciona con la religión y con círculos mágicos, se debe tener en cuenta que en las sociedades modernas no hay una separación fuerte entre lo laico y religioso.

Los actos ceremoniales, se encuentran incluso en sociedades laicas. El autor expone que el sujeto, a lo largo de su vida en sociedad, atraviesa determinadas transiciones, que denomina “ritos de paso”: “Todo cambio en la situación de un individuo comporta acciones y reacciones entre lo profano y lo sagrado, acciones y reacciones que deben ser reglamentadas y vigiladas a fin de que la sociedad general no experimente molestia ni perjuicio” (Van Gennep, 2008, pp.15-16).

¹³ Hay una ironía instructiva en la manera en que los niveles nosológicos pueden remodelar efectivamente la vida de hombres y mujeres particulares, incluso cuando el médico que otorga un diagnóstico particular es consciente de lo arbitraria que puede ser esa determinación. (Traducción propia)

El sujeto a lo largo de su vida, pasa de un grupo social a otro, de un momento a otro, realiza transiciones constantemente, lo que le permite vivir en sociedad.

Van Gennepp (2008) afirma que esos momentos de transición, como el nacimiento, bautismo, casamiento, culminación de la pubertad, entre otros, están relacionados con ceremonias “cuya finalidad es idéntica: hacer que el individuo pase de una situación determinada a otra situación igualmente determinada” (p. 16).

El diagnóstico es también una transición, pasando de categoría “sano” a “enfermo”. En el caso del diagnóstico de enfermedad mental, el sujeto pasa de “sano” a “enfermo mental”, de “cuerdo” a “loco”.

El sujeto se encuentra siempre determinado, categorizado, a través de estos ritos de paso.

Hemos visto al individuo categorizado en compartimentos diversos, sincrónica o sucesivamente, y obligado, para pasar de uno a otro a fin de poder agruparse con individuos categorizados en otros compartimentos, a someterse, desde el día de su nacimiento al de su muerte, a ceremonias frecuentemente distintas en sus formas, semejantes en su mecanismo. (Van Genepp, 2008, p 260)

La idea del autor, sobre que los rituales pueden encontrarse en sociedades laicas a lo largo de la vida del sujeto, fundamenta que Rosemberg (2002) denomine al acto diagnóstico como un ritual. Un rito de paso puede verse como una intervención en la cual el sujeto cambia de un lugar de la sociedad a otro. El diagnóstico de enfermedad mental, cambia al sujeto de lugar en la sociedad. El sujeto, que se presenta posiblemente ante el psiquiatra con un malestar, adquiere, a partir del diagnóstico que este profesional le brinda, una nueva categoría de la que formará parte, y la cual incluirá en su vida.

Es por esto que podría considerarse al diagnóstico como lo que Van Gennepp (2008) denominó “ritos de paso”, pensando al mismo como un acto de transición que modifica la categoría del sujeto. El sujeto, en la ceremonia de diagnosticar, se encuentra determinado, inmerso en una categoría psiquiátrica, que es a su vez una categoría perteneciente a la sociedad.

El diagnóstico, será una de las tantas formas en las que el sujeto se verá categorizado. La categorización de los sujetos en sociedad, permite que los ejes de poder, ejerzan control sobre los mismos. ¿Acaso el diagnóstico no puede ser pensado como una forma de control? En el diagnóstico de enfermedad mental se categoriza lo “irracional”. La locura, lo que no encaja en la sociedad, parece terminar siendo una categoría de la misma.

Retomando la idea de diagnóstico de Berrios (2011) y Rosenberg (2002), lo que puede verse en ambos autores, es el valor simbólico que le otorgan al diagnóstico, lo que permite desnaturalizar dicho acto, y pensar en las diferentes representaciones y significados que puede tener un diagnóstico en la sociedad y por consecuencia en el sujeto.

Es evidente que ambos autores, no toman al diagnóstico sólo como una categoría de la medicina, sino también como una categoría social. Esto resalta la importancia de pensar la enfermedad mental en su contexto, ya que como explica Rosenberg (2002) el diagnóstico también es una forma en la que el sujeto se relaciona con la sociedad.

2.3. El trastorno bipolar pensado desde su nicho ecológico:

Es por lo anteriormente dicho, que se propone pensar el trastorno bipolar a partir de la metáfora de Hacking (1998) de “nicho ecológico”.

Hacking plantea la metáfora de nicho ecológico para reflexionar sobre las enfermedades transitorias.

Las enfermedades transitorias, son aquellas que existen en determinada sociedad y por cierto tiempo, luego desaparecen. Estas enfermedades se vuelven centrales, como si fueran moda, pero luego parecen desvanecerse y ya no se vuelven a diagnosticar (Hacking, 1998).

El autor aclara que no son enfermedades que aparecen y desaparecen en una persona, están presentes en un tiempo y lugar determinado. La enfermedad “fuga” fue expuesta por Hacking (1998) para fundamentar su teoría sobre las enfermedades transitorias.

La misma, se caracterizaba por viajes inesperados, el sujeto viajaba de manera compulsiva, estos viajes parecían no ser planeados con anticipación y tampoco informados a sus familias. Durante el viaje se producía una pérdida del sentido de identidad, el sujeto no recordaba nada de su vida, y se generaba un estado confusional, en donde tampoco entendía como había llegado al lugar en donde estaba. La enfermedad de “fuga” dejó de ser diagnosticada, siendo un trastorno que existió solo en un período de tiempo determinado.

No podemos decir que el trastorno bipolar es una enfermedad transitoria, por el simple hecho de que la misma sigue presente en la sociedad actual (la enfermedad transitoria es la que desaparece con el tiempo).

Sin embargo, la bipolaridad parece ser una enfermedad que se encuentra de moda en los últimos tiempos, como la enfermedad de “fuga” en su momento. Incluso el término “bipolar” es usado socialmente de manera frecuente, para referirse a una persona, que cambia de estado de ánimo o de decisión en un tiempo acotado. Como pasa con la histeria, la enfermedad pasa a ser parte del lenguaje cotidiano en una sociedad.

Esto última afirma la idea de que la bipolaridad puede ser una enfermedad de moda. El trastorno bipolar y la sociedad actual, parecen tener una estrecha relación, la cual será pensada más adelante en este trabajo.

La metáfora de nicho ecológico, Hacking (1998) la extrae de la biología, y refiere a las determinadas condiciones que se dan para la evolución de una especie de seres vivos. Resulta interesante destacar lo que dice el autor en torno a que la forma de estar vivo de un ser puede parecer obvio, pero necesita de determinados procesos que hagan posible su existencia. Lo mismo ocurre con el diagnóstico de enfermedad mental, necesita determinados vectores (fuerzas) que posibiliten su existencia. Al igual que los seres vivos, el diagnóstico necesita ciertas condiciones dentro de una sociedad para existir.

Considero que el la metáfora de Hacking del nicho ecológico, invita a desnaturalizar la enfermedad mental, investigando sobre lo que hizo posible que la misma existiera.

Para comprender el diagnóstico de trastorno bipolar, es necesario pensar en la sociedad que habita y cuáles son los procesos que hacen posible su existencia.

Capítulo 3: Repercusiones del diagnóstico de trastorno bipolar en la construcción de subjetividad:

3.1: El trastorno bipolar y su relación con el cerebro: El sujeto exiliado de sí mismo:

I have spent years of my life existing as a footnote, a case note, a clinical note, clinging to the understanding that I was a defective biological unit.

Somehow time, matter, and the joke of genes and enzymes had exiled me to the sidelines of being. This may truly be a valuable perspective for those who observe mental illness, but for me, as subject, this tree bore only dry and tasteless fruit.”

(Grener, 1994, s/n de página, citado por Jenkins y Barret, 2004, p. 282) ¹⁴

La cita anterior, corresponde a un extracto que realizan Jenkins y Barrett (2004) del discurso de Grener (1994), una persona que vive bajo el diagnóstico de esquizofrenia. Si bien Grener tiene otro diagnóstico diferente al de trastorno bipolar, la forma en que describe su experiencia de “enfermo mental” ayuda a pensar sobre nuevas subjetividades a partir del diagnóstico.

¹⁴ He pasado años de mi vida existente como una nota al pie, una nota caso, una nota clínica, aferrándome a la comprensión de que yo era una unidad biológica defectuosa. De alguna manera el tiempo, la materia y la broma de los genes y enzimas que me había exiliado a él margen de ser. Esto puede ser realmente una perspectiva valiosa para los que observan la enfermedad mental, pero para mí, como sujeto, este árbol sólo tenía frutos secos e insípidos. (traducción propia)

En este breve pero impactante fragmento del relato, se puede ver como no solo los síntomas de la enfermedad modifican la subjetividad. El saber psiquiátrico, con su discurso y categorías atraviesan al sujeto.

Grener (1994) expone que ha pasado mucho tiempo como una nota clínica, intentando comprenderse como un defecto de la biología, una broma de genes y enzimas. Este es un claro ejemplo del discurso médico científico atravesando al sujeto.

Lo que resulta más impactante de este relato, es la idea que el sujeto plantea de exilio de sí mismo. Es interesante ver como esta explicación biológica de la enfermedad mental puede hacer que el sujeto se vea exiliado, sin la posibilidad de “ser”.

- I have a chemical imbalance; it wasn't really me that did those things.
- I have a chemical imbalance; I really didn't feel those things.
- I have a chemical imbalance; I didn't really experience those things.
- I have a chemical imbalance; I didn't really think those things.

Here is an insight! The entire human drama of love, suffering, ecstasy and joy, just chemistry. (Grener, 1994, s/n página, citado por Jenkins y Barrett, 2004, p. 282) ¹⁵

En este último fragmento, se ve claramente la posible simplificación que genera una explicación biológica de la enfermedad mental. A medida que va escribiendo, Grener comienza a reducir la explicación hasta igualarse a sí mismo con un desequilibrio químico. La forma en que Grener se reduce a un desequilibrio químico, ¿no es similar a la forma en que se explica una enfermedad mental? ¿Dónde queda la posibilidad de “ser” del sujeto? El discurso médico, en este caso desde el saber psiquiátrico, es el que determina la explicación biológica de enfermedad. Lo que ocurre con Grener y su diagnóstico de esquizofrenia se asemeja con lo que sucede con el trastorno bipolar, ya que a ambas patologías, la psiquiatría suele atribuirles como causa principal un desequilibrio químico. Un ejemplo de esta explicación biológica por parte de la psiquiatría, puede verse desde una institución que se encuentra en nuestro país.

La fundación “cazabajones” (2000), fundada y presidida por el Psiquiatra Pedro Bustelo, es una institución en Uruguay que, como se explica en su sitio web, “se encarga de combatir la epidemia de depresión existente en el Uruguay, mediante un trabajo de psico-educación e

-
- ¹⁵ -Tengo un desequilibrio químico; no fui realmente yo quien hizo esas cosas.
 - Tengo un desequilibrio químico; Realmente no siento esas cosas.
 - Tengo un desequilibrio químico; Realmente no experimento esas cosas.
 - Tengo un desequilibrio químico; Yo realmente no creo esas cosas.
 - Soy un producto químico y no creo verdaderamente.
- ¡Aquí es una idea! Todo el drama humano del amor, el sufrimiento, el éxtasis y la alegría, es simplemente química. Grener (Traducción propia).

información sobre esta enfermedad que ayude a su prevención promoviendo la salud, así como a su rastreo, diagnóstico y tratamiento adecuados”. (Bustelo et. al., 2000, párr. 1) Esta organización también se enfoca en el tratamiento del trastorno bipolar. En la página web oficial de la fundación se define al trastorno bipolar como:

Un trastorno del cerebro que causa cambios inusuales en el ánimo, energía y capacidad de funcionar de las personas. A diferencia de los altibajos normales que atraviesa cada persona en su vida, los síntomas del trastorno bipolar son severos. Pueden dar lugar a relaciones problemáticas, mal desempeño en el trabajo o los estudios, e incluso suicidio. (Bustelo et. al., 2000, párr.1)

Son varios los aspectos que considero importantes de destacar en esta definición, pero al momento quisiera detenerme en la idea de que el trastorno bipolar es “un trastorno del cerebro”.

Retomando la experiencia de Grener (1994) de su enfermedad como aquella broma de genes y enzimas, el desequilibrio químico, se asemeja a la idea de que el trastorno pertenece al cerebro. Esta explicación, también biológica, puede provocar el exilio de sí mismo del sujeto. En este caso podría pensarse como: “no soy yo, el problema es de mi cerebro”, el sujeto no tiene forma de arreglar un desequilibrio químico, un déficit cerebral, por lo que el trastorno bipolar, como trastorno del cerebro, no podría ser controlada por quien la padece.

“Is it me or my Brian?”(2003) es el nombre de un artículo realizado por Joseph Dumit, sobre la depresión y su relación con los hechos neurocientíficos.

Dumit (2003) explica que la década del noventa, fue denominada la década del cerebro, ya que los estudios del mismo pasaron a tener un papel principal dentro de la sociedad. Los estudios cerebrales demostraron el progreso de la ciencia, el poder de la tecnología y la nueva concepción biologicista del sujeto. “But they also often signal human differences as well, dividing us and measuring our deviation from “normal.” (Dumit, 2003, p. 36)¹⁶

Un artículo publicado en la *Revista Española de Neuropsicología* (Martín, Cardoso, Bonifácio y Barroso, 2004), expone que es George Bush, en ese entonces presidente de Estados Unidos, quien declaró oficialmente en el año 1990 que sería “la década del cerebro”.

En esta década del cerebro, se destinó desde el gobierno norteamericano, importante ayuda económica a la investigación neurológica. Se pretendió indagar sobre las diferentes enfermedades cerebrales, así como la extensión y mejora de las diferentes técnicas para la

¹⁶ Pero también señalan a menudo las diferencias humanas dividiéndonos y midiendo nuestra desviación del “normal”. (Traducción propia)

exploración del cerebro. La proclamación realizada por Bush, se expande rápidamente de manera internacional en la academia (Martín Rodríguez et. al 2004).

No es extraño entonces que se haga hincapié en un déficit cerebral como causa de la enfermedad mental. En una década en donde los fondos económicos destinados a la investigación neurológica son importantes y teniendo también gran reconocimiento académico, las enfermedades que pueden estar vinculadas con el cerebro, tendrán un papel fundamental.

Dumit (2003) se interroga cómo es posible que el sujeto sea comparable con una imagen cerebral, cómo el diagnóstico de una enfermedad puede realizarse a partir de un escáner del cerebro.

Explora, diferentes consecuencias en la subjetividad de las personas, a causa de esta concepción de enfermedad causada por un déficit cerebral.

El autor ejemplifica lo expuesto en el artículo con un relato de Thompson (1995), una persona con diagnóstico de depresión, sobre la experiencia de su enfermedad. Entre otras cosas, en este fragmento del relato, Thompson expresa que hay una diferencia entre decir que algo no funciona en su cerebro y que algo no funciona con ella misma. Podría decir en este caso que es su cerebro que está enfermo, no ella. Pero luego reflexiona:

I could stop there and disavow responsibility for that sickness—but if I did that, I would be giving up my idea of autonomy in the world. I would be simply a product of some chemical abnormality in a lumpy gray organ between my ears... it seemed to me that if the first approach was too simplistic, its opposite might be as well.¹⁷
(Thompson, 1995, pp. 189–190, citado por Dumit, 2003, p. 42)

Lo que relata Thompson (1995), resulta interesante de destacar, ejemplifica claramente lo que he tratado de explicar sobre el exilio de sí del sujeto, a partir de la idea de que su enfermedad es consecuencia de un desequilibrio químico.

Si la enfermedad es responsabilidad del cerebro, entonces el sujeto no tiene nada que hacer en ella, lo que provoca una falta de autonomía, no es posible que el sujeto maneje muchos de sus actos, porque no dependen de él. Dumit (2003) explica que Thompson (1995) se siente “atrapada” por su cerebro. La idea de que el sujeto está atrapado, resulta interesante porque implica la ausencia de libertad que el mismo posee, ante una enfermedad cerebral. Esta ausencia de libertad, al menos en este caso, no refiere a los

¹⁷ Podría detenerme y negar la responsabilidad por esa enfermedad, pero si lo hiciera, estaría renunciando a mi idea de autonomía en el mundo. Sería simplemente un producto de alguna anomalía química en un órgano grumoso grueso entre mis oídos... me pareció que si el primer enfoque era demasiado simplista, su contrario podría ser así. (Traducción propia)

síntomas propios de la enfermedad, sino al diagnóstico otorgado por la psiquiatría y la idea de que la enfermedad pertenece al cerebro. Esto le quita al sujeto la posibilidad de ser partícipe de su enfermedad, de accionar respecto a ella.

Algo similar ocurre con Kay Jamison (1996), quien es también citada por Dumit (2003), con su experiencia de enfermedad, viviendo bajo el diagnóstico maníaco-depresivo.

Dumit (2003) expresa que Jamison (1996), al tener una enfermedad que es consecuencia de un déficit cerebral, siente que no puede controlarse a ella misma:

Thus she cannot fully care for herself. She is no longer independent and self-responsible, but must engage a network of others who will tell her when she starts slipping out of normality; who will tell her this because they understand that she suffers from a biological illness that impairs her own self-recognizing and help-seeking activities. ¹⁸(Dumit, 2003 p. 43)

El autor plantea que el cerebro, puede vincularse fuertemente con la identidad del sujeto. Para Dumit (2003) los hechos científicos (objetivos), están siempre en relación con los hechos subjetivos, como la personalidad. Los primeros son hechos que atraviesan al sujeto, determinan su subjetividad.

La antropóloga norteamericana Emily Martin (2009), en su estudio sobre el diagnóstico del trastorno bipolar en la cultura estadounidense, expone su experiencia en grupos terapéuticos con personas que viven bajo el diagnóstico de trastorno bipolar. En estos grupos, era frecuente escuchar, de las personas que participaban, que la química de su cerebro estaba desordenada y que el trastorno bipolar es una “enfermedad cerebral”.

La autora plantea que esta idea de la enfermedad como desequilibrio químico, genera esperanza en algunos sujetos que son diagnosticados, ya que se asemeja más a una enfermedad física y las mismas serían más probables de curar.

Relata Martin (2009) que las personas llevaban recortes de artículos científicos, donde se hablaba de la localización cerebral del trastorno bipolar, esperando que se encuentre la causa de esta enfermedad y que se pueda realizar una terapéutica directamente en el déficit cerebral para la cura.

Se puede distinguir, que también en este caso parece haber en el sujeto un exilio de sí mismo, porque si bien el cerebro es una parte de la persona, la misma no puede manejarla, no puede hacerse responsable.

¹⁸ . Por lo tanto, ella no puede cuidarse por sí misma. Ya no es independiente y responsable de sí misma, sino que debe involucrarse en una red de otros que le dirán cuando empiece a salir de la normalidad; Quién le dirá esto porque entiende que ella sufre de una enfermedad biológica que afecta sus propias actividades de auto-reconocimiento y de búsqueda de ayuda. (Traducción propia)

Incluso Martin (2009) quien también es diagnosticada con trastorno bipolar dice al respecto: “I often heard from my psychiatrist that my problems were related to my neurotransmitters, and I always found this comforting, I took this to mean that my problems were not entirely within my control” (Martin, 2009, p. 13)¹⁹

Dumit (2003) explica que las diferentes imágenes del cerebro que los sujetos pueden encontrar en artículos científicos, revistas o en instituciones médicas, es información que recibe la persona y la hace buscar su cerebro dentro de las categorías ya establecidas. Esta información recibida sobre los diferentes tipos de cerebros, puede hacer que el sujeto se identifique con uno de ellos, reduciéndose a sí mismo a una imagen cerebral. Dumit (2003), en este artículo, manifiesta la idea de que la categorización de los cerebros, reduce la posibilidad de ser del sujeto, los tipos de cerebros, determinan las clases de personas que existen, las personas están determinadas.

La información que el sujeto recibe sobre su cerebro, desde la ciencia médica, Dumit (2003) la denomina “hechos recibidos”. Estos hechos, llegan al sujeto, a través de ciertos medios, y modifican su subjetividad, lo atraviesan.

Tanto Hacking (1998) como Martin (2009), plantean la idea de que la enfermedad mental le quita cierta responsabilidad a los actos del sujeto, los actos “irracionales” son atribuidos a la enfermedad diagnosticada. Para Hacking (1998) la responsabilidad del sujeto, cuando se habla de enfermedad mental en la sociedad, es eliminada o reducida. Los enfermos no son responsables de su padecer, ya que no depende de ellos.

Esto se asemeja a lo que plantea Martin (2009), quien expone un caso en donde una persona que fue diagnosticada con trastorno bipolar cometió un crimen, y la misma fue hospitalizada. Lo que fundamenta Martin es que si la persona no tuviera el diagnóstico de enfermedad mental, estaría sujeta a la ley, sin embargo, al estar el sujeto catalogado como enfermo mental, se plantea como un acto irracional y se lo hospitaliza.

Dumit (2003) cita argumentos de La Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (NAMI), en donde se afirma que al ser la enfermedad mental biológica, la misma no debería ser estigmatizada, el sujeto no es responsable de su enfermedad.

Esta quita de responsabilidad que la sociedad hace en relación a la enfermedad mental, hace también que el sujeto, al no ser responsable de sus actos, se exilie de sí mismo.

En lo expuesto por Martin sobre los grupos de discusión, se puede ver otra posible respuesta ante el acto de diagnóstico, la esperanza de que la enfermedad sea curable, que sea una enfermedad física. En este caso la explicación biológica de la enfermedad parece

¹⁹ A menudo oí de mi psiquiatra que mis problemas estaban relacionados con mis neurotransmisores, y siempre me pareció reconfortante, tomé esto como que mis problemas no estaban del todo dentro de mi control (Traducción propia)

ser positiva para algunas personas, pero ¿por qué es más esperanzador que la enfermedad tenga relación con un desequilibrio químico? ¿Cuál es el tratamiento que hace que el cerebro vuelva a su equilibrio?

Retomo la idea que se había planteado anteriormente de subjetividad para pensar en Grener (1994) y en los participantes del grupo de discusión de Martín (2009).

En estos últimos, se puede ver claramente cómo las categorías sociales los atraviesan, tienen la esperanza de que su enfermedad sea tratada con químicos que estabilicen su cerebro.

Por otra parte, Grener (1994) podría decirse que genera lo que Bleichmar (2004) plantea como nuevas subjetividades, o lo que Biehl, Good y Kleinman (2007) exponen como subjetividad en sí, el sujeto se piensa a sí mismo a partir de las categorías que lo atraviesan, se cuestiona sobre lo establecido por la sociedad, desnaturaliza lo impuesto por el saber médico.

También se puede distinguir en Thompson (1995), citado en Dumit (2003), una nueva forma de subjetividad, al decir que pensar su enfermedad como un déficit cerebral, evitar la responsabilidad de la misma, hace que también le falte autonomía en su vida. Thompson se piensa, a partir de las categorías que la atraviesan y busca una nueva forma de verse a sí misma.

Lo que llama la atención es como el diagnóstico de bipolaridad, que es un trastorno de las emociones, se trata mayormente como un déficit cerebral ¿cómo algo tan propio del sujeto, puede a la vez exiliarlo de sí mismo? Tal vez, porque como dice Hacking: “we have learned how to replace the soul with knowledge, with science”. (Hacking, 1995, p. 5)²⁰

Retomo dos preguntas que realicé anteriormente para continuar: ¿por qué es más esperanzador que la enfermedad tenga relación con un desequilibrio químico? ¿Cuál es el tratamiento que hace que el cerebro vuelva a su equilibrio?

La forma en que este desequilibrio químico puede volver a su equilibrio, es a partir de otro químico que lo estabilice, un químico que le devuelva la “normalidad” al cerebro.

²⁰ Hemos aprendido cómo sustituir el alma con el conocimiento, con la ciencia(Traducción propia)

3.2. “Lithium Sunset”: El litio en la construcción subjetiva:

“Heal my soul
Oh Lithium Sunset
And I'll ride the turning world
Into another night”²¹
Lithium Sunset: Sting (1996)

La cita del comienzo, es un fragmento de la canción del cantante Sting, “Lithium Sunset” (1996 aprox.), en donde se hace referencia al Litio, fármaco utilizado con frecuencia como terapéutica para el trastorno bipolar.

Como se mencionaba anteriormente en este trabajo, el litio comienza a utilizarse como tratamiento para el trastorno bipolar en la década del 70. Desde ese entonces, este fármaco ha tenido un papel fundamental no sólo en relación al trastorno y quienes son diagnosticados con el mismo, sino que también ha tenido gran importancia socialmente. Consideré pertinente citar este fragmento de la canción de Sting “Lithium Sunset”, ya que refleja, al ser una canción que aparentemente es dedicada al litio, la importancia que tiene el fármaco socialmente. Esta canción no es la única relacionada con este químico. También artistas reconocidos mundialmente como Nirvana (1990) y Evanescence (2006) tienen canciones cuyo título es “lithium”. Si bien no queda claro si estas canciones hablan del trastorno bipolar, puede distinguirse como el litio tiene una fuerte presencia socialmente, ya que la música es una clara exposición de la sociedad en la que existe.

En su canción Sting le pide al Litio que cure su alma, lo que refleja la esperanza que se deposita sobre este químico. Esta esperanza en que el químico pueda devolverle al sujeto la salud, estabilizar su cerebro, se puede distinguir con frecuencia en la sociedad actual. La esperanza de que el diagnóstico de bipolaridad tenga que ver con un desequilibrio químico, como se menciona en el capítulo anterior, puede relacionarse con la idea de que un químico es estabilizado por otro químico. En este caso, el carbonato de litio, es el fármaco que puede “equilibrar” el cerebro del sujeto.²²

Emily Martín (2009) afirma que no es posible separar la industria farmacológica de la cultura. El litio como fármaco, es representante del modelo médico hegemónico, una perspectiva científica que implica que el sujeto pueda preferir esta terapéutica antes que las demás, si es que existe la posibilidad de elegir.

²¹ Cura mi alma

Oh Litio Puesta de sol

Y voy a montar el mundo girando

En otra noche " (Traducción propia)

²² El litio no es el único estabilizador del humor que se utiliza como tratamiento para el trastorno bipolar. Sin embargo en este trabajo es el único que voy a mencionar, ya que se considera el fármaco más asociado a la bipolaridad, siendo el más popular, y seguramente de los más utilizados como terapéutica.

Un artículo realizado por Carla Rizzotto (2008) en la *revista uruguaya Paula*, tiene como título “el triunfo del litio”, siguiendo después con el copete: “compite con nuevos medicamentos, pero los expertos siguen confiando en su eficacia para estabilizar el ánimo de los bipolares. Está catalogado, además, como un potente anti-agresivo y anti-suicida. Aquí un fármaco reivindicado con los años” (párr.1)

Nótese, primero la palabra “triunfo” y luego “compite”, dando cuenta de una competencia de la que aparentemente el litio forma parte. Además de todas las propiedades que se mencionan en este párrafo, parece que el litio previene las ideas de muerte y la agresividad. ¿Cómo es posible que el sujeto prefiera otra terapéutica?

Algo que considero importante de destacar es cómo en este párrafo se hace referencia a “los bipolares”. En esto que parece tan simple, tal vez una forma de acortar el párrafo, los sujetos son reducidos a “los bipolares”, como si el diagnóstico fuera una forma de nombrarlos, como si las personas fueran un “desequilibrio químico”.

En el artículo se entrevista a la persona que en su momento era coordinadora de la Asociación de Bipolares del Uruguay. Ella explica que cuando, después de muchos diagnósticos erróneos y distintos fármacos, le recetaron Litio: “Me cambió la vida porque logré un equilibrio. Seguís teniendo subidas y bajadas, pero son más espaciadas y menos intensas; podes hacer una vida normal” (Rizzotto, 2008, párr. 2).

Si es el Litio lo que logra el equilibrio, lo que garantiza una vida normal y todas las demás propiedades mencionadas, no es extraño que los sujetos prefieran tomarlo antes que cualquier otro tratamiento posible.

Martin (2009) explica que si bien los psicofármacos son objetos inanimados que no hablan ni piensan, las industrias farmacéuticas le otorgan ciertas características, que hacen que se produzca en él fármaco una personificación. Es decir, que se le atribuya al medicamento propiedades de persona. Esto genera una posibilidad de vínculo afectivo entre la medicación y quien la toma.

Al menos ese parece ser el interés que tiene la industria farmacéutica.

Esta personificación del fármaco de la que habla Martín, se puede ver claramente en el artículo de Paula (2008) anteriormente mencionado. Desde el título “El triunfo del Litio”, se distingue como el Litio tiene propiedades de persona, como dice Martín (2009). Luego se habla del litio diciendo que el mismo “compite” con otros fármacos, como si el mismo no fuera un objeto inanimado.

La cantidad de propiedades atribuidas al litio, hacen que el mismo no sea un simple fármaco.

Resulta interesante destacar una afirmación de Martin (2009), quien dice que los pacientes pueden pensar en los fármacos que consumen como una herramienta biológica que actúa en su cerebro para mejorarlo. Esto afirma la idea que había planteado anteriormente, sobre la relación entre la droga y la enfermedad como desequilibrio químico. El fármaco es vinculado por el sujeto a algo de carácter biológico, como también la enfermedad si su posible causa es un déficit cerebral. No es extraño la esperanza de las personas en que el Litio, como químico, pueda curar el trastorno bipolar.

Sin embargo, si bien el litio aparenta ser un gran aliado de las personas que viven bajo el diagnóstico de trastorno bipolar, no todos los sujetos que lo consumen están de acuerdo. Martin (2009) expone que este fármaco presenta gran ambivalencia en las personas que lo utilizan.

La autora explica que el litio presenta aspectos positivos y negativos en los sujetos. El litio puede ser visto como una bendición, o como un veneno.

La idea de que el Carbonato de Litio es algo natural genera en los sujetos mayor tranquilidad al momento de consumirlo. Además de la cantidad de características que se le atribuyen al litio, como se podía ver en el artículo de Paula, puede ser anti-suicida, o permitir que la persona actúe de manera "racional". Algunas personas con las que Martin había trabajado hacían referencia a este fármaco como una "bendición". Algo similar parecía pensar la primera persona entrevistada en el artículo de Paula ya mencionado, afirmando que el litio le había cambiado la vida logrando un equilibrio.

Como mencionaba anteriormente, si el litio posee tantos atributos positivos, no es de extrañar que las personas lo consideren una bendición.

Pero el litio, que parece ser una solución a muchos problemas, genera según Martin (2009), resistencia en varias personas.

Martin también expone varios ejemplos de este lado negativo del litio. En una entrevista con una persona que tenía el diagnóstico de trastorno bipolar, la misma le aseguraba que prefería tomar otro medicamento y no litio, una de las causas era el estigma que dicho medicamento traía consigo. La persona entrevistada no responde a que hacía referencia con el estigma (al menos no en el fragmento que aparece en el libro) pero podría atribuirse a que el litio es el medicamento más vinculado al trastorno bipolar, y el otro medicamento que ella menciona no es tan conocido.

También Martin expone casos en donde los sujetos consideraban que el litio, era una especie "maestro" que impone el orden en la vida del sujeto, estabiliza el humor y hay personas que no quieren dejar de sentir lo que sienten en un episodio maníaco. La manía se vincula a lo "irracional", lo extraordinario, la diversión, y hay personas que no quieren que eso se termine.

Ya sea por sus aspectos positivos o negativos, lo que puede verse claramente es que el litio también influye en la subjetividad de la persona que lo consume.

En el caso del trastorno bipolar, el fármaco que se utiliza como terapéutica, puntualmente el Litio, tiene un papel fundamental. Se entiende que, así como el diagnóstico de trastorno bipolar transformará la subjetividad de quien es diagnosticado, también lo hará la droga que se utilice como terapéutica.

Martin (2009) expone un ejemplo interesante con el caso de Marcy, una estudiante que se contactó con ella para contarle su historia.

Marcy expone que cuando cambia de droga terapéutica, cambia también su identidad, no sería la misma persona si toma Depakote (otra droga que se utiliza para el trastorno bipolar) que si toma Litio.

Ella se resiste a cambiar de droga porque dice que si lo hace, debe de reformular su identidad y eso le cuesta mucho trabajo. (Martin, 2009, p 162)

Lo que quisiera resaltar de este relato, es como el fármaco que el sujeto consume, puede afectar también su identidad., su subjetividad.

Capítulo 4. Entre dos polos: El blanco y negro en la percepción del trastorno bipolar.

A lo largo de este trabajo he intentado hacer énfasis en la idea de que la concepción de una enfermedad mental, dependerá de la sociedad en la que exista, y las características que la misma posea. Las categorías inmersas en una sociedad, atravesarán al sujeto influyendo así en la subjetividad.

En este capítulo se intentará dar cuenta de dos polos que a mi entender resaltan en la concepción del trastorno bipolar.

Como mencioné anteriormente en este trabajo, varios autores plantean que desde la antigüedad, se distingue una ambigüedad en relación a la concepción que una sociedad tiene sobre la enfermedad mental.

Martin (2009) y Foucault (1961) plantean que esta ambigüedad se manifestaba en la enfermedad entre lo divino y demoníaco. Hacking (1998) por otra parte habla de polaridades culturales, y la enfermedad situada entre el virtuosismo y lo criminal.

Los autores coinciden en que a lo largo de la historia, la enfermedad mental se encuentra en el medio de dos polaridades. Una polaridad que parece ser más “oscura”, al hablar de lo demoníaco, o lo criminal y por otra parte otra que parece ser más amigable en relación a la enfermedad como algo más positivo, relacionado con lo divino, o el virtuosismo.

Vuelvo a afirmar que esta ambigüedad que acompaña en la historia a la enfermedad mental, tiene repercusiones en la actualidad, y se puede ver claramente en la concepción del trastorno bipolar.

En relación a las diferentes experiencias subjetivas de personas que viven con el diagnóstico de bipolaridad, se pudo distinguir también una ambigüedad en la que hay dos polaridades. Una relacionada con aspectos más “positivos” de la enfermedad, relacionada con lo que Hacking (1998) denomina virtuosismo, o lo que se menciona como lo divino. Y otra polaridad en donde se distinguen características más “negativas” de la enfermedad, que se vincula con el estigma que trae consigo la enfermedad mental, la irracionalidad etc. Estas dos polaridades serán desarrolladas en este capítulo.

4.1. EL “polo negativo”:

El acto de diagnosticar, pensado como un ritual que implica una transición de una categoría a otra, implica un movimiento en el sujeto. Las características de la enfermedad formarán parte de la subjetividad de quien es diagnosticado. Cuando hablo de características, no me refiero a los síntomas particularmente, sino a las características que se perciben de la enfermedad dentro de la sociedad en la que es diagnosticada. La concepción social de la enfermedad.

Por lo tanto, estas polaridades en la concepción de enfermedad mental, dependen, como dice Hacking (1998), de la sociedad en la que la misma existe.

El polo que denomino como “negativo” dependerá entonces, de la sociedad en la que viva cada sujeto que puede ser tomado como ejemplo, a partir de su experiencia subjetiva en relación al diagnóstico. Lo mismo ocurre con el polo “positivo”.

El “polo negativo”, da cuenta de cómo repercute esta nueva categoría en el sujeto de una manera que podría catalogarse como negativa, como el aspecto “oscuro” de la enfermedad mental.

Considero importante destacar un fragmento del relato de Luis Gutiérrez Rojas (2013), psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Loja (Granada), quien realiza un video informativo sobre el trastorno bipolar:

Normalmente, en los pacientes bipolares que yo atiendo normalmente en la consulta, percibo que lo que más estigma produce, el mayor grado de sufrimiento en el paciente, no viene tanto de la enfermedad, no viene tanto de los síntomas de la enfermedad, sino como de la sensación de enfermo que tiene el paciente. Ese paciente que piensa que por tener un trastorno bipolar, lo lleva con mucha vergüenza, lo lleva de una forma muy negativa, muy egodistónica diríamos nosotros ¿no? Lo vive como algo realmente grave, cuando realmente, si uno analiza los síntomas que el paciente tiene, esos síntomas no son tan graves, ni son tan perjudiciales ¿no? Es que tiene más que ver con el

afrontamiento, por decirlo así, psicológico ¿no?, con la aceptación de lo que uno tiene, que con la enfermedad en sí. Es todo un trabajo que hacemos habitualmente en consulta y nos cuesta muchas sesiones conseguir que el paciente vaya entendiendo realmente la gravedad o la severidad de la enfermedad. (Gutiérrez Rojas, 2013, s/n de página)

Varios aspectos de este relato son interesantes de resaltar, ya que considero que explica claramente la posible repercusión que un diagnóstico de trastorno bipolar puede generar en la subjetividad.

En este caso, Gutiérrez Rojas (2013), plantea la idea de que el paciente sufre más por el diagnóstico del trastorno, que por los síntomas en sí, y lo relaciona con el estigma que posee la enfermedad, con la sensación de estar enfermo.

La idea de poseer un trastorno bipolar parece generar más repercusión en el sujeto que la enfermedad en sí.

Nicolas Rusch, C. Angermeyer y Patrick W. Corrigan (2006) afirman la idea de que el sufrimiento de la persona que vive bajo un diagnóstico de enfermedad mental, no solo se produce por los síntomas de la misma, sino por las reacciones y malentendidos que ocurren dentro de la sociedad en relación a los diversos trastornos mentales. Esto es lo que luego trae como consecuencia al estigma. Por otra parte, los autores afirman que los prejuicios que la sociedad pueda tener con respecto a la enfermedad, pueden ser aceptados como reales por las personas que son diagnosticadas, lo que es denominado como "autoestigma". Estos autores toman los aportes de Link y Phelan (2001) quienes entienden que el estigma se origina a partir de una pérdida de status del sujeto, así como también por la discriminación, y la colocación de una etiqueta a determinada población. Afirman que estos factores se ponen en juego en una relación de poder que fortalece a los mismos.

Link y Phelan (2001) mencionan que para poder dilucidar el estigma en una sociedad, se tiene que reconocer una notoria diferencia entre los sujetos a tal punto de que uno de ellos sea etiquetado por dicha diferencia.

Lo planteado por estos autores se relaciona con lo que se fundamenta en este trabajo. El diagnóstico de trastorno bipolar, como colocación de una nueva etiqueta, será una nueva categoría que el sujeto tomará como parte de él. La concepción de enfermedad que tenga la sociedad, los malentendidos y reacciones que allí se produzcan, traerá como consecuencia el estigma y autoestigma, lo que implica un cambio en la subjetividad.

La categoría de enfermedad mental, trae consigo muchas características que atraviesan al sujeto.

En el artículo realizado por Carla Rizzotto (2008) en la revista *Paula*, citado anteriormente, también se habla sobre el estigma de esta enfermedad:

Triste prejuicio Llevar el rótulo de “loco” les genera a los bipolares una mezcla de rabia y tristeza. Cuando ponen límites o se niegan a hacer una tarea porque no tienen ganas, la gente lo asocia directamente con el trastorno. “¿Estás tomando bien el remedio?”. “¿Hace cuánto que no vas al psiquiatra?”, suelen preguntarles quienes los rodean. Tratan de escaparle al “estigma” –tal como lo calificó una paciente–, pero no es tarea sencilla. (Rizzotto, 2008, párr.6)

Aquí se puede ver nuevamente una reducción del sujeto, una simplificación del mismo. En este caso, su accionar se reduce a un síntoma de la enfermedad diagnosticada. La persona se reduce a un trastorno, como si la bipolaridad pasara ser la esencia del sujeto.

Sin embargo, lo mismo que aquí se plantea problematizado por la autora, sobre el trastorno siempre asociado directamente con el accionar del sujeto, y el estigma de la enfermedad, parece contradictorio, al mencionar más de una vez a las personas como “Los bipolares”. Como si la persona adoptara un nuevo nombre a partir del diagnóstico.

Si la sociedad nombra a las personas que tienen el diagnóstico del trastorno como “los bipolares”, ¿sería posible que quien es diagnosticado no se nombre a sí mismo como tal?

Más adelante, en el mismo artículo, se menciona el testimonio de la hija de una persona diagnosticada con trastorno bipolar:

“En casa había más miedo al diagnóstico de la bipolaridad que al tratamiento”, admite. A nadie le gusta escuchar ese parte médico, ni a los pacientes ni a sus seres queridos. Por eso no es casual que los familiares se desentiendan, no tomen dimensión de la enfermedad e incluso se burlen. (Rizzotto, 2008, párr. 6)

El diagnóstico del trastorno bipolar implica el paso de una categoría a otra, de “sano” a “enfermo mental”, es una nueva etiqueta que se interioriza en el sujeto y lo transforma. A causa del estigma que trae consigo la enfermedad mental, el sujeto puede llevar, como dijo Gutiérrez Rojas (2013) en el video, su enfermedad con “vergüenza”. En cuanto a la aceptación de la enfermedad a la que hace mención, se trata de que el sujeto acepte esta nueva categoría, la nueva etiqueta que al parecer le pertenece, nuevas características de su personalidad que tal vez encuentre en un manual de psiquiatría, puntualizadas como síntomas.

En el video que Gutiérrez Rojas (2013) realiza sobre el trastorno bipolar hace referencia a “la sensación de estar enfermo”.

La forma en que los modelos hegemónicos, como el médico, ven al mundo, será también la forma en que los sujetos enferman.

Como dije anteriormente, las características que formen parte de la concepción social de la enfermedad mental, determinarán también la forma en que el sujeto pueda verse a sí mismo.

Un claro ejemplo de esto, es una experiencia que Emily Martin (2009) relata, en la Universidad de Princeton, donde ella trabaja:

I went to the psychiatrist who was head of the student counseling service and explained what I had been trained to do, offering to facilitate the formation of a group in some small way. She thanked me but explained that students with those kinds of serious mental problems would simply not be able to function in the intellectually demanding environment at Princeton, so there was no need to form a group. In this social setting, if you say you have manic depression, you may well be categorized as a nonfunctional person, as a less than a fully rational person. I did not tell her that I too, had the diagnosis because at the time this admission felt too terrible to bring to light. Would I, too, be judged incapable of functioning at Princeton?²³ (Martín, 2007, p XVII)

Considero que el relato de Martin (2009), es un claro ejemplo del estigma que trae consigo la enfermedad mental, en este caso el trastorno bipolar.

En este caso, una psiquiatra, quien representa el saber médico el cual posee la facultad de diagnosticar, determina, a través de su discurso, que una persona que posee el diagnóstico bipolar no puede ser funcional en Princeton. He aquí un discurso que no solo reduce la capacidad de las personas y su singularidad a un diagnóstico, sino que también limita las posibilidades de ser funcional, ante un contexto social que lo exige.

Martin (2009), a quien también se le diagnosticó trastorno bipolar, no expone su diagnóstico ante la psiquiatra por miedo a ser juzgada de incapaz para trabajar allí. Estos aspectos son

²³ Fui a la psiquiatra que era jefe del servicio de asesoramiento a los estudiantes y le expliqué lo que había sido entrenada para hacer, ofreciendo a facilitar la formación de un grupo de alguna manera. Ella me dio las gracias, pero explicó que los estudiantes con este tipo de problemas mentales graves simplemente no serían capaces de funcionar en el ambiente intelectualmente exigente en Princeton, así que no había necesidad de formar un grupo. En este contexto social, si usted dice que tiene depresión maníaca, bien puede ser categorizado como una persona no funcional, menos de un personal totalmente racional. Yo no le dije que yo también tenía el diagnóstico, ya que en el momento de su admisión me sentía demasiado terrible para traerlo a la luz. ¿Me gustaría, también, ser juzgado incapaz de funcionar en Princeton? (Traducción propia)

parte de aquellas reacciones o malentendidos sobre la enfermedad en la sociedad, como se mencionaba anteriormente, que provocan el estigma.

La persona diagnosticada con trastorno bipolar, puede llevar la enfermedad con vergüenza, como dice el psiquiatra Gutiérrez Rojas (2013), porque interioriza la concepción que la sociedad tenga de la enfermedad.

Si en el contexto social en que Martín trabaja, las personas que son diagnosticadas con el trastorno bipolar son catalogadas como no funcionales, entonces ella esconde su diagnóstico para no ser tratada como tal.

Reitero y coincido con la idea que Gutiérrez Rojas (2013) plantea en el video, parece ser que el sujeto sufre más por el estigma que lleva el trastorno, que por los síntomas en sí.

La etiqueta de “loco”, “irracional” o “no funcional” son posibles características que podrán atravesar al sujeto, a partir del diagnóstico.

4.2: El polo “positivo”

Como mencione anteriormente, la enfermedad mental presenta en su concepción social una polaridad, como dice Hacking (1998), en donde se distinguen diferentes formas de ver la enfermedad. En el caso del trastorno bipolar, podría distinguir dos polos opuestos; el polo negativo, explicado anteriormente y un polo “positivo” que implica una cierta apología a la enfermedad.

Para Hacking (1998), las posibles virtudes que posea la enfermedad que se diagnostique, dependerá, claramente, de lo que cada sociedad considere como virtud.

En la reseña de los antecedentes del trastorno bipolar que mencioné, se puede ver que uno de los factores más importantes para que las emociones tengan un papel significativo en la salud mental fue el surgimiento del romanticismo (S. XIX). A partir de este movimiento cultural y artístico, las emociones tienen otra importancia socialmente. Podría decirse que el trastorno bipolar está vinculado desde sus antecedentes con el arte.

Martin (2009) expone que el término “bipolar” ha generado una especie de fascinación en los últimos años, al menos en la sociedad norteamericana.

La autora afirma que desde la década de 1990, este trastorno ha generado grandes repercusiones socialmente. Los medios de comunicación norteamericanos han sido, según la autora, invadidos por esta enfermedad. Diferentes programas de televisión, películas, libros o sitios web mantienen al trastorno bipolar de moda, haciéndose una de las enfermedades más populares de los últimos tiempos.

Martin (2009) explica que se puede ver con frecuencia en diferentes sitios web, listas de personas que son reconocidas mundialmente por su arte y poseen el diagnóstico de trastorno bipolar. Expone que estas listas tienen que ver con un vínculo aparente entre la bipolaridad y la creatividad de los artistas.

Lo que plantea la autora puede verse claramente, en diferentes sitios web en donde el trastorno bipolar es denominado como “la enfermedad de los genios”.

Parece coherente que la bipolaridad, vinculada íntimamente con las emociones del sujeto, pueda relacionarse con el arte, en donde las emociones tienen un papel principal.

En este caso, la enfermedad parece tener su lado “positivo”, el sujeto, al tener el mismo diagnóstico que un “genio”, puede identificarse con el mismo. Un artista, aparenta ser una persona exitosa, lo que permite al sujeto pensar que él también puede serlo.

Martin (2009) dice que aquellos artistas del pasado, que se dice que vivían con la enfermedad maníaco depresivo, ayudan a reducir el estigma que trae consigo este trastorno.

Un artículo de la revista argentina La Nación (2007), publicado por Paula Halperin, que se titula “la enfermedad de los genios”, dice lo siguiente:

Que tuvieron en común Edgar Allan Poe, Miguel Angel, Virginia Wolf, Piotr Tchaikovsky, Cary Grant y Vincent Van Gogh? Su talento, es cierto. Sin embargo, cada uno de estos genios sufría una alteración que obraba como disparador de su creatividad, y quizá nunca lo supieron: el trastorno bipolar, más conocido como enfermedad maníaco-depresiva. Se dice que el famoso cuadro de Edvard Munch El grito podría haber estado inspirado en una de las cíclicas crisis del atormentado pintor. (párr. 2)

Es interesante la forma en que se juntan varios artistas reconocidos mundialmente para destacar su talento, pero también su posible trastorno bipolar. Aquí se puede ver claramente, la vinculación de lo creativo con la enfermedad. La bipolaridad como disparador de lo creativo, vinculada al arte, genera en este caso, nuevas características que atraviesan al sujeto. El sujeto podrá sentirse identificado con personas exitosas, lo que permite pensar que la bipolaridad puede ser un disparador para el éxito.

Martin (2009) explica que en grupos de apoyo en los que trabajaba, se mencionaba con frecuencia aquellas celebridades que fueron diagnosticadas con trastorno bipolar.

En una sociedad como la norteamericana, en donde el éxito es tan importante, que se conciba a la bipolaridad como un impulso a la creatividad, y no solo como algo que limita la funcionalidad del sujeto, puede hacer que el sujeto encare diferente su enfermedad. Por eso no es extraño que se distinga, al menos en esta sociedad en la que trabaja Martin, cierta apología a la bipolaridad.

Sin embargo, esta apología no puede verse siempre, ya que en un contexto social como el de Princeton, como expuse anteriormente con el ejemplo de la autora, una persona diagnosticada con trastorno bipolar no sería funcional.

En esto puede verse claramente la polaridad cultural que menciona Hacking, o lo que menciona Foucault (1961) y Martin (2009) sobre la enfermedad entre lo divino y demoníaco. La bipolaridad tiene un polo que tiende a lo virtuoso, relacionado con el arte y otro más relacionado con el estigma de la enfermedad mental. Esto, reitero, dependerá de la sociedad en que la enfermedad se encuentre.

La bipolaridad es un diagnóstico que ya de por sí, se constituye por dos polos. El polo depresivo, y el polo maníaco.

Esto implica que la ambivalencia que este diagnóstico presenta no sea solo por la posible concepción social de la misma. No será la misma la forma en que el sujeto se vea a sí mismo en un episodio depresivo, que en un episodio maníaco. Porque no será la misma concepción que la sociedad tenga de un sujeto que se encuentra triste, a la de un sujeto que se encuentra feliz.

Martin (2009) pone énfasis en la idea de que la manía, es vista como algo positivo en la sociedad norteamericana. Incluso pone como ejemplo varios términos frecuentes en los que se usa la palabra manía, de manera popular. Para la autora, esta palabra puede verse en la cotidianeidad como un deseo intenso de la gente, una actividad apasionante que las personas buscan realizar

En el listado de síntomas que suele hacerse con respecto a la manía, puede verse que uno de los principales consiste en la compra compulsiva e innecesaria de objetos varios que realiza el sujeto. ¿Es de extrañar que la manía sea un gran aliado del sistema capitalista? ¿No es acaso conveniente la manía para la sociedad norteamericana?

Martin (2009) reflexiona: How do people who have the diagnosis of manic depression feel about the manias they experience, in a cultural context in which mania is celebrated in the media?²⁴ (p. 208)

La manía, como la sensación de un estado de ánimo exacerbado, lleno de energía y excitación, puede verse como un aspecto positivo en el sujeto. La sensación de felicidad, que puede tener un sujeto ante el episodio maníaco, puede hacer que el mismo considere este aspecto de la enfermedad como positivo.

Martin cita un ejemplo que trae de los grupos de apoyo en California donde Mike, uno de sus integrantes, habla sobre la manía:

²⁴ ¿Cómo se sienten las personas que tienen el diagnóstico de depresión maníaca sobre las manías que experimentan, en un contexto cultural en el que la manía se celebra en los medios de comunicación? (Traducción propia)

Everyone always talks about the bad side of the illness, but now I am experiencing hypomania and it is good, I feel just incredibly good.

When I worked at a luxury hotel on the coast, I remember, I was in a charge, ordering "hot and cold running" limousines. A concierge, a Japanese American guy, said, "You know, you really have a gift". I feel it really, is a gift, it is productive. I have a shrink who doesn't automatically get out the prescription pad, and that's good.²⁵ (Martín, 2007, p. 208)

Nótese, en este fragmento, la idea de la manía como un don que hace que el sujeto sea muy productivo.

En la sociedad, al menos en la norteamericana, un sujeto maniaco, el cual parece tener siempre energía de manera exacerbada, puede resultar productivo, funcional, acorde al sistema de dicha sociedad. La felicidad parece estar asociada a que tan productivo pueda ser el sujeto, mientras más energía posea para ser funcional al mercado, más feliz puede ser.

Si una sociedad, mediante sus medios de comunicación, plantea la manía como algo "positivo", una persona diagnosticada con trastorno bipolar, cuando se encuentra en un episodio maniaco, puede que no sienta a la misma como una "enfermedad".

Pero cuando el otro polo de la enfermedad, la depresión, se presenta en el sujeto, entonces el mismo podría dejar de ser funcional. Sin embargo, de todos modos podría pensarse que incluso en el polo depresivo el sujeto, si bien puede verse como no productivo, podría ser funcional. Funcional porque cuando la persona se encuentra en un episodio depresivo, es cuando más solicita ayuda, y cuando más demanda la medicación. Por ende, para la industria farmacológica, podría pensarse como funcional.

Capítulo 5. Consideraciones finales:

Cuando comencé a pensar sobre el tema de esta monografía, si bien tenía claro lo que pretendía trabajar, surgieron muchas más interrogantes que certezas.

Actualmente, realizando las consideraciones finales de este trabajo, las interrogantes afortunadamente, siguen siendo mayoría. Lo que cambió, a partir de este proceso, es la forma de estas interrogantes, ya que las mismas se fueron construyendo, a partir de nuevas

²⁵ Todo el mundo siempre habla del lado malo de la enfermedad, pero ahora estoy experimentando hipomanía y es bueno, me siento increíblemente bueno. (Traducción propia)
Cuando trabajé en un hotel de lujo en la costa, recuerdo, estaba en un cargo, ordenando "limusinas de funcionamiento" corriendo y caliente. Un conserje, un tipo japonés americano, dijo, "usted sabe, usted tiene realmente un regalo". Lo siento realmente, es un regalo, es productivo. Tengo un psiquiatra que no sale automáticamente de la libreta de medicamentos, y eso es bueno. (Traducción propia)

lecturas, de analizar diferentes discursos, de nuevos vínculos que favorecieron la visión crítica del tema.

Durante la realización de este trabajo, fueron surgiendo nuevas ideas, palabras, discursos que no esperaba, como también algunos que confirmaban mis ideas previas sobre el tema. En ocasiones, fueron muy significativas algunas palabras que surgieron en el trabajo, como el caso de “atravesar”. Esta palabra, que surge a partir de la definición que Bleichmar (2004) realiza sobre subjetividad, da cuenta en gran parte de lo que intento fundamentar en este trabajo. Atravesar, como algo que se encuentra afuera, entra y luego vuelve a salir. La subjetividad, como plantea Bleichmar, como un conjunto de categorías pertenecientes a una sociedad que atraviesan al sujeto, La interiorización de dichas categorías en el sujeto, determinan la forma en que el mismo habite en la sociedad. Entonces se puede pensar al diagnóstico como una categoría que viene desde el exterior y se interioriza en el sujeto, para luego volver a salir hacia el exterior, ya que el sujeto tendrá un movimiento en la subjetividad a partir del diagnóstico, y su forma de relacionarse con la sociedad se verá determinada con el mismo.

Martin (2009) lo explica claramente a partir de esta comparación:

When a judge of the appropriate kind says the words, “I now pronounce you man and wife”, come into being. Because the rounds physicians are by definition the ones with the knowledge and authority to diagnosis mental illness, their words- Mr. Burton has bipolar disorder- performatively bring about a new subject position for him: he becomes a person living under the description of bipolar disorder.²⁶ (p. 131).

El saber psiquiátrico, como eje de poder, introduce en el sujeto el diagnóstico, le otorga una nueva categoría, que lo convierte en “enfermo mental”, que modifica su forma de existir en sociedad.

Es por esto que también destaco la idea de Rosemberg (2002) sobre el diagnóstico como un ritual ya que una vez que el sujeto pasa por el acto diagnóstico, se produce una transformación y el sujeto no vuelve a ser el mismo. Resulta interesante el hecho de que el autor compare el diagnóstico (producido por el saber científico) con un acto ritual, que está relacionado con lo religioso, lo ceremonial. Quizás es porque como dijo Van Gennep (2008), no es tan clara la separación entre lo laico y lo religioso en la sociedad moderna.

²⁶ Cuando un juez de la clase apropiada dice las palabras, "Ahora te declaro hombre y mujer", vienen a ser. Debido a que los médicos de rondas son, por definición, los que tienen el conocimiento y la autoridad para diagnosticar la enfermedad mental, sus palabras -el Sr. Burton tiene trastorno bipolar- producen performativamente una nueva posición de sujeto para él: se convierte en una persona que vive bajo la descripción del trastorno bipolar.

Lo que destaco de esta idea del diagnóstico como ritual, es que el mismo tiene gran valor simbólico para el sujeto. Un diagnóstico de trastorno bipolar no es simplemente un acto médico que permita una terapéutica específica, sino que será una nueva forma de existir para el sujeto en sociedad, un cambio en su identidad. Como dice Martin (2009), el sujeto pasará a ser una persona que vive bajo el diagnóstico de trastorno bipolar.

Mi idea previa a realizar esta monografía era que un diagnóstico de enfermedad mental, repercute de gran manera sobre la subjetividad de la persona diagnosticada, lo que este trabajo me permite afirmar actualmente. Sin embargo, mis ideas sobre la forma en que puede repercutir este diagnóstico han variado a lo largo de este proceso.

En principio, pensé que las repercusiones del diagnóstico iban a estar solo relacionadas con aspectos negativos, como el estigma, la reducción de la identidad de la persona a un diagnóstico de enfermedad mental, entre otros aspectos. Descubrí que no todas las repercusiones pueden ser percibidas como negativas. Por ejemplo, en sociedades como la norteamericana, se distingue cierta apología al trastorno bipolar, relacionando dicho diagnóstico con el arte y la creatividad, o la manía con el éxito (Martín 2009). Esto tampoco quiere decir que dicho diagnóstico no tenga aspectos que pueden ser percibidos como negativos en esta sociedad, pero estos no son los únicos.

Lo que plantean Hacking (1998), Martin (2009) y Foucault (1961), es que existe una dualidad en la forma de percibir la enfermedad mental dentro de una misma sociedad. La enfermedad puede ser vista como algo vinculado a la divinidad y el virtuosismo o puede tender a lo criminal o demoníaco. Esta dualidad puede verse claramente en el diagnóstico del trastorno bipolar y la sociedad actual.

El virtuosismo o lo divino se puede distinguir claramente en la idea de que la creatividad de algunos artistas que son mundialmente reconocidos, se debe a que aparentemente fueron diagnosticados con trastorno bipolar. El arte y el trastorno bipolar, están relacionados desde sus comienzos, ya que como mencionaba en este trabajo, las emociones empezaron tener un papel importante en la medicina, tras el surgimiento del romanticismo. Otra de las formas en que se puede ver la bipolaridad en relación a lo virtuoso o divino, es en la relación que la manía puede tener con la productividad o funcionalidad de un sujeto. En un fragmento del discurso que Emily Martin (2009) traía de Mike, una persona que vive bajo el diagnóstico de trastorno bipolar, se puede ver como el mismo percibe la manía como un don. Este don le permite ser funcional, rápido, productivo para una sociedad que entiende que mientras funcional sea el sujeto, más puede consumir, y por ende, más feliz puede ser.

Al parecer, la manía no sería un problema para la sociedad, al menos no lo es si la misma se destina al consumo irracional, o proporciona la energía necesaria para la producción de

capital. La manía y el consumo, como afirma Martin (2009) se encuentran fuertemente vinculadas.

Entonces ¿es de extrañar que una sociedad como la de Estados Unidos proponga cierta apología a este diagnóstico? Me atrevo a decir que no, porque la manía es productiva para el sistema capitalista, siempre y cuando el “maníaco” se encuentre bajo control, categorizado y no distorsione el orden. En el caso de que la manía distorsione el orden, entonces el sujeto será medicado, encerrado, categorizado, estigmatizado.

Pero justamente la bipolaridad como lo dice su nombre, consta de dos polos. ¿Qué sucede con el polo depresivo? En primera instancia consideré que en ese caso, el sujeto no era funcional al sistema, pero luego distinguí que sí.

Alejandro Dolina (2003) dice que: “Los vendedores de elixir nos convidan todos los días a olvidar las penas y mantener jubiloso el ánimo. El Pensamiento Oficial del Mundo ha decidido que una persona alegre es preferible a una triste”. (p. 19)

Por esto, cuando un sujeto se encuentra en un “episodio de depresión”, en un mundo donde no hay tiempo para estar triste, puede buscar evitar sentir esa tristeza, ese malestar. Gran parte de las personas que viven bajo el diagnóstico, utilizan como terapéutica los psicofármacos. Por lo tanto, una persona depresiva, que consume psicofármacos, es una persona funcional al sistema, aportando en ese caso al capital de la industria farmacéutica.

Aunque no todas las repercusiones parecen ser vistas como negativas para el sujeto, hay varias que sí pueden percibirse como tal, las cuales pude reafirmar y fundamentar a través de diferentes lecturas y discursos de personas que viven bajo el diagnóstico.

El estigma y autoestigma que genera la enfermedad mental puede distinguirse claramente en las personas que poseen el diagnóstico de trastorno bipolar. En ocasiones se pudo ver como las personas llevan su diagnóstico con vergüenza, como es el caso de la propia Martin (2009) quien relata que oculta su diagnóstico en su lugar de trabajo (Universidad de Princeton) por miedo de ser catalogada como no funcional, o como irracional.

Me he preguntado, más de una vez, cuál es la necesidad de la psiquiatría de realizar diagnósticos.

La única respuesta que siempre encuentro es que es una de las tantas formas que los ejes de poder tienen para ejercer poder, categorizar, encasillar, medicalizar, estigmatizar y controlar. Las diferencias, deben poder ser introducidas en categorías de una sociedad, como el caso de las enfermedades mentales. Y quien se resista al diagnóstico, como expone Martin (2009), será catalogado igualmente como enfermo por no aceptar la categoría otorgada. Por lo tanto, el sujeto no tiene otra opción que ser enfermo mental. Si bien el estigma puede entenderse como un malentendido que ocurre en la sociedad sobre

la enfermedad en cuestión, pienso que en esta sociedad, discriminar las diferencias, estigmatizarlas, permite el control de las mismas.

Estas categorías que permiten el control, como el diagnóstico de trastorno bipolar, pueden provocar una simplificación del sujeto, como pudo verse en el breve pero impactante relato de Grener (1994), que si bien su diagnóstico era otro, se describe, de una forma casi poética, a si mismo como un desequilibrio químico. Lo mismo ocurre con Martin (2009) cuando dice que sus problemas no son totalmente su responsabilidad, sino que son producto de un déficit en sus neurotransmisores.

Más impactante me resultó aún leer la parte del discurso de Grener (1994), en donde afirma que su diagnóstico lo ha exiliado de sí mismo.

¿Cómo es posible que una disciplina como la psiquiatría, destinada al sujeto, pueda exiliarlo de sí mismo? ¿Cómo algo tan propio como las emociones, puede convertirse en algo tan ajeno al sujeto?

Considero que uno de los mayores “riesgos” en psiquiatría, es no recordar que los sujetos no son un conjunto de síntomas que logran un diagnóstico, son personas padeciendo. Los sujetos no son “bipolares”, son personas con nombres propios.

Cuando alguien es diagnosticado con trastorno bipolar, pienso que debería tener un espacio para poder hablar al respecto, en donde se realice un seguimiento de su situación, de la manera en que encara esta nueva categoría que le fue otorgada.

Finalizo este trabajo esperando que sea solo el comienzo de la construcción de estas interrogantes, y plasmando una de las pocas certezas que deseo me acompañe siempre en esta profesión: Las personas no somos un montón de síntomas, somos un montón de historia.

Referencias Bibliográficas:

- Barrett, J., Jenkins, J. (2004) Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The edge of experience. New York: Cambridge University Press.
- Berrios, G. (2008). Historia de los Trastornos Mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México, D.F. Fondo de Cultura Económica Carretera Picacho-Ajusco.
- Berrios, G. (2011). Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría. 1ª ed. Buenos Aires: Polemos.
- Biehl, J., Good, B., Kleinman A. (2007). Subjectivity: ethnographic investigations. Berkeley: University of California Press.
- Bleichmar S. (2004). Límites y excesos del concepto de subjetividad en Psicoanálisis. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/l%C3%ADmites-y-excesos-del-concepto-de-subjetividad-en-psicoan%C3%A1lisis>
- Bleichmar, S. (2009). El estallido del Yo, desmantelamiento de la subjetividad. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/estallido-del-yo-desmantelamiento-de-la-subjetividad>
- Dolina, A. (2003). El fantasma. Buenos Aires: Editorial Plantea.
- Dumit, J. (2003). Is It Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts. Journal of Medical Humanities, Vol. 24, Nos. ½. Recuperado de: <http://www.critpsynet.freeuk.com/>
- Fundación Cazabajones. Extraído de: <http://www.fundacioncazabajones.org/>
- Foucault, F. (1961). Enfermedad Mental y Personalidad. Buenos: Aires Paidós, 2014. .
- Gutierrez Rojas, L. (2013). Conoce la enfermedad mental: Trastorno bipolar. YouTube. Canal 1decada4 (estrategia andaluza contra el estigma en enfermedad mental. {Archivo de video}. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=8ygvf_3WdPI&t=28s
- Hacking, I (1995). Rewriting the Soul: multiple personality and the sciences of memories. New Jersey: Princeton University Press.

- Hacking, I (1998). *Mad travelers, Reflections on the Reality of Transient Mental Illness*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Halperin, P. (2007, 21 de Enero). La enfermedad de los genios. *La nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/>
- Martin, E. (2009). *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. New Jersey: Published by Princeton University Press.
- Martín Rodríguez, J.F., Cardoso-Pereira, N., Bonifácio, V. y Barroso Martín, J.M. (2004). La Década del Cerebro (1990-2000): algunas aportaciones. *Revista española de neuropsicología*, 6 (3-4), 131-170. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2011700.pdf>
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española (23.a ed.)*. Url: <http://dle.rae.es>.
- Rizzotto Carla. (2008, Noviembre). El triunfo del Litio. *Revista Paula.*, 228. Recuperado de: <http://edicionesanteriores.paula.com.uy/>
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–260. <http://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>
- Rusch, N., Angermeyer, M., Corrigan, P. (2006). “El estigma de la enfermedad Mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo” *European Psychiatry* (Ed Esp). 13: 165-176.
- Van Gennepe, A. (2008). *Los Ritos de Paso*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.