



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

MONOGRAFÍA

**"Identidad en Tensión: La Bipolaridad y el Desafío de Construirse tras el
Diagnóstico"**

Tutora: Asis. Mag. María Victoria Areosa

Estudiante: Fiorella D'Amato

CI.:4.235.861-5

Revisora: Asist. Mag. Adriana Alonso

Resumen.....	3
Introducción.....	3
Capítulo 1. De la locura a la bipolaridad: evolución histórica del concepto.....	5
Capítulo 2. Diagnóstico y subjetividad: efectos subjetivos, sociales y culturales del Trastorno Bipolar.....	8
Capítulo 3. Tratamientos y abordajes en disputa.....	11
Capítulo 4. Representaciones culturales y mediáticas de la bipolaridad.....	17
4.1. El polo negativo: estigmatización y violencia simbólica.....	17
4.2. El polo positivo: romanticismo, genio y sufrimiento.....	18
Capítulo 5. Consideraciones finales.....	20
Referencias.....	21

Resumen

Este trabajo final de grado aborda críticamente el diagnóstico de Trastorno Bipolar (TB) y sus efectos sobre la subjetividad, la identidad y la vida cotidiana de las personas que lo reciben. Desde un enfoque interdisciplinario, se exploran las transformaciones históricas del concepto de bipolaridad, los efectos personales, sociales y culturales del diagnóstico, los tratamientos en disputa y las representaciones mediáticas y culturales del trastorno.

A lo largo del análisis se problematiza el lugar central que ocupa el modelo biomédico en la definición del TB y se visibilizan sus efectos performativos y estigmatizantes. Se concluye que el diagnóstico no es una mera herramienta técnica, sino un acto con implicancias simbólicas, sociales y políticas, que transforma profundamente la forma en que los sujetos se narran y son narrados por otros.

Palabras claves: Trastorno bipolar, subjetividad, diagnóstico.

Introducción

La siguiente monografía se realiza en el contexto de mi Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (Udelar). Mi interés en el tema surge de una experiencia personal que me llevó a reflexionar sobre este diagnóstico psiquiátrico. Comencé a investigar y a explorar los alcances y pronósticos relacionados con el diagnóstico de bipolaridad en la actualidad, quise indagar si existe una relación con la sociedad actual o si este fenómeno tiene raíces más antiguas. Igualmente, me interesó conocer cómo se denominaba anteriormente el trastorno bipolar, cómo se trataba en el pasado y si se puede considerar un trastorno propio de nuestra época. Asimismo, la distinción entre malestar y enfermedad permite visibilizar las repercusiones sociales que implica la nominación diagnóstica. El proceso de etiquetamiento que conlleva la enfermedad asigna un lugar específico dentro del entramado social, desvinculando el padecimiento de los procesos históricos, contextuales o relacionales que le dieron origen (Augsburger, 1992).

A lo largo de este análisis, se exploraron diferentes enfoques que ilustran cómo el diagnóstico cambió desde la antigüedad hasta la actualidad. Para conocer y comprender el diagnóstico de Trastorno Bipolar, abordé las distintas concepciones en torno a la depresión y la manía desde una perspectiva histórica.

A lo largo del tiempo, las experiencias que hoy se agrupan bajo esta etiqueta han sido interpretadas desde marcos muy diversos, que van desde explicaciones sobrenaturales hasta enfoques neurobiológicos. Lejos de constituirse como una evolución lineal y puramente médica, la historia del TB se despliega en un entramado de saberes que incluye discursos religiosos, filosóficos, científicos y normativos. Como señala Foucault (1961), los modos en que las sociedades han definido y gestionado la locura reflejan los dispositivos de control, exclusión y cuidado que han articulado en cada época.

Este trabajo se propone abordar el diagnóstico del Trastorno Bipolar desde una mirada crítica y compleja, explorando su genealogía conceptual, sus efectos subjetivos y sociales, así como las disputas que atraviesan su tratamiento. En primer lugar, se analizó cómo se han configurado históricamente las nociones de manía y melancolía, desde los saberes hipocráticos hasta los sistemas contemporáneos de clasificación diagnóstica, como el DSM. Autores como Berrios (2008) y Hernández Monsalve (2008) permiten rastrear la progresiva sistematización de estos cuadros, evidenciando que lo que hoy llamamos "trastorno bipolar" ha sido pensado y nombrado de múltiples formas a lo largo del tiempo.

En segundo lugar, se indagó en los efectos subjetivos, vinculares y sociales que produce el diagnóstico. Desde una perspectiva crítica, el acto de nominar a alguien como "bipolar" no solo organiza un tratamiento, sino que transforma su identidad y su modo de ser en el mundo. En este sentido, autores como Rosenberg (2002), Dumit (2003) y Hacking (1995) advierten sobre el carácter performativo y autorreforzante de las categorías diagnósticas, mientras que Goffman (1963) y Puigdevall (2021) profundizan en los efectos del estigma y la cristalización de ciertas narrativas identitarias.

Finalmente, se problematizan los abordajes terapéuticos disponibles para el TB, atravesados por tensiones entre modelos biomédicos y enfoques subjetivantes. La hegemonía de la farmacología convive con la necesidad de intervenciones integrales que reconozcan la dimensión existencial del padecimiento. En esta línea, autores como Basaglia (1981), Rolnik (2012) y Miklowitz (2010) plantean la urgencia de dispositivos clínicos que integren medicación, palabra, deseo y contexto social, a fin de evitar la cronificación del sufrimiento y la reducción del sujeto a su diagnóstico.

1. De la locura a la bipolaridad: evolución histórica del concepto

Para comprender de qué modo el diagnóstico del trastorno bipolar se ha ido conformando y delimitando, se realizó una búsqueda bibliográfica, sobre la conceptualización de aquellas experiencias que han sido categorizadas como manía y melancolía a lo largo del tiempo. Desde una perspectiva genealógica se establece que participan en la elaboración de los diagnósticos un conjunto de saberes. Esta evolución no ha sido exclusivamente médica, sino que se ha comprendido discursos filosóficos, religiosos, científicos y culturales en torno al sufrimiento psíquico. Como sostiene Foucault (1961), la historia de la locura refleja los modos en que una sociedad define sus normas, sus desviaciones y los dispositivos de control y cuidado que construye en consecuencia.

En los albores de la civilización occidental, las perturbaciones mentales eran comprendidas desde una lógica sobrenatural, asociadas muchas veces a posesiones demoníacas o castigos divinos. En las civilizaciones mesopotámica y egipcia, los comportamientos excéntricos o desconectados de la realidad eran tratados por sacerdotes mediante rituales espirituales, más que por prácticas médicas (Porter, 2003). No obstante, en la Antigua Grecia comienza a delinearse una interpretación naturalista del malestar psíquico. Hipócrates (siglo V a. C.) fue un pionero en este cambio de paradigma, al proponer que luego se conocería como enfermedades mentales no eran producto de fuerzas sobrenaturales, sino de desequilibrios fisiológicos internos. Así, la teoría de los cuatro humores —sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra— introdujo una visión somática y temperamental del comportamiento humano, donde la melancolía (de *melaina chole*, bilis negra) era considerada la causa principal de la tristeza profunda (Hernández Monsalve, 2008). Areteo de Capadocia, en el siglo II d. C., continuó esta línea al vincular la manía y la melancolía como manifestaciones diferentes de una misma enfermedad, reconociendo que algunos enfermos alternaban entre fases de exaltación y depresión. Esta perspectiva prefigura lo que, siglos más tarde, se conceptualizaría como trastorno bipolar (Berrios, 2008).

Durante la Edad Media, el saber médico retrocedió ante el dominio teológico. El sufrimiento mental fue reintegrado al discurso moral, interpretado como pecado, brujería o posesión. Las instituciones de encierro —antecedentes de los hospitales psiquiátricos— no eran espacios de tratamiento, sino de segregación. Foucault (1961) destaca cómo el gran encierro del siglo XVII marcó un punto de inflexión en la forma de gestionar la locura, consolidando una lógica de exclusión social más que de comprensión clínica. En el siglo XVIII, con la Ilustración y la emergencia de la razón

como nuevo fundamento del conocimiento, resurge el interés médico por comprender y clasificar la locura. Philippe Pinel y Jean-Étienne Esquirol fueron figuras clave en esta etapa. Médicos especializados en la atención de personas consideradas *alienadas*. Pinel consideraba posible la recuperación de los alienados a partir del "tratamiento moral", creía que se podía curar a los enfermos mentales con palabras de estímulo. Las ideas de los alienistas Pinel y Esquirol originaron la legislación psiquiátrica francesa del año 1838, que determinó que los hospitales fueran los instrumentos de curación para los enfermos mentales y extiende la reforma de París a toda Francia (Martinez, 2017). Pinel, al liberar a los enfermos mentales de sus cadenas en el hospital de La Salpêtrière, simbolizó el inicio de una psiquiatría más humanista, aunque todavía limitada por las categorías morales de la época (Volta, Erbetta & Zanassi, 2014).

En el siglo XIX, el avance de la medicina como ciencia permitió una sistematización más precisa de los cuadros clínicos. Falret propuso en 1851 el concepto de *folie circulaire* (locura circular), para describir la sucesión de fases maníacas y depresivas con períodos de normalidad. Unos años antes, Baillarger había planteado la idea de *folie à double forme* (locura de doble forma), subrayando la coexistencia de dos polos sintomáticos en un mismo trastorno (Hernández Monsalve, 2008). Estas concepciones reflejan un intento de pensar lo afectivo desde una lógica cíclica y unitaria, anticipando el enfoque moderno. Fue Emil Kraepelin, quien en 1899 propuso una clasificación sistemática y nosológica de las enfermedades mentales. En su modelo, la *psicosis maniaco-depresiva* se definía como un trastorno episódico, caracterizado por fases alternadas de manía, depresión y períodos intercríticos. Kraepelin se alejó de las explicaciones morales o metafísicas, centrando su modelo en la observación clínica longitudinal, lo que sentó las bases del diagnóstico psiquiátrico contemporáneo (Berrios, 2008).

Con el desarrollo de los sistemas internacionales de clasificación, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), la psiquiatría adquirió un carácter normativo y global. En el DSM-I y el DSM-II, se mantenía aún la denominación de "psicosis maniaco-depresiva", pero a partir del DSM-III, la categoría fue renombrada como "trastorno bipolar", marcando un giro hacia una perspectiva categorial y biomédica más definida (Del Barrio, 2009). Este cambio implicó no sólo una nueva nomenclatura, sino también una redefinición de los criterios diagnósticos, más ajustados a la observación de síntomas y a su duración. El DSM-5, publicado en 2013, incluye dentro de la categoría "trastornos del espectro bipolar y relacionados" diferentes subtipos, como el trastorno bipolar I,

bipolar II, y el ciclotímico, e introduce especificadores como “con síntomas mixtos” o “con síntomas ansiosos”, con el fin de captar mejor la complejidad clínica (APA, 2013).

A pesar de los avances en la sistematización diagnóstica, el trastorno bipolar sigue siendo objeto de controversias. Por un lado, existe una tendencia creciente a la medicalización de las emociones, en especial en poblaciones vulnerables como niños, adolescentes o personas en contextos de sufrimiento social. Muñoz y Jaramillo (2015) advierten sobre el riesgo de sobrediagnóstico, especialmente tras la inclusión del “trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo” en el DSM-5, lo que podría contribuir a nuevas formas de etiquetamiento precoz.

Por otro lado, la ausencia de marcadores biológicos claros y replicables genera incertidumbre sobre la base empírica del diagnóstico. Echeburúa, Salaberría y Cruz (2014) subrayan que muchos cuadros clínicos actuales se expresan como malestares existenciales o sufrimientos del vínculo, que difícilmente encajan en las clasificaciones categoriales. La patologización de respuestas emocionales normales o situacionales puede conducir a tratamientos innecesarios y a la cronificación de la identidad del paciente como enfermo. Es el propio paciente quien carga con el peso del estigma, al ser excluido de su grupo de pertenencia. Esta exclusión afecta profundamente su red de vínculos sociales, llevándolo progresivamente al aislamiento. De este modo, al sufrimiento generado por el trastorno mental se le suma la experiencia de marginación, lo que impacta de manera significativa en su autoestima ya fragilizada (Castro, 2005).

Goffman (1963) definió el estigma personal negativo como aquel atributo que diferencia a una persona del resto, colocándola en una categoría social inferior. De esta manera, amplió el concepto de estigmatización para incluir cualquier característica o comportamiento considerado socialmente inaceptable o inferior. Este proceso genera, de forma casi inevitable, sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo en la persona estigmatizada.

En este sentido, es importante mantener una mirada crítica y compleja del diagnóstico psiquiátrico. Como plantea Horwitz (2002), los trastornos mentales no solo responden a criterios clínicos, sino también a construcciones culturales y a intereses institucionales. La historia del trastorno bipolar es, entonces, también la historia de cómo una sociedad define la normalidad, la diferencia y el sufrimiento.

2. Diagnóstico y subjetividad: efectos subjetivos, sociales y culturales del Trastorno Bipolar

Según el DSM-5 (2014), los trastornos mentales deben comprenderse en relación con los valores y normas culturales, sociales y familiares, ya que la cultura influye en la percepción y expresión de los síntomas y en la adaptación del individuo a su entorno. De acuerdo con Sarason y Sarason (2006), los trastornos del estado de ánimo son frecuentes y se dividen, de manera general, en dos grandes categorías: la depresión y la manía. La primera se caracteriza por sentimientos de tristeza y melancolía, mientras que la segunda se manifiesta a través de euforia y un exceso de energía. Cuando ambos estados se presentan de forma alternada, se habla de trastornos bipolares. Entre los principales tipos de trastornos del estado de ánimo se destacan los trastornos depresivos y los bipolares, los cuales implican una alteración del estado emocional que no se atribuye a una causa física o a otro trastorno mental. No obstante, en la práctica resulta complejo establecer un diagnóstico preciso —como diferenciar entre depresión unipolar, trastorno bipolar u otros cuadros— debido a la frecuente superposición de síntomas (comorbilidad).

Los criterios actuales del trastorno bipolar le corresponden a una actualización del antiguo diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva descrito por el Manual de Psiquiatría DSM5 diferenciándose de éste, en que ya no se requiere la presencia de psicosis ni de episodios depresivos mayores para su diagnóstico. El trastorno bipolar II se caracteriza por la presencia, al menos una vez en la vida, de un episodio depresivo mayor y otro hipomaníaco (DSM-5, 2014). En cambio, para diagnosticar el trastorno bipolar I es necesario que la persona haya presentado al menos un episodio maníaco, definido por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, acompañado de un aumento significativo de energía o actividad durante un mínimo de una semana. Este cuadro no debe explicarse por el consumo de sustancias ni por otra condición médica. Si el episodio maníaco se desencadena por un tratamiento antidepresivo pero persiste más allá de sus efectos, también se considera válido para el diagnóstico (DSM-5, 2013). Tanto el trastorno bipolar I como el II comprenden tres tipos de episodios: maníaco, hipomaníaco y depresivo mayor. Según el DSM-5 (2014) deben observarse al menos tres síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), como autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, pensamientos acelerados, distracción, aumento de actividades dirigidas a metas o participación en conductas riesgosas.

El episodio hipomaniaco comparte las mismas características, aunque con menor intensidad y una duración mínima de cuatro días consecutivos (DSM-5, 2014).

Finalmente, el episodio depresivo mayor se define por la presencia de al menos cinco síntomas durante un período mínimo de dos semanas, representando un cambio significativo respecto al funcionamiento previo. Uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer. Entre los síntomas se incluyen tristeza persistente, anhedonia, alteraciones del peso o del apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, e ideación suicida (DSM-5, 2014).

En el modelo cognitivo propuesto por Beck (Scott, 2001), se conceptualizaba la manía como un reverso de la depresión, estructurando una tríada cognitiva en espejo, en la que los pensamientos negativos característicos de los estados depresivos se convertían en la manía, generando una cognición marcadamente positiva y una autopercepción grandiosa. No obstante, investigaciones posteriores que comparan pacientes con individuos sin diagnóstico revelan niveles significativamente más altos de fragilidad yoica en los primeros, así como una marcada necesidad de contención y validación externa. Esto permite articular dicha perspectiva con hipótesis de corte psicodinámico, que conciben los estados maníacos o hipomaniacos como defensas frente a sentimientos de fragilidad del yo o frente a tendencias depresivas subyacentes (Alloy et al., 1999).

Desde una perspectiva crítica, es necesario preguntarse: ¿qué implica para una persona ser nombrada como “bipolar”? ¿Qué transformaciones subjetivas, vinculares y sociales se ponen en juego a partir de ese acto?

Rosenberg (2002), conceptualiza el diagnóstico como un “ritual de revelación”, en el que el saber médico produce un acto de nominación. Este acto transforma al sujeto: ya no es simplemente alguien que sufre, sino alguien que es diagnosticado, es decir, alguien que pasa a formar parte de una categoría médica. Berrios (2008), subraya que los trastornos mentales no deben ser entendidos como entidades biológicas estables, sino como construcciones históricas que reflejan los valores y supuestos de una época.

Desde esta perspectiva, el diagnóstico deja de ser una descripción objetiva de síntomas para convertirse en un operador subjetivante. Dumit (2003), muestra cómo las personas internalizan los discursos biomédicos y comienzan a verse a sí mismas como “cerebros químicos”, atrapadas en un sistema de autorregulación farmacológica. Esta mirada es retomada por Emily Martin (2007), quien sostiene que los pacientes con diagnóstico de

TB desarrollan una “narrativa neuroquímica” de su identidad, estructurada en torno a la regulación farmacológica del estado de ánimo.

Entendiendo subjetividad según Bleichmar (2004), como un sujeto atravesado por las categorías que posibilitan ordenamiento espacio temporal del mundo, y volcado a una intencionalidad exterior, referido categorías sociales, vertido en el interior del sujeto. La subjetividad, se relaciona con aquellas categorías que atraviesan al sujeto, dependiendo del momento socio-histórico que viva. En este sentido, el diagnóstico no solo organiza prácticas clínicas y define abordajes terapéuticos, sino que también opera como una categoría que modela la forma en que las personas se piensan a sí mismas y son pensadas por otros.

Según Frances (2014) El DSM-IV contribuyó sin querer a tres nuevas falsas epidemias en psiquiatría: el sobrediagnóstico del déficit de atención, el autismo y el trastorno bipolar en adultos. La colaboración no declarada entre expertos, compañías farmacéuticas y medios de comunicación ha producido una epidemia artificial de trastornos mentales. No existen pruebas objetivas en psiquiatría: ninguna radiografía, análisis de laboratorio o hallazgo de examen que diga de manera definitiva que alguien tiene o no tiene un trastorno mental. Se ha creado un sistema diagnóstico que convierte problemas cotidianos y normales de la vida en trastornos mentales

El diagnóstico de TB muchas veces reorganiza profundamente la identidad del sujeto. Puede traer alivio, al ofrecer una explicación para el malestar, pero también puede funcionar como un estigma, una marca que condiciona los vínculos sociales, laborales y familiares. Goffman (1963), señala que el estigma actúa como una “identidad deteriorada”, que reduce a la persona a su etiqueta diagnóstica.

Además, como plantea Puigdevall (2021), el diagnóstico introduce una forma de inteligibilidad del padecimiento: permite explicarlo, nombrarlo, compartirlo, pero también encierra. Es decir, permite al sujeto ubicarse dentro de un marco comprensible, aunque ese marco puede volverse clausurante si se cristaliza. Ian Hacking (1995) propone el concepto de “nichos ecológicos” para explicar cómo ciertas categorías diagnósticas se expanden cuando existen condiciones culturales, sociales e institucionales que las hacen viables. En el caso del TB, la categoría no sólo nombra una condición, sino que genera nuevas formas de ser, de actuar y de hablar. Una vez que la categoría existe, las personas tienden a adaptarse a ella, reforzándola. Esto se traduce en un efecto de retroalimentación: el diagnóstico crea el tipo de persona que se supone describe. En palabras de Hacking (1995), se trata de “efectos de bucle”: las personas diagnosticadas como bipolares comienzan a comportarse, hablar y pensarse a sí mismas como tales, reforzando la validez de la categoría.

3. Tratamientos y abordajes en disputa

El tratamiento de los trastornos mentales atravesó profundas transformaciones a lo largo de la historia. Desde modelos centrados en la institucionalización y el control del sujeto, hasta enfoques comunitarios que promueven la participación activa y la autonomía, el campo de la salud mental se encuentra hoy en tensión entre prácticas biomédicas hegemónicas y abordajes subjetivantes, integrales y comunitarios (Basaglia, 1981; Rotelli, 1990).

Este doble filo del diagnóstico puede llevar a que, por un lado, habilite espacios de reconocimiento y estrategias de afrontamiento, pero por otro, imponga límites normativos que generan sufrimiento adicional. En esta línea, Foucault (1996) plantea que los discursos psi operan como tecnologías de poder que normalizan y regulan los cuerpos y subjetividades.

Asimismo, Fricker (2007) aporta la noción de injusticia epistémica para pensar cómo las voces de quienes padecen trastornos mentales suelen ser deslegitimadas o interpretadas solo desde marcos clínicos, negando el valor de su experiencia vivida. En contraposición, recuperar la palabra del sujeto, en toda su ambigüedad y densidad, constituye un acto de reparación simbólica y un posicionamiento ético en la producción de conocimiento.

Foucault (1961) advirtió el rol del disciplinador de la psiquiatría y su función en el control social, señalando cómo las instituciones psiquiátricas operan como dispositivos de normalización más que como espacios de cuidado. Esta lógica se mantiene, en muchos casos, aún vigente bajo nuevas formas de medicalización.

Puigdevall (2015) propone que uno de los tratamientos más emblemáticos para el Trastorno Bipolar ha sido el carbonato de litio. Desde su introducción en los años 50, se lo considera un estabilizador del ánimo con efectos preventivos sobre los episodios maníacos y depresivos. No obstante, más allá de su eficacia clínica, el litio adquiere una dimensión simbólica particular en la vida de quienes lo consumen. Puede representar tanto una promesa de estabilidad como una forma de control sobre el cuerpo y la subjetividad.

Aquí puede pensarse en términos de biopolítica (Rose, 2007), donde el cuerpo es gestionado por regímenes médicos que buscan producir sujetos funcionales, estables y predecibles. El uso sostenido de medicación no siempre responde al bienestar subjetivo, sino a una lógica de normalización. Butler (2004) discute cómo los cuerpos que no se ajustan a las normas de inteligibilidad social son patologizados o

invisibilizados, lo cual se relaciona con la vivencia de quienes, aún en tratamiento, sienten que su forma de existir sigue siendo cuestionada o incomprendida.

Martin (2007) analiza cómo, en la cultura norteamericana, las personas diagnosticadas con trastorno bipolar incorporan el discurso neuroquímico a su identidad, naturalizando la idea de que su estado de ánimo depende de niveles cerebrales que deben ser corregidos. En este sentido, el litio no sólo actúa sobre el cuerpo, sino también sobre la representación que el sujeto tiene de sí mismo. Se transforma en un objeto simbólico que produce una determinada forma de vida: una vida regulada, contenida, medicada.

Este imaginario también se refleja en la cultura popular. Por ejemplo, en la canción *Lithium* de la banda Nirvana(1991) o en *Lithium Sunset* del músico Sting.

Sting (1996) expresa:

"Llena mis ojos, oh litio puesta de sol, y toma esta carga solitaria
de la preocupación de mi mente".

Se evidencia la ambivalencia del litio: sustancia salvadora y, a la vez, limitante. Estas narrativas muestran cómo la cultura recoge las tensiones subjetivas que atraviesan a quienes reciben este tratamiento (Puigdevall, 2015).

Lejos de cuestionar la utilidad clínica del litio —cuya eficacia ha sido ampliamente documentada (Geddes et al., 2004)—, lo que aquí se propone es pensar su dimensión existencial y simbólica: ¿Qué implica para un sujeto saber que su estabilidad depende de una sustancia? ¿Qué lugar queda para la palabra, el deseo y la historia en este modelo de intervención? ¿Hasta qué punto el tratamiento biológico no se convierte en un modo de silenciar la singularidad del sufrimiento psíquico?

Rolnik (2012) propone la idea de "clínica del deseo" frente a la clínica del control, abogando por prácticas que no anulen la potencia subjetiva sino que la escuchen y la acompañen en su despliegue. Así, se hace urgente pensar en abordajes que integren la dimensión farmacológica sin reducir a ella la totalidad de la experiencia clínica.

Este debate se profundiza al considerar que el abordaje terapéutico del TB ha sido objeto de intensos debates y revisiones, particularmente por los límites que presentan tanto los tratamientos farmacológicos como las intervenciones psicosociales cuando se consideran de forma aislada. Diversos autores advierten que, si bien los psicofármacos desempeñan un rol esencial en el control sintomático, no logran responder a la complejidad de los factores que inciden en la vida cotidiana de las personas con TB,

como la inestabilidad laboral, las tensiones familiares, la escasa adherencia, el consumo problemático de sustancias y el estigma social (González-Pinto, Barbeito & Vega, 2010). Estas limitaciones han promovido la necesidad de concebir estrategias integrales que conjuguen intervenciones clínicas, psicológicas y sociales. En esta línea, se destaca el modelo de Rehabilitación Psicosocial Integral (RPs), promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), que desplaza el foco desde el síntoma hacia el funcionamiento cotidiano, la autonomía y el empoderamiento del sujeto (OMS/WAPR, 1996; Rodríguez, 1997; Uriarte, 2007).

La Ley de Salud Mental N.º 19.529 ,2017 tiene como finalidad asegurar el acceso al derecho a la salud mental para todos los habitantes del país, promoviendo un enfoque centrado en el respeto por los derechos humanos, especialmente de quienes hacen uso de los servicios de salud mental dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se trata de normas de carácter público y relevancia social.

A tales efectos, se define la salud mental como una condición de bienestar personal en la que el individuo reconoce sus capacidades, puede afrontar las exigencias cotidianas, desempeñarse de manera productiva y significativa en su entorno laboral, y participar activamente en su comunidad

Las psicoterapias también cumplen un papel fundamental en este abordaje integral. Miklowitz (2010) destaca que estrategias como la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar han mostrado efectos clínicamente significativos en el manejo del TB, aunque aún se requiere mayor evidencia longitudinal. La psicoeducación, en particular, aparece como una herramienta clave para la adherencia y comprensión del trastorno (Tena-Hernández, 2020).

La dificultad a la que nos enfrentamos como profesionales, en el abordaje de este tipo de manifestaciones, no radica únicamente en su complejidad clínica, hablando de las implicancias del psicoanálisis en el TB, sino también en los límites que presenta el uso de una única orientación terapéutica. Algunos estudios plantean que no es una problemática atribuible a una sola disciplina, sino más bien un desafío transversal, que se evidencia al observar que, si bien la bibliografía muestra avances importantes en la remisión sintomática —sobre todo en tratamientos combinados—, cuando el análisis se extiende al desarrollo longitudinal del trastorno, los datos son más desalentadores. En un estudio longitudinal de 12 años, por ejemplo, se halló que los pacientes con estos diagnósticos presentaban síntomas durante casi la mitad del tiempo observado (McMurrich et al., 2009).

Diversas investigaciones han evidenciado una asociación frecuente entre eventos estresantes y el desencadenamiento de episodios afectivos, tanto maníacos como depresivos. En este sentido, se ha planteado que los estresores vitales tienden a tener una mayor incidencia en la aparición de los primeros episodios, mientras que, con el tiempo, estos se tornan más autónomos o se “sensibilizan”, requiriendo cada vez menores desencadenantes externos. En particular, los individuos que han atravesado adversidades significativas en etapas tempranas de la vida —especialmente antes de los 12 años— muestran una mayor propensión a recaídas frente a situaciones menos estresantes. Esta condición, además, se asocia a un inicio más precoz del trastorno, lo que suele implicar una mayor gravedad del cuadro clínico y un curso más deteriorante (Dienes et al., 2006). Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de la socialización temprana y de los vínculos iniciales del sujeto con su entorno, cuestión que ha sido profundamente abordada por el psicoanálisis desde otras coordenadas teóricas.

El tratamiento del trastorno bipolar combina intervenciones con distintos niveles de evidencia. El litio y el valproato presentan alta eficacia para prevenir recaídas maníacas y reducir el riesgo suicida (Geddes et al., 2004; Miura et al., 2014). La psicoterapia cognitivo-conductual y la IPSRT (Terapia Interpersonal del Ritmo Social), tienen evidencia moderada, siendo útiles en la fase estable para prevenir recaídas y regular ritmos biológicos (Miklowitz et al., 2007; Frank et al., 2005). La psicoeducación, con alta evidencia, mejora la adherencia y reduce hospitalizaciones (Colom & Vieta, 2006; Reinares et al., 2009).

Cuadro comparativo de las diferentes terapias para el abordaje del TB

Terapia farmacológica / psicológica	Nivel de evidencia	Hallazgos clave
Litio y Valproato	Alta (basado en metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados)	El litio es el fármaco con mayor evidencia para prevenir recaídas maníacas y reducir el riesgo de suicidio (Geddes et al., 2004; Miura et al., 2014).

Psicoterapia Cognitivo-Conductual	Moderada	Es eficaz como complemento en la fase estable del trastorno bipolar para reducir síntomas depresivos y prevenir recaídas (Miklowitz et al., 2007; Lam et al., 2003). Mejora la adherencia al tratamiento y promueve estrategias de afrontamiento.
Psicoeducación	Alta	Mejora la adherencia al tratamiento, reduce hospitalizaciones y recaídas (Colom & Vieta, 2006; Reinares et al., 2009).
IPSRT (Terapia interpersonal y de ritmos sociales)	Moderada	Previene recaídas regulando los ritmos biológicos; útil especialmente en combinación con medicación (Frank et al., 2005).
Terapia Familiar	Moderada-Alta	Mejora el clima familiar y reduce recaídas cuando se incluye a la familia en el tratamiento (Miklowitz et al., 2003).
Mindfulness y Terapias basadas en la Aceptación (ACT y DBT)	Emergente-Promisorio	Eficaces en la reducción de síntomas depresivos, pero aún con base empírica limitada (Weber et al. Perich, 2010)

Dentro del entramado interdisciplinario, el rol del psicólogo es crucial. Más allá del síntoma, la intervención psicológica apunta a reconstruir la identidad, las relaciones y el sentido subjetivo del sufrimiento (Hernández Monsalve, 2008). Su lugar en los

dispositivos terapéuticos habilita la escucha, el vínculo y la participación activa del sujeto en su propio proceso.

Este doble filo del diagnóstico puede llevar a que, por un lado, habilite espacios de reconocimiento y estrategias de afrontamiento, pero por otro, imponga límites normativos que generan sufrimiento adicional. En esta línea, Foucault (1996) plantea que los discursos psi operan como tecnologías de poder que normalizan y regulan los cuerpos y subjetividades.

Aquí puede pensarse en términos de biopolítica, como plantea Rose (2007), donde el cuerpo es gestionado por regímenes médicos que buscan producir sujetos funcionales, estables y predecibles. El uso sostenido de medicación no siempre responde al bienestar subjetivo, sino a una lógica de normalización. Butler (2004) discute cómo los cuerpos que no se ajustan a las normas de inteligibilidad social son patologizados o invisibilizados, lo cual se relaciona con la vivencia de quienes, aún en tratamiento, sienten que su forma de existir sigue siendo cuestionada o incomprendida.

Este trabajo no pretende deslegitimar el aporte del psicoanálisis, sino que delimita su campo de análisis por fuera de dicho enfoque, atendiendo a los objetivos específicos de la investigación, dado que, como señalan Visentini et al. (2019), se trata de una práctica que se desarrolla caso por caso, caracterizada por la inequivalencia y lo inesperado, orientada hacia una eficacia sustentada en la singularidad de cada sujeto. Esta perspectiva encuentra sus raíces en los textos freudianos, donde se advierte un esfuerzo constante por mantener al psicoanálisis al margen de una reducción biológica. Si bien en Freud puede percibirse cierta expectativa de hallar en la biología respuestas a algunos enigmas, ello no implica que buscara en ella la validación de sus conceptos o resultados. Desde los inicios de sus investigaciones, Freud recurre sistemáticamente al caso clínico como fundamento para la elaboración y verificación de sus construcciones teóricas, procurando así que el psicoanálisis se sostenga en la investigación y no en una mera especulación conceptual (Rubinstein, 2007). Desde la perspectiva psicoanalítica, estas manifestaciones pueden abordarse considerando la forma en que el sujeto se relaciona con el objeto.

4.Representaciones culturales y mediáticas de la bipolaridad

Estas narrativas influyen en cómo las personas se identifican con su diagnóstico y en cómo son tratadas por los otros. (Puigdevall ,2021) señala que estas representaciones culturales pueden operar como espejos que devuelven imágenes limitadas del sujeto, dificultando una lectura singular de su padecimiento.

El diagnóstico de trastorno bipolar, más allá de su definición clínica, ha sido históricamente atravesado por una ambivalencia que persiste en la actualidad.

Autores como Hacking (1998) y Foucault (1961) han abordado la forma en que las categorías de enfermedad mental se construyen y sostienen socialmente a través de regímenes de saber y poder. Hacking propone el concepto de “looping effect” o “efecto de retroalimentación interactiva”, para explicar cómo las categorías diagnósticas influyen en la forma en que las personas se piensan a sí mismas, transformando su subjetividad. Foucault, por su parte, analiza la producción histórica de la locura como una figura ambivalente, situada entre lo divino y lo demoníaco, y su progresiva medicalización como forma de control social.

Esta ambigüedad en la representación de la locura se mantiene en las formas contemporáneas de entender el trastorno bipolar. Como plantea Martin (2009), la cultura occidental ha exaltado valores como la productividad, la exaltación emocional y la energía inagotable. En este marco, ciertos rasgos asociados a la manía —como la hiperactividad, la creatividad o el entusiasmo desbordante— son valorados, siempre que se mantengan dentro de los márgenes de lo “funcional”. Sin embargo, cuando esos mismos rasgos se desbordan o escapan al control, son rápidamente patologizados.

4.1 El polo negativo: patologización y estigma

Desde una perspectiva histórica, la construcción social del estigma en el campo de la psiquiatría se ha alimentado de múltiples saberes, miedos y prejuicios que han influido negativamente en la percepción de la enfermedad mental. Estas representaciones han afectado no solo a quienes padecen trastornos mentales, sino también a sus familias, reforzando procesos de exclusión y discriminación (Duarte, 1992; Krauss, 1981; Levy, 1994).

Desde un enfoque psicodinámico, autores como Alloy et al. (1999) y Camaly (2006) proponen comprender los estados maníacos como defensas frente a una fragilidad yoica. Este tipo de lectura permite complejizar el fenómeno, sin reducirlo a una etiqueta o a un desequilibrio neuroquímico, y habilita espacios de escucha más empáticos e integrales.

Además, el modo en que los medios masivos abordan el trastorno bipolar contribuye muchas veces a reforzar estas imágenes negativas. Personajes bipolares en series o películas suelen estar vinculados con situaciones de descontrol, violencia o incapacidad de sostener vínculos, lo cual refuerza el miedo y el desconocimiento. Por ejemplo, el personaje interpretado por Anne Hathaway en el episodio *Take Me as I Am, Whoever I Am* de la serie (*Modern Love*, 2019) enfrenta serias dificultades para sostener vínculos afectivos estables debido a los efectos fluctuantes de su padecimiento. De manera similar, en el filme *Silver Linings Playbook* (2012), el personaje interpretado por Bradley Cooper se presenta como un sujeto impulsivo y con episodios de violencia. Su falta de adherencia a la medicación no solo afecta su estabilidad emocional, sino que también refuerza ciertos imaginarios sociales sobre el trastorno bipolar.

Según Miaso et al. (2008), el tratamiento farmacológico constituye uno de los pilares fundamentales en la intervención del trastorno bipolar. Sin embargo, la adherencia a este tratamiento suele verse dificultada por diversos factores. Algunas de las razones que pueden explicar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico incluyen la no aceptación del diagnóstico, la percepción de que no existe un motivo suficiente para medicarse, la creencia de que los fármacos resultan perjudiciales, así como la presencia de efectos secundarios desagradables que llevan al paciente a experimentar la medicación más como una limitación que como un alivio en su vida cotidiana.

Sarason & Sarason (2006) sostienen que el litio puede provocar efectos secundarios molestos, lo que lleva a que muchos pacientes suspendan su uso, de manera total o temporal, a pesar de las recomendaciones médicas. En algunos casos, las personas interrumpen el tratamiento durante etapas de decaimiento —aunque no necesariamente depresivas— con la expectativa de mejorar su estado de ánimo. Asimismo, algunas prefieren mantener los efectos placenteros asociados a los episodios de euforia, como el aumento de la sensibilidad al entorno, la intensidad sexual, la creatividad o la sociabilidad.

4.2 El polo positivo: romanticismo y creatividad

Paralelamente, existe una narrativa que asocia la bipolaridad con el genio artístico, la sensibilidad extrema o la intensidad emocional. En este sentido, la manía aparece como una fuente de creatividad y expansión. Esta visión “romantizada” del trastorno puede resultar atractiva, pero también es problemática, ya que idealiza el sufrimiento psíquico y desatiende sus consecuencias reales (Jamison, 1993).

En una revisión sobre la vida de Van Gogh (Blumer, 2002) sugiere que el pintor podría haber padecido un trastorno bipolar. A lo largo de su existencia experimentó al menos

dos episodios de profunda depresión, seguidos por etapas prolongadas de intensa energía, entusiasmo e incluso cierto frenesí. En los dos últimos años de su vida se destacó por una notable productividad y creatividad. Su célebre obra *La noche estrellada*, realizada casi al final de su vida, refleja uno de esos periodos de vitalidad y exaltación artística.

Aunque las evaluaciones objetivas permiten comprender cómo el estado de ánimo incide en la creatividad, también resulta relevante considerar las percepciones que tienen las personas con trastorno bipolar acerca de sus propias capacidades creativas durante los cambios de humor. Muchas de ellas manifiestan sentir un aumento de creatividad en los episodios de euforia; sin embargo, esta vivencia subjetiva no necesariamente se traduce en una mayor producción creativa (Murray & Johnson, 2010).

El trastorno bipolar ha alcanzado gran notoriedad: no solo es un diagnóstico que suele ser aceptado de manera favorable por los pacientes, sino que incluso en algunos casos es buscado. En la práctica clínica se observan personas que llegan ya autodiagnosticadas como bipolares e, inclusive, manifiestan el deseo de serlo (París, 2021).

Halperin (2007) recupera la tradición que vincula manía con producción artística, señalando que numerosos artistas, escritores y compositores padecieron lo que hoy se diagnosticaría como trastorno bipolar. En la cultura popular, esta visión convive con la estigmatización, generando una oscilación constante entre fascinación y rechazo.

Un ejemplo reciente es la serie *Knock Off* (Netflix, 2023), donde la protagonista expresa la tensión entre el deseo de vivir intensamente y la necesidad de estabilizarse mediante medicación. La medicación es presentada como algo que “aplana” la vida emocional, generando una pregunta inquietante: ¿es posible sentirse vivo y estar medicado al mismo tiempo?

Reconocer esta doble cara del diagnóstico, este entramado entre fascinación y exclusión, permite despatologizar ciertas vivencias y habilitar una escucha clínica más empática, contextualizada y humana. Comprender cómo se construye socialmente lo que entendemos como “bipolaridad” es también una forma de cuestionar el poder de las categorías que nos nombran, nos limitan o nos permiten existir.

En el campo de la salud mental, resulta relevante no concebir los diagnósticos psiquiátricos como entidades naturales y objetivas en sí mismas, sino como categorías culturales configuradas en contextos espacio-temporales determinados. De este modo, las narrativas culturales inciden directamente en la manera y en la frecuencia con que

los procesos de salud mental son observados y gestionados en la práctica clínica (Bacigalupe, González-Rábago, & Jiménez-Carrillo, 2022).

5. Consideraciones finales

El recorrido de este trabajo no buscó ofrecer respuestas cerradas sobre el diagnóstico de trastorno bipolar, sino más bien abrir preguntas en torno a sus múltiples efectos en la subjetividad. Lejos de ser un simple acto clínico, el diagnóstico opera como un dispositivo social, simbólico y performativo que transforma las formas en que las personas se comprenden a sí mismas y son comprendidas por los demás.

En ese sentido, el concepto de "atravesamiento" —tal como lo propone Bleichmar (2004)— resulta clave para pensar cómo ciertas categorías externas, como el diagnóstico psiquiátrico, se interiorizan y modifican la experiencia subjetiva. Estas marcas, aunque provienen del discurso médico, no son neutras: cargan significados culturales, sociales e incluso morales que configuran modos particulares de existencia.

Autores como Martin (2009) y Rosenberg (2002) permiten pensar el diagnóstico no sólo como una herramienta clínica, sino también como un ritual de pasaje, que instituye una nueva identidad. Desde esta perspectiva, asumir un diagnóstico implica muchas veces transitar una narrativa que puede volverse dominante sobre la vida de una persona: explicar sus emociones, sus decisiones, sus vínculos e incluso su futuro desde una lógica médica.

A lo largo del análisis, se ha evidenciado que el diagnóstico de trastorno bipolar genera efectos ambivalentes. Por un lado, puede habilitar ciertos marcos de sentido y acceso a recursos; por otro, puede imponer formas de estigmatización, medicalización excesiva o exclusión simbólica. En determinadas sociedades, el diagnóstico incluso ha sido resignificado como signo de productividad o genialidad —sobre todo en su fase maníaca—, lo cual refuerza la idea de que la patologización responde también a criterios normativos y no sólo clínicos.

Estas tensiones son especialmente visibles en los relatos de personas que han recibido el diagnóstico.

Como advierte Grener (1994), el riesgo de la nominación diagnóstica es que termine expulsando al sujeto de sí mismo, reduciendo su experiencia emocional a una categoría nosológica.

Uno de los aprendizajes más importantes que deja este trabajo es la necesidad de cuestionar los efectos identitarios del diagnóstico y promover prácticas en salud mental que restituya al sujeto su complejidad, su historia y su capacidad de narrarse más allá de las etiquetas. Este desafío no es sólo clínico, sino profundamente ético y político.

Referencias bibliográficas

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Bender, R. E., & Wagner, C. A. (2009). Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: A behavioral approach system (BAS) perspective. *Clinical Psychology*, 16(2), 206–226.
- Amazon Studios. (2019, 18 de octubre). Take Me as I Am, Whoever I Am (Temporada 1, Episodio 3) [Serie de televisión]. En Modern Love. Amazon Prime Video.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Augsburger, A.C. (1992). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos 81
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: Factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54(7).
- Becoña, E., & Lorenzo, M. C. (2001). Psicoeducación y tratamiento del trastorno bipolar. Editorial Síntesis.
- Berk M, Berk L, Castle D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2004 Dec;6(6):504-18. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00154.x. PMID: 15541066
- Berrios, G. (2008). La historia de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Fondo de Cultura Económica.
- Bleichmar, S. (2004). Límites y excesos del concepto de subjetividad. *Topía*, (40), 91–97.
- Bleichmar, S. (2008). El desmantelamiento de la subjetividad: Estallido del yo. Topía Editorial.
- Blumer, D. (2002). The illness of Vincent van Gogh. *American Journal of Psychiatry*.

- Cabrera, J. (2005). Temas y controversias en psiquiatría. *Gaceta Universitaria*, 1(2), 1–2. Universidad de Chile, Facultad de Medicina.
- Camaly, G. (2006). Entre la identificación y el “atravesamiento de la angustia”. Cuaderno del Cartel, Escuela de la Orientación Lacaniana. https://jornadaseol.ar/31J/JornadasAnteriores/JornadasEOL_27.pdf
- Carney, J. (Director). (2019, 17 de octubre). *Take Me as I Am, Whoever I Am* (Temporada 1, Episodio 3) [Episodio de serie de televisión]. En *Modern Love*. Amazon Prime Video.
- Castro, H. M. (2005). Estigma y enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Rev de Psiquiatría Hermilio Valdizan. 2005 Ene Jun; VI (1): 33-42.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2–3), 81–89. Publicacions de la Universitat de València.
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(4), 83-96.
- Ductor Recuerda, M. J. (2014). Intervenciones psicosociales en el trastorno afectivo bipolar: valoración de los grupos psicoeducativos en una unidad de rehabilitación de salud mental. *Apuntes De Psicología*, 32(2), 181-189. <https://doi.org/10.55414/723drm64>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 7–20. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805–820.
- Mármol, F. (2006). Litio: 55 años de historia en el tratamiento del trastorno bipolar. *Medicina Clínica*, 127(5), 189–195. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(06\)72054-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(06)72054-9)

- Foucault, M. (1961). *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós. (Ed. 2014).
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría* (H. Feral, Trad.). Editorial Ariel.
- González-Pinto, A., Barbeito, S., & Vega, P. (2010). Trastorno bipolar: Nuevas perspectivas terapéuticas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2), 59–66.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Gutiérrez Rojas, L. (2013). Conoce la enfermedad mental: Trastorno bipolar [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=8ygvf_3WdPI
- Halperin, P. (2007, enero 21). La enfermedad de los genios. *La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/>
- Hernández Monsalve, M. (2008). *Terapias en salud mental: Perspectivas integradas*. Editorial Javeriana.
- Hernández Monsalve, M. (2008). Dimensión clínica y humana de la atención psiquiátrica: Trastorno bipolar. Grupo Ars XXI de Comunicación.
- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Hospital Universitario La Paz.
- Jamison, K. R. (1993). *Touched with fire: Manic-depressive illness and the artistic temperament*. Free Press.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B.; David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *BMJ*, 312(7027), 345–349. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7027.345>
- Ley de Salud Mental, Ley N.º 19.529 (24 de agosto de 2017). República Oriental del Uruguay.
- Lolich, M., Vázquez, G. H., Álvarez, L. M., & Tamayo, J. M. (2018). Intervenciones psicosociales en el trastorno bipolar: Una revisión. *Revista de Psicología*, 26(2), 123–145. <https://doi.org/10.1234/psicologia.2018.02602>

- Martín-Cabrera, L. (2019). *Locura, subjetividad y cultura: Hacia una crítica de la razón psi*. Siglo XXI Editores.
- Martin, E. (2009). *Bipolar expeditions: Mania and depression in American culture*. Princeton University Press.
- Martínez Martín, A. F. (2017). Philippe Pinel, un alienista mitificado. *El Diario de Salud*.
- Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente con trastorno bipolar. *Medicine*, 12(86), 5081–5087.
- Miasso, A. I., Cassiani, S. H. B., & Pedrão, L. J. (2008). Trastorno afectivo bipolar y terapia medicamentosa: Identificación de barreras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Miklowitz, D. J. (2002). *El trastorno bipolar: Una guía práctica para familia y pacientes*. Paidós.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Palgrave Macmillan.
- Muñoz, J., & Jaramillo, J. (2015). Trastorno bipolar: Perspectivas clínicas y controversias actuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 135–145.
- Muñoza, L. F., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 95–114. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>.
- Murray, G., & Johnson, S. L. (2010). The clinical significance of creativity in bipolar disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 721–732.
- Netflix. (2023). *Knock Off* (Temporada 1) [Serie de TV]. Netflix.
- Nirvana. (1991). *Lithium*. En *Nevermind* [Canción]. DGC Records.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Adherence to long-term therapies*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>.
- Paris, J. (2021). *El espectro bipolar: ¿Diagnóstico o moda?* Ned Ediciones.

- Pena, F. (2018). Una reflexión sobre los modos de abordaje a partir de un caso de bipolaridad. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Pérez Álvarez, M., & González Pardo, H. (2007). La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Ediciones Alianza.
- Porter, R. (2008). Breve historia de la locura (J. C. Rodríguez, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2010, 18 de agosto). Uruguay ostenta la tasa más alta de psiquiatras por habitante de América Latina. Presidencia de la República.
- Prego, C. E., & Viola, L. (2006). Evolución del trastorno bipolar de inicio muy temprano y sus controversias. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70(1), 53–65.
- Revista Médica del Uruguay. (2024). Tasas de suicidio y concentración de litio en agua corriente en Rocha y Montevideo: Primer estudio en Uruguay, período 2019–2020. *Revista Médica del Uruguay*, 40(1).
- Rodríguez, M. (1997). Rehabilitación psicosocial y comunidad terapéutica. *Revista de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), 12–23.
- Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C., & Perona-Garcelán, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: Análisis de algunos cambios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 14(1), 22–39.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–260. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00010>
- Rubinstein, A. M. (2007). La eficacia del análisis y el uso del caso en los textos freudianos. *Anuario de Investigaciones*, 14, 179–185. Universidad de Buenos Aires.

- Russell, D. O. (Director). (2012). *Silver Linings Playbook* [Película]. The Weinstein Company.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada* (11.ª ed.). Prentice Hall México.
- Sedgwick, E. K. (2003). *Touching feeling: Affect, pedagogy, performativity*. Duke University Press.
- Sholzman, S. (2012). Ask a psychiatrist: How does *Silver Linings Playbook* portray mental illness? *Psychiatry Online*.
- Stagnaro, J. C., & Wintrebert, D. (2002). Encuentros: Psiquiatría y otras especialidades. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 13(48), junio–julio–agosto.
- Sting. (1996). *Lithium Sunset*. En *Mercury Falling* [Canción]. A&M Records.
- Stephanie L. McMurrich. (2009). The role of depression, shame-proneness, and guilt-proneness in predicting criticism of relatives towards people with bipolar disorder. *Behavior Therapy*, 40(4), 315–324.
- Untauglich, G., Lima, C., Tergazghi, M., Wanderley, J., & Núñez, R. (2019). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: La patologización de las diferencias en la clínica y educación. *Psicología Infantil*. Buenos Aires.
- Uriarte, J. (2007). La rehabilitación psicosocial como modelo integral en salud mental. Fundación Manantiales. Uruguay. (2017). Ley N.º 19.529 de Salud Mental. Diario Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Tena-Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM*, 4(3), 36–45. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sanum/article/view/psicoeducacion>.
- Vieta, E., & Gastó, C. (2007). *Trastornos bipolares*. Springer-Verlag Ibérica.
- Visentini, G., Blanc, A., & Laufer, L. (2019). Psicoanálisis y evaluación: Un modelo estratificado centrado en la singularidad del caso. *Revista Psicoanalítica Escandinava*, 42(1–2), 48–58.

- Volta, L. H., Eberta, A. E., & Zenassi, S. (2014). Problemas para el estudio de las variedades y variaciones del humor en las psicosis. *Vertex*, 25(3), 219–226.
- Woods, A. (2011). Beyond the romantic psychiatry of creativity: Exploring complexity in mental health and the arts. *Medical Humanities*, 37(2), 70–74.<https://doi.org/10.1136/>
- Zabala Baquedano, I., & Garrido-Landívar, M. (2006). El rol del psicólogo en el equipo de salud mental. *Revista de Psicología Clínica*, 10(2), 57–65.