

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, TORREÓN

**Estudios con reconocimiento de validez oficial por decreto presidencial del 3
de Abril de 1981.**



**“TRAYECTORIAS, TRANSICIONES Y RECONSTRUCCIONES FAMILIARES EN
EL DESARROLLO DEL TRASTORNO BIPOLAR: ESTUDIOS DE CASO DE
FAMILIAS EN MONTERREY, N.L.”**

TESIS

Que para obtener el Grado de:

DOCTORADO EN

INVESTIGACIÓN DE PROCESOS SOCIALES

Presenta

ALMA YOLANDA ELGUÉZABAL CASTILLO

Torreón, Coah.

2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Justificación.....	6
1.3 Antecedentes contextuales y la investigación del problema.....	11
1.3.1 Contexto del tema a investigar	11
1.3.2 Problema de investigación	12
1.3.3 Investigaciones revisadas con relación al presente proyecto.....	16
1.4 Objetivos del estudio	29
1.4.1 Objetivo general de la investigación.....	29
1.4.2 Objetivos específicos de la investigación	30
1.5 Preguntas de investigación	31
1.5.1 Pregunta general de la investigación	31
1.5.2 Pregunta de investigación específicas	32
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	32
2.1 Familia.....	33
2.2 Políticas familiares	44
2.3 Relaciones familiares	46
2.4 Violencia familiar	52
2.5 Apoyo social y salud.....	54
2.6 Estructura y dinámica familiar	56
2.7 Cuidador primario.....	61
2.8 Redes sociales	63
2.8.1 Intercambio y solidaridad social	65

2.8.2 Redes de apoyo familiar	70
2.9 Salud mental	72
2.9.1 Salud mental en adolescentes	75
2.9.2 Salud mental y salud pública	78
2.10 Trastornos mentales	83
2.10.1 Trastornos de Ánimo	84
2.11 Trastorno Bipolar	88
2.11.1 Diagnóstico del Trastorno Bipolar	90
2.11.2 Epidemiología, sintomatología y comorbilidad del TB.	92
2.11.3 Tratamiento	99
2.11.4 Estresores psicosociales	101
2.12 Factores de riesgo	102
2.13 Problemas psicosociales y ambientales	105
2.14 Bienestar subjetivo	108
2.14.1 Conceptualización de Bienestar Subjetivo	112
2.15 Emociones y sentimientos	117
2.15.1 Conceptualización de las emociones y sentimientos	117
2.15.2 Dimensión social de la emoción y la enfermedad mental	118
2.15.3 Emociones y TB	120
2.16 El curso de la vida	123
2.17 Enfoque teórico metodológico curso de vida	127
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	134
3.1 Enfoque paradigmático	134
3.1.1 Variantes de la investigación cualitativa	135
3.2 Interaccionismo simbólico	137
3.4 Tipo de trabajo	145

3.5 Método de investigación.....	146
3.5.1 Estudio de caso e historias de vida	146
3.6 Características de la investigación	149
3.7 Proceso de investigación empírica.....	150
3.8 Muestreo teórico.....	154
3.9 Validez y confiabilidad.....	155
3.10 El proceso de investigación en el trabajo de campo	155
3.11 Técnicas para la recolección de la información.....	157
3.12 Limitaciones	167
CAPÍTULO IV. TRAYECTORIAS EN EL MOMENTO “ANTES” DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR	169
4.1 Características demográficas de la población de estudio	169
4.1.1 Contexto familiar	173
4.2 Trayectorias familiares antes del diagnóstico.....	179
4.2.1 Trayectoria individual y familiar antes del diagnóstico.....	180
4.4 Trayectoria del proceso salud enfermedad atención antes del diagnóstico ..	202
4.5 Trayectoria de emociones y sentimientos antes del diagnóstico.....	212
4.6 Trayectoria de redes sociales de apoyo antes del diagnóstico	220
CAPÍTULO V. TRAYECTORIAS EN EL MOMENTO “DURANTE” EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR	226
5.1 Trayectorias familiares durante el diagnóstico	226
5.1.2 Trayectoria del proceso salud-enfermedad atención durante el diagnóstico	228
5.2 Trayectoria de emociones y sentimientos durante el diagnóstico	239
CAPÍTULO VI. TRAYECTORIAS EN EL MOMENTO “DESPUÉS” DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR	248
6.1 Trayectorias familiares después del diagnóstico	248

6.1.2 Trayectoria del proceso salud-enfermedad y atención después del diagnóstico	249
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	288
ANEXO 1	312
GUÍA DE ENTREVISTA PARA RECONSTRUIR HISTORIAS DE VIDA.....	312
ANEXO 2.....	315
MATRIZ HERMENÉUTICA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	315
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	331

ÍNDICE DE IMÁGENES Y TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre grupo doméstico, hogares y familia	38
Tabla 2. Formas comunes de estructuras de hogar en Latinoamérica contemporánea	43
Tabla 3. Categorías del Trastorno Bipolar.....	89
Tabla 4. Descripción de la pregunta general	152
Tabla 5. Matriz hermenéutica para el análisis de la información	166
Tabla 6. Datos sociodemográficos de las familias entrevistadas	170
Imagen 1. Trayectoria individual y familiar antes del diagnóstico.....	181
Imagen 2. Trayectoria de relaciones antes del diagnóstico.....	191
Imagen 3. Trayectoria del proceso salud-enfermedad y atención antes del diagnóstico	204
Imagen 4. Trayectoria de emociones y sentimientos antes del diagnóstico	216
Imagen 5. Trayectoria de redes sociales de apoyo antes del diagnóstico	223
Imagen 6. Trayectoria del proceso salud enfermedad y atención durante el diagnóstico	230
Tabla 7. Primeras crisis según los SC.....	234
Imagen 7. Trayectoria de emociones y sentimientos durante del diagnóstico	242
Tabla 8. Emociones y sentimientos del sujeto clave cuando reciben el diagnóstico	243
Imagen 8. Trayectoria del proceso salud enfermedad y atención después del diagnóstico	250
Tabla 9. Resignificación del Trastorno Bipolar en Sujetos Clave y Familiares	266
Imagen 9. Trayectoria de relaciones y redes de apoyo después del diagnóstico	272
Tabla 11. Tipologías de familia con un miembro con Trastorno Bipolar.....	300

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1 Planteamiento del problema

Si nos preguntamos qué es la salud será inevitable remitirnos a la Organización Mundial de la Salud, institución que la define como un estado de perfecto —o completo— de bienestar físico, mental y social que no sólo implica la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2013).

En este contexto, nos centraremos en la salud mental, que según la OMS (2013) es un estado de bienestar donde el individuo, al ser consciente de sus capacidades podrá afrontar las vicisitudes de la vida, trabajar de manera productiva, fructífera y con capacidad de hacer contribuciones a su comunidad.

Si consideramos que la salud mental está influida por la diversidad de culturas y sus subjetividades, entonces es necesario conjuntar el bienestar emocional, psicológico y físico para que el ser humano pueda usar sus capacidades cognitivas y emocionales que le permitan desenvolverse con soltura en la sociedad y resolver las demandas cotidianas de la vida; esto es, lograr un equilibrio entre su ser individual y su entorno sociocultural que le provea una adecuada calidad de vida y le garantice su participación en el mundo laboral, intelectual, social y familiar. Si lo logra, la persona podrá sentirse integrada en la sociedad donde se desarrolla como ser humano.

Sin embargo, esto no siempre sucede, en particular en casos donde la salud mental se ve quebrantada por factores tan diversos como los biológicos o psicológicos. Entre los factores biológicos están los genéticos, infecciosos, traumáticos y tóxicos; respecto a los factores psicológicos que influyen en la

manifestación, desarrollo y evolución de la enfermedad van desde circunstancias ambientales como la crianza, el entorno familiar y laboral hasta la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte de quien la padece (Fernández, 2009).

Vivir con una enfermedad mental es difícil, pero cuando esta es grave la situación se torna aún más complicada. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007) define la enfermedad mental grave y duradera como todas aquellas incluidas en el grupo de personas que padecen síntomas de psicosis funcional (típicamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar y otras) y que como consecuencia de su enfermedad padece discapacidades persistentes. Todas estas enfermedades son resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales.

En un pasado no muy remoto, la práctica en el cuidado cotidiano de las personas con enfermedades mentales era la vigilancia en el seno familiar —a veces en circunstancias francamente indignas—, la existencia errante de aquellos que carecían de familia o no tenían quien se ocupara de ellos determinaba el desarraigo, el maltrato de una sociedad recelosa e incluso la expulsión de las ciudades por medio de mercaderes o a barqueros; en los casos de personas con graves trastornos de conducta era común que los ingresaran a establecimientos carcelarios (Ferreirós, 2007).

Las enfermedades mentales fueron consideradas como conductas anormales de origen biológico, causadas por procesos naturales. Dentro de las patologías que empezaron a ser estudiadas se encontraban las psicosis maniacodepresivas, como en un principio se le denominó al trastorno afectivo bipolar. Su historia se inicia con la descripción de los conceptos de manía y depresión, los cuales se

estudiaron de manera independiente; hasta el siglo XIX, ambos padecimientos se asociaron como conceptos clínicos y se caracterizaron por estados de excitación y tristeza seguidos de un periodo neutro de duración variable (Vieta, 1999).

La principal referencia histórica dentro del conocimiento y desarrollo del trastorno afectivo bipolar fue la planteada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien delimita de forma clara y consistente la enfermedad e inició el estudio de los síntomas y el diagnóstico de esta patología a la que denominó *psicosis maniacodepresiva*, en la cual los sujetos muestran notables alteraciones del funcionamiento del pensamiento y la voluntad (Ruiloba y Ferrer, 2000).

Reiser y Thompson (2006) definen al Trastorno Bipolar —antes conocido como reacción y luego como enfermedad maniacodepresiva— como un estado de ánimo alterado que se caracteriza por un curso cíclico episódico de largo plazo con fluctuaciones anímicas extremas que generan un daño significativo en el funcionamiento social, interpersonal y laboral de quien lo padece.

Los trastornos bipolares se agrupan en cuatro categorías mutuamente excluyentes, según presenten o no episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado.

Según Pichot, López-Ibor y Valdés Miyar (2001), en la actualidad la Asociación Americana de Psiquiatría, en el *Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V)*, define el Trastorno Bipolar (TB) como una enfermedad mental crónica que supone un desequilibrio de la química cerebral y un problema con una base biológica que surge de la interacción del desequilibrio con situaciones que generan estrés. Esta psicopatología está conformada por trastornos que implican

episodios de depresión mayor, maníacos e hipomaníacos y afectan los mecanismos que regulan el estado de ánimo.

Las consecuencias de los cuatro tipos de TB son diversas a saber:

- El *trastorno bipolar I* se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, cuya gravedad es suficiente para causar un daño considerable en el funcionamiento social y laboral del paciente, por lo regular se requiere de hospitalización psiquiátrica.
- El *trastorno bipolar II* se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores con al menos un episodio hipomaniaco, sin embargo, la gravedad de tales episodios no compromete la funcionalidad social o laboral del paciente.
- El *trastorno ciclotímico* se caracteriza por la inestabilidad del estado de ánimo durante un periodo mayor de dos años con síntomas hipomaníacos y depresivos que no cumplen con todos los requisitos para un episodio maníaco o uno depresivo mayor.
- En el *trastorno bipolar no específico* se identifican los trastornos que no cumplen con los criterios ya citados, ya sea por la falta de duración o simultaneidad de los síntomas, o a la falta de información confirmatoria para establecer un diagnóstico (Reiser y Thompson, 2006).

El curso normal del trastorno bipolar es episódico y con frecuencia supone recidivas, si los pacientes no reciben tratamiento corren el riesgo de sufrir, con el paso del tiempo, un empeoramiento progresivo del trastorno (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington y Gyulai 2009).

De acuerdo con Bowden y Rhodes (citado por Newman, *et al.*, 2009), el inicio del TB suele darse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. El primer episodio también puede suceder a una edad más avanzada, aunque es poco común. Hay indicios de que la enfermedad se puede detectar en niños, sobre todo en los que muestran comportamiento descontrolado, depresión clínica o que ya han sido diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Uno de los aspectos del Trastorno Bipolar que más problemas causa es su alta probabilidad de recidiva, la cual oscila entre el 80 y 90 por ciento dentro de un periodo de pocos años. Y aunque no se produzca una recaída clara y completa, muchos pacientes siguen sufriendo síntomas subsindrómicos entre episodios que intensifican su sensación de sufrimiento y reducen su esperanza de llegar a librarse de los efectos de la enfermedad. Está claro que es difícil estudiar el curso natural del trastorno maniaco depresivo a causa de la extendida aplicación de fármacos como el litio, que tiene efectos profilácticos (Newman, *et al.*, 2009).

El informe del año 2003 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), dentro del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS que fue respaldada por la “55ª Asamblea Mundial de la Salud” en ese año, declara que de las enfermedades neuro psiquiátricas, el TB es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y afecta a 60 millones de personas. Se estima que cerca del 1 % de la población presenta TB I, el 1 % del TB II y alrededor del 2 % sufre de ciclotimia o TB no especificado.

La OMS sostiene que los Trastornos Bipolares constituyen la quinta causa de discapacidad para las personas entre los 15 y 44 años y la novena causa de

discapacidad entre las personas de todas las edades. El 40 % de la población mundial que vive con trastorno bipolar no está diagnosticada. El 25 % de quienes lo padecen muere por suicidio y el 60 % está desempleado; las cifras aumentan debido a los diagnósticos tardíos. En México es común que pasen hasta 10 años entre los primeros síntomas de TB y el momento en el que el paciente recibe tratamiento farmacológico. En Nuevo León se desconoce el número total de afectados por el TB (Casados, 2016).

Por lo anterior, es relevante abordar en el presente estudio la importancia que tiene la enfermedad en una persona, tanto en su vida individual como en su entorno familiar. Es por eso que la unidad de análisis será la familia, y uno de los objetivos será incluirla en este proceso de cambio tan significativo desde que se presentan los primeros síntomas del trastorno bipolar, ya que, de acuerdo con Torrado (2003), en múltiples estudios de las últimas dos décadas no se contemplan las profundas transformaciones ocurridas en las estructuras familiares, por ello es necesario precisar el cómo abordar este tipo de trastornos en las familias de la actualidad.

1.2 Justificación

De acuerdo con Servín y Osorio (2015), en la actualidad, la familia contiene un trasfondo cuya evolución ha llevado un proceso que es relevante para que sea como hoy la conocemos; su contexto histórico incluye diversas etapas, es decir, la familia ha sido abordada desde diversas perspectivas. Se ha considerado como un refugio incluso cuando sus miembros experimenten situaciones inseguras; también se ha considerado una pieza de equilibrio para sus miembros, brindando apoyo psicológico y afectivo cuando más lo necesitan.

La familia constituye la principal forma de organización de convivencia (INEGI, 2015); por eso los gobiernos y las entidades civiles la consideran como una institución que es preciso resguardar y, para ello, le otorgan un sitio privilegiado en los planes y programas públicos, políticos e incluso religiosos.

Las reflexiones sobre la familia no son nuevas ni escasas; a lo largo de la historia han surgido ideas y construcciones de cómo se constituye y qué la fortalece. Sin embargo, la creciente complejidad del panorama en el que se ubican las familias latinoamericanas (Rangel, Méndez y Servín, 2015) y en particular las mexicanas, sugiere un análisis que incluya la consideración de temas tales como la salud mental.

Para abordar un análisis desde este ámbito es pertinente la teoría *curso de vida*, planteada y desarrollada en la década de los setenta por el sociólogo Glen Elder (Rangel, Villanueva y Vázquez, 2015), en la cual reconstruye la experiencia y la trayectoria que se sucede tras una crisis de salud mental.

Las bases de la perspectiva *curso de vida* se asienta en tres conceptos fundamentales: trayectoria, transición y puntos de inflexión (*turning points*), mismos que de manera general, analizan la forma en que las fuerzas sociales amplían y moldean el desarrollo de los cursos de vida individuales y colectivos (Blanco y Pacheco, 2003).

La perspectiva de Elder (1985) expone una serie de elementos fundamentales para analizar la información a partir de la teoría del *curso de vida* y los cuales se exponen a continuación:

1. El principio del desarrollo a lo largo del tiempo: tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y el análisis.

2. El principio de tiempo y lugar: la importancia del contexto.
3. El principio del *timing*: momento en que sucede un evento en la vida de la persona.
4. El principio de vidas interconectadas: las vidas son interdependientes y es donde se expresan las influencias histórico-sociales.

Cada uno de los puntos antes mencionados es relevante para el análisis de la información de este documento, los cuales fueron abordados en las entrevistas a profundidad que se realizaron a cada uno de los sujetos de estudio. El primer elemento se abordó a partir de los relatos en las diversas etapas del ciclo vital que iban desde la infancia hasta la etapa de la adultez o vejez, dependiendo el caso. Con respecto al segundo punto, dentro de las entrevistas se indagó el lugar de nacimiento, cambios de residencia y lugar de radicación actual, con la finalidad de lograr una mayor comprensión del fenómeno de estudio.

El *timing* fue un elemento medular en las entrevistas a profundidad, pues se hizo énfasis en aquellos eventos y/o sucesos que tuvieron un impacto de manera directa o indirecta en el desarrollo del trastorno bipolar, poniendo especial interés en el momento de quiebre de los individuos, así como el momento en que se diagnosticó el Trastorno Bipolar. En lo que respecta a las vidas interconectadas, los relatos de las familias de estudio están relacionados entre sí, centrándose en los eventos vinculados con el Trastorno Bipolar.

La pertinencia de utilizar el enfoque teórico-metodológico *curso de vida* en esta investigación surge a partir del vínculo que permite analizar el objeto de estudio — la familia— entrelazando las vidas individuales y el cambio social (Blanco y Pacheco, 2003).

La familia aparece, en este sentido, como el eje principal de las intervenciones y la perspectiva teórico-metodológica curso de vida nos ofrece una mayor aproximación a los sujetos y a sus hogares porque el foco de atención se pone en los procesos transicionales por los que atraviesa la unidad familiar (Gutiérrez y Valladares, 2006) a raíz del cambio significativo que surge tras el diagnóstico del TB en uno de sus miembros. A su vez, nos permitirá la observación y el análisis de los momentos significativos y de transición de la familia del afectado, así como la trayectoria de los cambios y repercusiones que ha ido construyendo el núcleo familiar a lo largo de su existencia, los cuales, una vez entrelazados, constituyen el curso de vida familiar.

Tal perspectiva, al considerar el ciclo familiar como un proceso que resulta de la interacción de tiempos distintos, nos permitirá analizar las tres instancias sociales implicadas en dicho ciclo: la intersección del tiempo individual (social o edad biológica), el tiempo familiar (la historia de la trayectoria de la familia) y el tiempo histórico social (roles asignados en la estructura social según la edad de los individuos).

Se analizan las diversas trayectorias de vida familiar que llevan consigo creencias, percepciones y constructos en el pensamiento sobre la enfermedad mental, mismas que articulan las relaciones entre los miembros de la familia que están presentes cuando se manifiesta, en algún evento significativo de vida, el trastorno bipolar en alguno de ellos.

Es necesario comprender que el proceso salud-enfermedad debe tener en cuenta el mundo de significados y creencias construidos por quien padece una

denominada enfermedad mental, su familia y el equipo de salud a su cargo (Builes y Bedoya, 2006).

En este sentido, es necesario incorporar la subjetividad. Cuando se habla de subjetividad y salud mental, de acuerdo con Rivas y Velasco (2003), se parte de la consideración de que este campo no puede ser entendido y abordado como un hecho individual e histórico. Incluir la subjetividad implica ver la salud como producción histórica social, problemática de múltiples registros que requiere identificar qué se produce entre los sujetos en determinados contextos sociales y culturales.

Los estudios que se han desarrollado sobre los aspectos emocionales del sujeto han tratado de articular al individuo enfermo con la estructura social, señalando los factores intervinientes como pobreza, desempleo, desnutrición, violencia, desintegración familiar, etcétera. No obstante, han sido pocos los estudios que analizan cómo estas condiciones de existencia constituyen al sujeto y producen nuevas subjetividades, si bien las condiciones sociales y las de vida tienen un lugar central en sí mismas y en forma exclusiva, no permiten descifrar la problemática singular de cada individuo o familia ante la enfermedad mental (Fernández y Ruiz, 2008).

Para comprender la problemática de la salud es indispensable analizar las condiciones de producción de esta, en su singularidad y, por consiguiente, acceder al problema desde la temporalidad y la historia. La problemática de salud-enfermedad compromete no sólo a un individuo aislado, sino también a las relaciones en las que los sujetos están inmersos: instituciones, grupos, trama familiar, red social y estresores psicosociales a los que se ven expuestos.

Entendemos el proceso salud-enfermedad como algo construido en la interacción con la sociedad y sus imaginarios; en esa interacción se crean las significaciones y discursos que recorren y atraviesan las instituciones, las relaciones intersubjetivas y el cuerpo social en su conjunto (Rivas y Velasco, 2003).

Con base en lo anterior, y considerando la potencialidad analítica de la perspectiva teórico-metodológica *curso de vida*, se posibilita analizar el ciclo de vida familiar y ver sus modificaciones a raíz de la presencia de la enfermedad en uno de sus miembros, así como las subjetividades que sirven de soporte en su actuar cotidiano. Esta investigación se realizará mediante un abordaje cualitativo, identificando las trayectorias de vida individuales y familiares para comprender el TB desde las subjetividades de los actores sociales familiares.

1.3 Antecedentes contextuales y la investigación del problema

1.3.1 Contexto del tema a investigar

El Trastorno Bipolar es una enfermedad mental grave, severa e incapacitante caracterizada por atravesar episodios de depresión, manía, hipomanía y mixtos con tendencia a la cronicidad, con un alto grado de incapacidad laboral y un destacado riesgo de suicidio. En la actualidad, es la sexta causa de la incapacidad laboral en el mundo, comportan un gran gasto económico y social (López y Murray, 1998).

A nivel farmacológico y psicoterapéutico, el tratamiento del TB es complejo, aquí es donde la familia tiene un papel determinante porque el tratamiento implica psicoeducación al paciente y a sus familiares (Miklowitz, 2004). Considerando que la edad en que se inicia el TB es relativamente temprana, se socava el desarrollo

social, educativo y laboral de los pacientes que, además, suelen padecer síntomas eurítmicos y subsindrómicos¹ que conllevan un empeoramiento en su funcionalidad y calidad de vida a nivel global, porque da cuenta de los bajos niveles educativos y las mayores tasas de desempleo que estos presentan respecto a la población general (Lolich, Vásquez, Álvarez, 2012).

Las personas diagnosticadas con TB tienen, por lo general, baja autoestima. Muestran desventajas serias en parámetros sociales y reportan dificultades en el ajuste social, laboral y de esparcimiento. Los estresores psicosociales pueden precipitar recaídas de la enfermedad. Por lo tanto, un contexto social desfavorable justifica la incorporación de estos pacientes a programas de rehabilitación estructurados que requieren intervenciones orientadas a objetivos estratégicos que combatan una serie de puntos críticos. En el plano familiar se encuentra presente la variable de disfunción —esta implica la no funcionalidad en el entorno familiar cotidiano— y la presencia de factores de estrés psicosocial, estas deficiencias en el funcionamiento psicosocial en la familia de pacientes bipolares representarían una vía de transmisión intergeneracional de riesgo no genético para la enfermedad. Hay evidencias de que los periodos de mayor descompensación de pacientes bipolares se relacionan con agudos conflictos familiares (Holmgren, Lermada, Cortés, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela, 2005).

1.3.2 Problema de investigación

Para diagnosticar una enfermedad mental es indispensable la colaboración de la familia porque es quien tiene el primer acercamiento con el afectado y con los

¹ Síntomas eurítmicos y sus síndromos se refieren a síntomas leves del TB y/o a una fase de recuperación o remisión.

síntomas que presenta en el transcurso de su vida cotidiana; además, es quien, de alguna manera, promueve el acercamiento a un profesional en la materia que comúnmente conlleva al seguimiento clínico tanto del diagnóstico de la enfermedad como de los cambios que este genera, mismos que pueden ser frustración, pérdida de expectativas y demás repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad. En este punto, es la familia quien tiene que aprender a detectar los signos de una recaída, dar apoyo emocional y seguridad al familiar afectado por esta enfermedad, dicha circunstancia implica no sólo que haya cambios en la cotidianidad, sino que se brinde apoyo de índole emocional, social y, en ocasiones, psicológico.

En la medida en que se reúnen elementos biológicos y socioculturales, el campo de la salud se vuelve, cada vez más, una realidad sumamente compleja porque es el ámbito en donde se conjugan creencias, tradiciones, tabúes y prácticas familiares. En este sentido, la salud aparece como el espejo de una amplia gama de situaciones en donde se combinan desigualdades sociales, carencias económicas, variantes culturales, uso del espacio geográfico y recursos disponibles tanto naturales como materiales (Vargas, 2002).

Los trabajos de Vargas (2002) señalan que todos son factores condicionantes de los niveles de salud de un grupo humano determinado y de sus prácticas terapéuticas; también nos muestran, por una parte, cómo diversos aspectos materiales y simbólicos se relacionan con los problemas de salud-enfermedad y, por otra, de qué forma el ámbito de la atención a la salud da lugar a procesos sintéticos, a transacciones con la práctica del conocimiento y a relaciones de conflicto y complementaciones entre los terapeutas.

Es importante considerar la necesidad de curar o rehabilitar a las personas que padecen estos trastornos lo mismo que resignificar el hecho de su convivencia familiar, que es justo donde se ha encontrado un vacío en las investigaciones y en la teoría existente. El aporte será abordar a estas familias conociendo su historia de vida personal, familiar y cotidiana mediante la perspectiva teórico metodológica *curso de vida*, la cual permitirá conocer sus trayectorias, transiciones y reconstrucciones que experimentan ante la presencia del desarrollo del TB, utilizando un enfoque cualitativo que servirá para construir tipologías de análisis y desarrollar procesos de intervención social.

De acuerdo con Rosales, Gutiérrez y Torres (2006), el *curso de vida* forma parte de los temas de innovación social propuestos en el análisis interdisciplinario de las Ciencias Sociales, por ello, este estudio pretende profundizar en el conocimiento sobre las trayectorias del *curso de vida* que, como familia, han vivido antes, durante y después del diagnóstico de TB en uno de sus miembros.

La presencia de las enfermedades rompe los esquemas de actividades que venían produciéndose tanto en el interior como en el exterior del hogar. De acuerdo con Bronfman (2000) y Sluzki (2002), la red social familiar se debilita en este proceso de tener la enfermedad presente en uno de sus miembros porque, amén de un escenario económico adverso, se instalan en el hogar sentimientos de miedo, soledad y tristeza (Enríquez, 2008), ante la perspectiva de no poder ejecutar tareas cotidianas y realizar acciones que sostengan la esperanza de realización social e individual tanto del miembro que adolece la enfermedad como de las expectativas de sus familiares.

La presente investigación pretende comprender los cambios que suceden en la vida cotidiana, es decir, aquellos que implican los procesos sociales, emocionales y mentales en los miembros de un núcleo familiar. Dentro de este estudio, se enfatizan los procesos sociales que suceden al entrelazar la subjetividad y la importancia del comportamiento integral de la familia.

De acuerdo con Castro (2002), los métodos cualitativos favorecen el análisis y la comprensión de la subjetividad de los individuos. El carácter sociológico de esta perspectiva se centra en cómo viven su realidad los individuos y, a raíz de esa visión, nace la manera en que estos significados se vinculan con sus conductas. Esta perspectiva supone varios presupuestos *metateóricos* que conviene mencionar: el primero de ellos se refiere al nivel de realidad que debe ser conocido, ligado estrechamente a factores subjetivos e internos a los individuos. El segundo destaca la libertad de los individuos y su conceptualización como punto de partida en la producción de los fenómenos sociales centrados en su dimensión subjetiva. Asimismo, se destaca que al cobrar importancia los factores subjetivos se favorecen a la comprensión más que a la explicación, y así se obtiene ese tipo de conocimiento.

Finalmente, para lograr la comprensión de los factores subjetivos, los sujetos y las situaciones de estudio deben ser abordados en un plano de análisis micro-social y, además, precisar detalladamente los estresores psicosociales a los que diariamente se ven expuestos, de tal manera que las particularidades interpretativas de los procesos sociales puedan ser aprendidas.

1.3.3 Investigaciones revisadas con relación al presente proyecto

La literatura existente sobre el TB es vasta y diversa, abundan los estudios de corte psicológico, médico y algunos abordados desde una perspectiva cualitativa como el que veremos en primer término, titulado “Percepción de la enfermedad, prácticas de atención a la salud y contexto familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar” (Vargas, 2009), cuyo enfoque fue conocer y analizar cómo influye, en la percepción de la enfermedad y su entorno familiar, conocer el diagnóstico de trastorno bipolar.

El proyecto utilizó el método cualitativo y modelos de entrevistas a profundidad con los pacientes, además incluyó a los miembros que construyen su familia, se tomaron sus datos personales, se indagó sobre su estado de salud y se exploró el tipo de relaciones que ha establecido el paciente con los integrantes de su familia.

Otra categoría de análisis que se abordó fue la percepción que se tenía antes del diagnóstico del TB y cuál fue el impacto sufrido tras su certeza. Finalmente, se analizó la forma en que los entrevistados perciben las actitudes de los que están a su alrededor respecto a la enfermedad, al diagnóstico médico y al tratamiento indicado. En los resultados obtenidos, los pacientes presentan a sus familias con datos sociodemográficos y exponen si padecen o no una alteración mental, es decir, pareciera que los rasgos que identifican en ellos los trasladaran a otras personas al momento de definirlos.

Este estudio permite comenzar a entender cómo estas personas han introyectado un fenómeno crónico con el que conviven a diario. Además, y de acuerdo con investigaciones paralelas a esta, se ha estudiado y evaluado el funcionamiento de la familia cuando en casa hay un adolescente con TB, de

hecho, el estudio “Evaluación del funcionamiento de una familia con un adolescente con trastorno bipolar” (Restrepo & Acevedo, 2009) y la información que recoge es un análisis que utiliza cuatro categorías: límites interpersonales, comunicación, ciclo vital individual y familiar y creencias familiares.

Se encontraron límites rígidos y pobre cohesión entre los miembros, altos niveles de conflicto al interior del entorno doméstico, niveles elevados de emoción manifiesta, tareas empantanadas respecto al desarrollo individual de los miembros y creencias asociadas a la vida familiar. En resumen, la experiencia aquí reportada indica un complejo abordaje de pacientes y familias con TB y reitera la necesidad de introducir a los terapeutas en el conocimiento de la evaluación multidimensional del funcionamiento familiar.

Esta investigación, y considerando que una familia altera su cotidianidad cuando el trastorno bipolar se instala en uno de sus miembros, coadyuva a comprender que el método cualitativo en estos casos es insuficiente o no se ha profundizado en él, por lo cual en este estudio se elegirá el método adecuado para aportar una profunda comprensión de situaciones que subyacen en tales contextos.

Hay estudios que nos hablan de ello, como es el caso del titulado “Alteración del funcionamiento familiar en el Trastorno Bipolar” (Holmgren, *et al.*, 2005), cuyo objetivo de investigación fue evaluar qué alteraciones se presentan en el funcionamiento familiar relacionados al costo de la enfermedad y el rol principal del ayudador del paciente. A partir de los resultados se plantean contribuciones estratégicas a programas de psicoeducación para pacientes y familiares. Las variables que se utilizaron fueron la complementariedad de la relación en los

subsistemas conyugales, los procesos de interrelaciones entre los subsistemas familiares, el impacto económico familiar y la percepción del cuidador del paciente. Como método de recolección de datos se utilizó la visita domiciliaria y entrevista que abarcó aspectos relacionales al interior de la familia, aspectos socioeconómicos y del cuidado del paciente.

Aunque la investigación encontró el antecedente del deterioro intrafamiliar a raíz de la aparición del trastorno bipolar, varias limitaciones e insuficiencias respecto a la exploración de la complejidad de la disfuncionalidad familiar en el trastorno bipolar, (Holmgren, *et al.*,2005) porque carece de un diagnóstico longitudinal más preciso respecto a la dimensión relacional previa a la realización del estudio en estas familias.

Los resultados obtenidos de esta investigación sugieren que existe una alteración importante del funcionamiento familiar en el TB, por ejemplo, llaman la atención las altas cifras de ruptura en la relación conyugal. Otra cuestión importante es que, al no estar establecido un diagnóstico psicosocial longitudinal de las relaciones intrafamiliares en las familias bipolares, no es posible determinar el nivel de influencia del TB, es decir, no se sabe si dinamiza una disfunción preexistente o genera disfuncionalidad donde no la había. Aunque la investigación se aborda desde un punto de vista psicoterapéutico, también toca el tema del bienestar familiar.

Existen investigaciones donde se ha tratado de medir el funcionamiento familiar mediante escalas, como es el caso del titulado “Utilización del *Family functioning style scale* en familias con un miembro diagnosticado con Trastorno Bipolar: Una mirada desde el paciente y la familia” (Santibáñez, *et al.*, 2013), cuyo

enfoque es cuantitativo de tipo exploratorio con un diseño descriptivo-comparativo. En la muestra, constituida por 41 personas: 20 pacientes con Trastorno Bipolar y 21 familiares, se observan diferencias significativas en la percepción del grupo de pacientes. Su objetivo principal fue describir y comparar el estilo de funcionamiento de las familias con un miembro diagnosticado con trastorno bipolar desde ambas perspectivas: paciente y familiares. De esta investigación se destaca que son familias que se perciben a sí mismas comprometidas con la búsqueda del bienestar de sus integrantes e, incluso, son capaces de adaptarse a diferentes roles para intentar satisfacer sus necesidades familiares.

Estas familias tienen un fuerte sentido de pertenencia y un alto nivel de lealtad entre ellos, sin embargo, sus pacientes se caracterizan por tener un menor nivel de satisfacción de sus necesidades y con ello un importante nivel de frustración, lo que los lleva a ser altamente críticos respecto al tiempo que dedican para estar juntos, a las estrategias que utilizan para enfrentar los problemas y al nivel de apoyo que reciben por parte de otras personas. Quienes visualizan positivamente el funcionamiento familiar retroalimentan que es el paciente el elemento catalizador de este sistema.

Es importante señalar que esta investigación pretende acercarse de manera exploratoria a una realidad que ha sido poco estudiada, no busca obtener conclusiones definitivas. Es así como el estudio de Santibáñez (2013) será importante, ya que se retoma como eje de análisis la unidad familiar con algunas variantes.

Puesto que fue realizado desde un enfoque cualitativo, de tipo comprensivo, profundizando en las trayectorias, transiciones y las interacciones familiares a

través de ir construyendo trayectorias individuales y familiares mediante relatos enmarcados en 3 momentos importantes: el antes, durante y después del diagnóstico del Trastorno Bipolar, con la finalidad de comprender el proceso que viven estas familias ante el desarrollo del Trastorno Bipolar.

Otra investigación que puede ayudar a comprender el Trastorno Bipolar desde la calidad de vida es el “Curso evolutivo y calidad de vida en el trastorno bipolar” (Gutiérrez, 2008), cuyo objetivo fue determinar las variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas, tras controlar los factores potenciales que se asocian a una peor calidad de vida y a una mayor discapacidad.

Se estudiaron las características de 108 pacientes ambulatorios con TB diagnosticados según los criterios del área hospitalaria; el objetivo fue que, al describir las variables sociodemográficas y evolutivas de la enfermedad, así como su situación clínica actual, la conciencia de la enfermedad, los hábitos de consumo, el grado de discapacidad y el apoyo social pudiera determinar cuál de estas variables de la enfermedad se asocia a una peor calidad de vida y a una mayor discapacidad. En la investigación se estudiaron tres variables:

1. El sexo, la edad de comienzo, polaridad del primer episodio, antecedentes familiares y apoyo social.
2. El número de episodios, intentos de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas.
3. La calidad de vida, la discapacidad, la sintomatología clínica y el uso de sustancias.

El estudio de Gutiérrez (2008) es relevante por el hecho de que cada familia y funcionamiento son únicos, así como las variables que están relacionadas con el

modo de vida y situación de cada paciente. Conocer estos antecedentes y el comportamiento de: variables sociodemográficas, sexo, edad en que se dio el diagnóstico del TB, de que tipo fue el primer episodio de crisis y el número tanto de posteriores e internamientos, antecedentes familiares, apoyo social, la calidad de vida, sintomatología clínica, brindo experiencia teórica útil para la metodología de la presente investigación.

El siguiente trabajo aborda el funcionamiento familiar desde una perspectiva social, se titula “Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental” (Casanova-Rodas, Rascón-Gasca, Alcántara-Chabelas y Soriano-Rodríguez, 2014), y detalla el camino que transita la persona que asume el rol de cuidador cuando uno de los miembros de su familia es diagnosticado con esquizofrenia; el objetivo fue determinar los factores de apoyo social y estructural que se asocian con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los familiares cuidadores.

El material y método fue un estudio descriptivo, correlacional, transversal, no probabilístico y de participación secuencial en dos grupos: 72 pacientes ambulatorios diagnosticados con un trastorno de salud mental y 66 familiares cuidadores. Se utilizaron tres instrumentos: el Cuestionario MOS, el Cuestionario APGAR-Familiar y el Cuestionario Duke-UNC-11.

El estudio, a manera de conclusión, dice que es evidente que, para que funcione el entorno familiar, el apoyo social juega un papel importante tanto en pacientes que padecen problemas mentales como en los familiares cuidadores; es decir, que el eje familiar y el apoyo social son fundamentales para afrontar con

éxito la funcionalidad familiar y los problemas que ocasionan las enfermedades mentales.

Desde lo social también existen estudios de las diferentes etapas que transita el paciente mental y que fueron articuladas por sus familiares, el trabajo titulado “Virajes, la carrera del paciente mental: un estudio de tres familias” (Larrahondo, 2016), aborda esta visión y, mediante categorías sociológicas, describe las etapas de la carrera del paciente mental. La información proporcionada por los familiares de tres personas que padecen de esquizofrenia en el municipio de Candelaria, Valle del Cauco, Colombia, ha servido para analizar la manera cómo se organiza el proceso de construcción del paciente mental. Debido a que la enfermedad mental es un concepto muy amplio, se optó por estudiar sólo los casos de personas con esquizofrenia, ya que es el trastorno mental que más se relaciona y ajusta con la idea social e histórica de *locura*.

En este sentido, es destacable la dificultad de conseguir la participación de un número mayor de familias, ya que la enfermedad mental de sus seres queridos suele ser considerada como un asunto privado y doloroso. En lo que refiere a la información empírica, se trabajó con una fuente compuesta por los documentos que integran las historias clínicas de pacientes mentales, informes de medicina laboral y material fotográfico dispuesto por las familias. Es importante aclarar que los discursos obtenidos no son producto de la convivencia cotidiana del investigador en el entorno familiar de los informantes, sino consecuencia de la aplicación de entrevistas semiestructuradas en “situaciones conversacionales” y escenarios pactados con los entrevistados. Lo que se intentó en este trabajo fue

mostrarle al lector un proceso social común entre quienes comparten la experiencia de padecer y relacionarse con la enfermedad mental.

La investigación, a pesar de haber incluido una muestra de tres familias con una enfermedad tan específica como la esquizofrenia, aporta mucho al camino de este estudio porque ratifica que falta indagar aún más en este proceso para proponer planes de acción inmediatos, tanto para las familias con un miembro que padece esquizofrenia y en materia de políticas públicas proporciona información para generar programas de psicoeducación que sirven de redes de apoyo social tanto para familiares como pacientes con esquizofrenia .

A pesar de que en el campo de las Ciencias Sociales hay muy pocos trabajos al respecto, se puede rescatar un interesante estudio sobre este tema llamado “Representaciones sociales existentes en una familia hacia uno de sus miembros con trastorno afectivo bipolar” (Almonacid, Burgos, Maldonado y Polo, 2007), el cual es de gran utilidad para este trabajo de investigación porque se abordó desde una perspectiva cualitativa con orientación etnográfica y con el propósito de identificar las representaciones sociales existentes en una familia hacia uno de sus miembros con TB.

En el estudio se trabajó con la familia de una persona diagnosticada con TB, se realizaron una serie de observaciones sistemáticas y entrevistas a profundidad con un abordaje etnográfico; los resultados obtenidos mostraron que las representaciones sociales de la familia respecto al individuo con TB, se relacionan con la necesidad que tienen de asumir la enfermedad del sujeto como una situación real que genera emociones específicas y que afecta de manera directa la dinámica familiar.

Esta investigación pretendió describir las representaciones sociales que hay en la familia frente a uno de sus miembros con TB, a través de una serie de entrevistas y diarios de campo que permitieron dar a conocer las diferentes concepciones de cada uno de los miembros acerca de la enfermedad de su familiar diagnosticado con TB.

Se consideró pertinente consultar la investigación arriba señalada porque se articula con este trabajo de tesis, aunque la perspectiva teórico-metodológica curso de vida se enfocará a las trayectorias y a las transiciones familiares debido al momento significativo en el cual hace aparición la enfermedad. Las categorías aquí utilizadas nos serán de gran ayuda para la futura construcción de las trayectorias familiares.

Siguiendo la línea de estudios sobre enfermedad, aunque no propiamente respecto a la salud mental, una tesis doctoral que refiere a las representaciones sociales enfocada a las trayectorias del proceso de salud, enfermedad y atención es la titulada “Trayectorias y representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de mujeres participantes en programas sociales” (Rangel, 2010). En esta investigación, centrada en las mujeres participantes de manera directa e indirecta en los programas sociales Oportunidades y Seguro Popular, se puede observar la búsqueda de sus significados y trayectorias acerca del proceso salud/enfermedad/atención (SEA) en cada uno de los estudios de caso, con el objetivo de relacionar dichos conceptos para establecer vínculos con la política pública en materia de salud.

Desde la perspectiva de Rangel (2010), Oportunidades y Seguro Popular son dos programas sociales orientados a atender aspectos relacionados con la salud

de la población en situación de pobreza; uno de sus principales logros es que permitieron establecer vínculos de análisis para definir cómo se implementa la política pública en materia de salud y esto se ve reflejado en la construcción sociocultural de los padecimientos que resultan de los procesos del SEA. Además, el sustento teórico-metodológico utilizado permitió el acercamiento a la dinámica socioeconómica, sociocultural y sociopolítica de los hogares, la cual integró aproximaciones cuantitativas y cualitativas del sector urbano analizado —*La Huizachera*, del municipio de El Salto, Jalisco— y de la experiencia del proceso SEA de las mujeres durante su curso de vida y las distintas etapas del ciclo doméstico al formar parte de dos de los programas sociales medulares tanto de la Secretaría de Desarrollo Social como de la Secretaría de Salud en nuestro país.

A este proyecto de investigación le aportará un modelo teórico-metodológico donde es posible vislumbrar la perspectiva Curso de vida a partir de las trayectorias construidas y los distintos actores sociales que participan en el proceso SEA.

Interesado en la psicoeducación y tomando en consideración la importancia que tiene la familia en este proceso de trayectoria vital familiar se encontró un interesante estudio titulado “Noción de cuidado en familias con un miembro con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar” (Builesy Bedoya, 2006), cuyo objetivo fue identificar la noción de cuidado que tienen las familias del grupo psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquía que tienen un miembro con diagnóstico de TB. Se realizó una investigación cualitativa que tuvo como método la fenomenología hermenéutica. Durante el proceso se realizaron

entrevistas en profundidad con 12 familias y el análisis de los datos se realizó utilizando el software cualitativo *Atlas.ti*.

Los resultados los clasificaron en cuatro categorías: el cuidado concebido como bien (el cuidado como forma de cuidar de sí), el cuidado como trayectoria (horizontal y vertical) y el cuidado como teleología. De dichos resultados se concluye que las familias conciben el cuidado como un bien que se dona a quien se cuida. En esta medida, el cuidador se realiza en cuanto puede cuidar de otro. Esta investigación ayudó a comprender la manera de abordar un factor indispensable dentro de este proceso de la enfermedad: el cuidador.

El siguiente estudio, titulado “Trastorno Bipolar desde la perspectiva de los cuidadores familiares” (Ospina, et al., 2006), tuvo como objetivo comprender el TB desde la perspectiva de quienes cuidan de los sujetos que padecen la enfermedad e identificar las estrategias que ayudan al bienestar del paciente y su familia. Los materiales y métodos utilizados se aplicaron a 13 cuidadores, todos familiares de pacientes con TB y, tras previo consentimiento informado, fueron entrevistados en profundidad.

Los cuidadores y familiares reciben un doble impacto emocional: el de una enfermedad crónica y el de una “enfermedad desconocida”, a esto se suma la baja cobertura del sistema de salud para los sujetos que padecen TB y sus familias, así como el choque que algunas recomendaciones terapéuticas presentan con prácticas culturales asociadas a diversión y relaciones de género.

Los cuidadores con más experiencia han construido estrategias de cuidado ante los cambios actitudinales en los pacientes, prácticas alternativas de salud y cambios en el entorno físico y emocional de la familia. Sin embargo, son escasas

las estrategias de autocuidado que, tras un tiempo, derivan en síntomas propios de estrés postraumático, postergación de sus necesidades y proyectos, por ello se sugiere la necesidad de implementar intervenciones oportunas con los cuidadores que les permitan, entre otras cosas, reducir el impacto de tener un familiar enfermo, enfrentar la angustia del diagnóstico, sobrellevar el duelo de romper la normalidad, familiarizarse con la etiología, aprender a tratar la enfermedad, lograr aprendizajes colectivos sobre el cuidado y autocuidado, fomentar redes de apoyo social y educación en salud mental que permita a los pacientes y familiares obtener mejores beneficios del sistema de salud.

Hasta aquí se observa que hay infinidad de estudios de la familia donde la salud mental, principalmente de corte psicológico, se hace presente. Hay investigaciones sobre la familia y el enfoque teórico-metodológico *curso de vida*, algunos de corte demográfico, como es del siguiente estudio titulado “Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos sub cohortes de mujeres mexicanas” (Blanco y Pacheco, 2003).

Dicho estudio tuvo dos propósitos: uno metodológico y otro teórico. Aunque muchas veces resulta difícil distinguir con claridad entre ambas dimensiones, aquí es necesario diferenciarlas para fines expositivos. Desde la vertiente metodológica, la intención fue poner en práctica la utilización simultánea de fuentes de información de índole muy diferente —cualitativa y cuantitativamente— en el marco de lo que algunos autores llaman una “metodología mixta” (Blanco y Pacheco, 2003). En la vertiente teórica, el propósito fue destacar algunos de los principios rectores del denominado enfoque del curso de vida para analizar la articulación trabajo-familia en dos grupos de mujeres mexicanas pertenecientes a

dos cohortes diferentes, es decir, ubicadas en dos momentos históricos distintos del siglo XX: los años 30 y los años 50.

El enfoque teórico-metodológico *curso de vida* se abordó también en el estudio “Curso de vida y trayectorias en salud de actores sociales adscritos a políticas públicas” (Rangel, Villanueva y Vásquez, 2015), trabajo que entrelaza los distintos tiempos en que los sujetos constituyen sus diversas trayectorias. Era importante dar cuenta del recorrido histórico individual y social de los procesos salud/enfermedad/atención que los adultos, específicamente las mujeres titulares de los programas de Oportunidades-Seguro Popular habían construido sobre los programas adscritos a estos programas, se analizó cómo se entrelazan los eventos de las distintas trayectorias como la educativa, la laboral, la social, entre otras, teniendo como eje la trayectoria de los procesos salud-enfermedad-atención. Asimismo se identificaron las discontinuidades en su curso de vida, producto de la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, esto permitió proponer estrategias alternativas en la operatividad de los programas de política pública. La investigación se centró desde el enfoque cualitativo, lo que permitió, a través del método etnográfico, tener un mayor acercamiento por medio de la observación, los grupos focales y las entrevistas a profundidad.

Es importante reiterar que las investigaciones aquí referidas son de gran relevancia para comprender las interacciones que se dan en el contexto familiar y profundizar en el tema del TB. Con la información de los anteriores estudios de caso e investigaciones previas es posible colocarnos en contexto y ahondar en la aproximación al tema desde la trinchera familiar, el cual es el eje primordial y

unidad de análisis por el cual se desarrollará nuestro proyecto, teniendo siempre presente los diversos actores que forman parte de la misma red social.

1.4 Objetivos del estudio

1.4.1 Objetivo general de la investigación

Comprender los procesos de las trayectorias, transiciones y reconstrucciones en las familias para construir tipologías de análisis que permitan desarrollar procesos de intervención social cuando se presenta el trastorno bipolar en uno de los integrantes del hogar.

De lo anterior, se desprende la importancia de realizar este trabajo mediante el análisis de las familias, entretejiendo su curso de vida familiar, conocer su contexto, su vivir cotidiano, en las formas en que se reconstruyen socialmente, conocer sus diferentes redes sociales, analizar su trayectoria como familia desde el antes y después de que la enfermedad se hubiese diagnosticado, su trayectoria de enfermedad/atención, cómo perciben y reconocen sus relaciones entre sí, comprender cómo viven, sienten y se detectan los periodos de crisis, cómo se establecen lazos de ayuda, amor y los posibles estresores psicosociales que enfrentan ante esta situación, cómo se toman algunas decisiones para llegar a un acuerdo común que brinde atención y/o cuidado al familiar enfermo así como encontrar en otras instancias, públicas o privadas, redes de apoyo vinculadas o no a la familia.

1.4.2 Objetivos específicos de la investigación

1. Exponer las características de las situaciones que se presentan en la dinámica familiar ante la presencia de un miembro con trastorno bipolar a partir de las etapas del curso de vida que se generan en el sujeto que padece la enfermedad y en los integrantes del hogar referente a los momentos antes, durante y después del diagnóstico del trastorno bipolar.

El primer paso fue identificar a las familias mediante la búsqueda, solicitar la colaboración de profesionales de la salud, básicamente psiquiatras o directores de asociaciones que tienen o hayan tenido contacto con un paciente diagnosticado con trastorno bipolar. Una vez hecho este contacto, se identificará a la persona encargada ya sea el padre o la madre que acepte no sólo la entrevista a su familia sino el hecho de entrar en su vida cotidiana.

2. Identificar las relaciones y experiencias entre los miembros de la familia ante la presencia del miembro con TB.

Una vez concretadas las entrevistas con los integrantes de las familias, se identificaron las relaciones que llevan entre sí en su día a día para proceder a una o varias entrevistas a profundidad con cada uno de sus miembros.

3. Detectar las transformaciones en las expectativas de vida que se manifiestan en los padres o hijos ante un hijo o un padre con TB.

Entretejer una relación de suficiente confianza y empatía con la persona de la familia de quien dependa el cuidado e introducirnos para entender cómo perciben y viven la situación del proceso salud/enfermedad/atención.

4. Dar cuenta de los estresores psicosociales que se presentan en el entorno familiar a partir de la construcción de diversas tipologías de familias con quien padece TB.

Una vez dentro de la cotidianidad y contexto familiar, se aprovechó el momento de las entrevistas para detectar, mediante la comunicación empática, cuáles son los puntos de alerta que conlleva tener un miembro de la familia con un problema de salud mental. Para obtener la información, es importante establecer el rapport necesario para que las familias a entrevistar adquieran confianza y tengan la certeza de que la información que proveen será confidencial y de relevancia indiscutible para analizar su proceso vital de salud/enfermedad/atención.

1.5 Preguntas de investigación

Tras encontrar familias con uno de sus miembros debidamente diagnosticado con Trastorno Bipolar es preciso plantearse preguntas generales de investigación.

1.5.1 Pregunta general de la investigación

¿Cuáles son los procesos de las trayectorias, transiciones y reconstrucciones de las familias que permiten construir tipologías de análisis para el desarrollo de procesos de intervención social cuando se presente el Trastorno Bipolar?

La salud mental y el bienestar que se detallan en el apartado teórico-metodológico, refieren cada uno de los ejes temáticos que determinarán el panorama de cada familia y que dan pie a una serie de preguntas que se responderán en el transcurso de la investigación.

1.5.2 Pregunta de investigación específicas

1. ¿Qué situaciones se presentan en la dinámica familiar ante la presencia de un miembro con Trastorno Bipolar a partir de las etapas del curso de vida del que padece el TB y los momentos de antes, durante y después del diagnóstico en los familiares?
2. ¿Cómo son las relaciones y experiencias de los padres, los hijos o de los hermanos con el miembro con Trastorno Bipolar?
3. ¿Qué cambios o transformaciones se manifiestan entre los integrantes del hogar cuando el hijo (a), padre, madre o hermano (a) con TB?
4. ¿Cuáles son los estresores psicosociales que se presentan en la familia antes, durante y después del diagnóstico del Trastorno Bipolar en uno de sus miembros?

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Partiendo de lo general a lo particular, mediante el abordaje teórico-metodológico del *curso de vida* se analizarán tres ejes temáticos: la familia, la salud mental y el bienestar subjetivo; de estos tres rubros se explorará su interacción y se profundizará en sus elementos teóricos, cuya perspectiva considera que la salud de una persona está influida, e incluso determinada, por sucesos tanto de su entorno inmediato como de su pasado familiar, social y generacional.

Tomando en cuenta estos factores, se considera que, por medio de la aproximación metodológica seleccionada, en fases posteriores de la investigación se podrán establecer los vínculos pertinentes entre la reconstrucción del proceso que viven las familias y las posibles redes sociales que pudieran formar parte de la reconstrucción familiar y así iniciar procesos de intervención social e integral que coadyuven al mejoramiento de la salud mental y física de los núcleos familiares que conviven con el TB.

2.1 Familia

La naturaleza del ser humano es ser social, nuestra comunicación se desarrolla a muy temprana edad y el carácter de cada individuo se forja influido por el entorno en el que interactúa. Por lo general, el primer entorno que nos determina es el de la familia, que es justo el lugar donde comienza nuestro desarrollo personal, el aprendizaje de los valores e implementación de costumbres.

El ámbito familiar se considera una institución protegida por la ley y la sociedad porque los lazos afectivos que ahí se generan implican el desarrollo del ser

humano, su íntima interacción y socialización con otros que fortalecerán su identidad como individuo (Moliner, 2005).

La familia, en términos idílicos, es producto del amor, y el amor es la expresión de la mutua atracción física que experimentan dos personas (Giddens, 2009). El concepto viene a cuento porque, en la actualidad, es común que una pareja enamorada se comprometa en matrimonio para, luego del trámite nupcial, vivir una relación personal y sexual plena que, tiempo después, los llevará a tener hijos y formar su propia familia. Si bien esta dinámica de *amor romántico* parece que siempre ha existido, en realidad no; data apenas del siglo XIX, de la etapa que conocemos como *romanticismo* y que, desde entonces, ha influido en la percepción social y cultural de la vida cotidiana. En la actualidad, una pareja, casada o no, forma un núcleo familiar (Giddens, 2004).

Si bien “cada familia es única y diferente de las demás” (Salles,1991), en el caso de nuestro país, y considerando la vasta bibliografía existente que refleja su importancia, las familias mexicanas, según Welte-Chanes (2015), son un referente de ideal social, una institución rígida y un espacio donde se configuran las primeras relaciones de una forma íntima y natural.

De su grupo social primario se despliegan los valores inherentes a cada individuo, es decir, de su interacción principal con el mundo social. Según Tuirán (2001), la familia establece una realidad compleja y multidimensional porque es el enlace entre el pasado, presente y el futuro de una persona. La herencia de una familia impacta en los miembros del grupo porque sus usos y costumbres forman patrones que se repiten con el objetivo de fortalecer la identidad.

Las relaciones y experiencias de las familias suceden dentro del ámbito de la intimidad y una buena comunicación afectiva, sobre todo en las parejas de la actualidad, tiene sus bases en un sentido de mutuo respeto e igualdad, donde los derechos y las obligaciones son equitativos. Sin embargo, para que estas relaciones funcionen se requiere de un ambiente libre de arbitrariedades, donde impere el diálogo, la confianza y no haya coacciones ni violencia (Giddens, 1998).

De acuerdo con Tuirán (2001), la familia es un sistema que nutre la vida de sus miembros, los conecta con su entorno, forja el carácter de cada individuo y transmite la herencia familiar de sus predecesores; en el entorno familiar se inculca la idiosincrasia, se moldea la personalidad, se heredan hábitos, costumbres y usos que forman su cultura. Nuestra propia vida familiar trae consigo símbolos, valoraciones y fuertes ideales que hacen difícil ver a la familia desde un contexto ajeno. Lo que sentimos acerca de nuestra propia familia afecta los pensamientos generales sobre de este tema.

Por ello, al estudiar a la familia, es necesario entender que las experiencias de cada una suceden en contextos diferentes y peculiares determinados por circunstancias como el nivel socioeconómico, cultural, étnico e incluso político. Las familias que conforman el presente estudio están inmersas en contextos tan diferentes como el nivel socioeconómico, cultural y social, por lo que sus experiencias vividas son distintas e impactan en la naturaleza de sus relaciones. No obstante, y este es el punto más interesante, se muestra que sin importar la diversidad de sus circunstancias, existen coincidencias significativas antes, durante y después del diagnóstico del TB. Al respecto, la literatura nos menciona que, si nos damos a la tarea de conocer el entorno presente y pasado de las

personas insertas en esa institución social llamada familia, será posible comprender lo que sucede en sus relaciones personales y sociales (Giddens, 2004).

Para profundizar la comprensión al respecto, es necesario determinar las particularidades de los conceptos que dan pie al análisis de la información recabada durante esta investigación: hogar, familia, parentesco y matrimonio.

Desde la perspectiva de Giddens (1998), una familia es un grupo de personas ligadas por nexos de parentesco, aunque no se hace presente en todos los contextos sociales, en particular cuando se tiene algún integrante que padece una enfermedad crónica, con discapacidad o si un adulto mayor requiere de cuidado y supervisión en sus actividades de la vida diaria.

Por otra parte, el parentesco se establece ya sea por matrimonio o por una línea genealógica que vincula a familiares consanguíneos. El matrimonio podría definirse como la unión social y sexual de dos personas adultas que es social y familiarmente reconocida, aprobada y celebrada; de esta unión nace la figura de parientes, que involucra tanto al matrimonio como a los familiares consanguíneos de cada uno de ellos.

La alternativa de formar una familia es la cohabitación, es decir, la decisión de dos personas de vivir en pareja sin pasar por la parafernalia social y legal, pero con las mismas responsabilidades íntimas, personales y sociales. En este tenor, una gran diversidad de sociólogos y antropólogos llama *familia nuclear* al entorno en el que dos adultos viven y conviven en un hogar con hijos propios o adoptados. En este punto, la familia extensa es, con frecuencia, aquella que vive en el mismo

hogar donde conviven una familia nuclear y otros parientes cuyo contacto es continuo e íntimo.

De acuerdo con Rabell (2014), los demógrafos expertos hacen una distinción en los conceptos de hogar y familia. Se distingue al concepto de hogar como un grupo de co-residentes, es decir, con liderazgo compartido. Mientras que se define a la familia como el conjunto de personas con vínculos parentales que conviven en un mismo lugar. Aunado a lo anterior, la familia realiza las funciones esenciales para la reproducción social y biológica como la procreación, la interacción social, la transmisión de valores y los roles.

Además de los dos conceptos de hogar y familia, en los estudios demográficos se utiliza uno más: grupo doméstico. Para Rabell (2014) es importante enunciar la diferencia entre estos conceptos para fortalecer el significado de la familia y evidenciar el contraste entre los otros dos.

De acuerdo con Rabell (2014), el grupo doméstico está conformado por individuos en una vivienda cuya convivencia es cotidiana. Este grupo se define a partir de la cercanía geográfica o espacio de convivencia, llamado principio de propinquidad. La estructura de los hogares se establece a partir de relaciones de parentesco entre los miembros del hogar y el jefe. La jefatura es un elemento esencial en la construcción del concepto de hogar, las familias, entonces, son hogares de dos o más individuos emparentados. En nuestra sociedad el parentesco se establece a través de los lazos que unen a personas que tienen vínculos conyugales o filiales entre sí, es decir, a través de su genealogía. Cada cultura define qué vínculos de parentesco son los indicados para estructurar la convivencia.

Tabla 1. Diferencias entre grupo doméstico, hogar y familia

Grupo doméstico	Hogar	Familia
Está conformado por personas en una vivienda que conviven de manera cotidiana.	Están conformados por personas que conviven en una vivienda de forma cotidiana, aunque no precisamente tengan lazos familiares.	Está conformado por un grupo de personas que conviven y donde existen relaciones de parentesco genealógico.
Los miembros de un grupo doméstico (por lo regular equiparado a la vivienda) se agrupan en hogares.	Los hogares son conjuntos de individuos que conforman grupos domésticos.	Las familias son hogares de dos o más individuos emparentados.
Se identifican por los criterios propinquidad y vivienda; funciones y estructuras basadas en el parentesco.	La estructura de los hogares se establece a partir de relaciones de parentesco entre los miembros del hogar y el jefe.	

Fuente: Elaboración propia con base en Rabell, 2014.

Los hogares se caracterizan por estar conformados por un grupo de personas que, teniendo o no lazos familiares, hacen una vida en común. Los criterios funcionales y la propinquidad son los elementos esenciales.

En el estudio de la familia se nos remite a ver los trabajos realizados a través de los años por Leñero (1983), citado por Welty-Chanes (2015). El autor construyó una tipología de familia que tipifica en más de 200 tipos de organización. Para él hay tres factores macroestructurales que dan lugar a una diversidad significativa de los tipos familiares.

1. Tipología según la ubicación geosocial, regional, local y habitacional de residencia de la familia, lo que haría posible identificar tipos de familia: según regiones de país, según el tamaño y densidad de las localidades en que se encuentran (ciudad, pueblo, colonia o barrio) y según el contexto vecinal y habitacional de las mismas.
2. Tipos de familia según la cultura o subcultura de las comunidades a las que pertenecen.
3. Tipos de familia según la pertenencia a una clase social o un estrato socioeconómico determinado por el sistema de producción, distribución y consumo en el país (Welty-Chanes, 2015).

Según Welty-Chanes (2015), en México se identifica la existencia de 11 tipos de familia:

1) Papá, mamá y niños, 2) papá, mamá y jóvenes, 3) pareja, hijos y otros parientes, 4) familia reconstituida, 5) pareja joven sin hijos 6) nido vacío, 7) pareja del mismo sexo, 8) papá solo con hijos, 9) mamá sola con hijos, 10) co-residentes, 11) familia unipersonal; estos autores trabajaron indistintamente el concepto del hogar como el de familia; sobre esta clasificación se rescata la base de datos de la Encuesta de Ingreso y Gasto de las Hogares que realiza el INEGI.

Dentro de su proceso de información, la familia puede ser abordada desde tres perspectivas: la estrictamente sociológica, la observación de los cambios de su mantenimiento o la de su desintegración. De acuerdo con Welti-Chanes (2015), el rol de la familia posee una fuerte influencia si de transmitir valores se trata. Los sociólogos comprenden a la sociedad a través de la observación de la familia, institución considerada como el grupo primario más importante. Las transformaciones de la sociedad y su dinámica se pueden observar desde el objeto de estudio: *la familia*, ya que son un reflejo de esta.

Dentro de la sociedad mexicana, la familia conforma una institución con enorme arraigo que hace posible su estudio desde su historia de adaptación a través de los siglos, en los que han existido cambios macro-sociales que han evidenciado la desigualdad de la sociedad mexicana, misma que ha hecho que las familias rurales y urbanas se modifiquen (Gonzalbo y Rabell, 1999).

Entonces, tal como menciona Tuirán (2001), el entorno en el cual se desenvuelve una familia es determinado por las transformaciones culturales y económicas del contexto que, además, es el que le imprime rasgos únicos de ideales y situaciones particulares; desde esta perspectiva, la familia representa una intersección entre cultura y naturaleza (Salles, 1991).

Entre los diversos conceptos de familia podemos señalar que ésta también se constituye por la comunidad de amor y solidaridad sin importar su contexto o ley (D'Agostino, 1991, en Pérez Duarte, 1994); en el caso del concepto *comunidad*, la sociología la define como un grupo primario a la familia que, a través de los lazos estrechos de afecto, manifiesta una de sus características más importantes.

Por su relevancia social, la familia es un grupo privilegiado en los estudios de las Ciencias Sociales porque se ha abordado desde la reproducción, la herencia, transmisión de propiedad, demografía, la socialización de los individuos hacia las normas culturales de la sociedad y las relaciones de género. Tuirán (2001) afirma:

En México y en América Latina se ha impulsado a la investigación histórica sobre la familia expresado en temas como la transición al capitalismo y el rol empresarial de la familia en, asimismo el papel protagónico de la familia en el desarrollo de las sociedades latinoamericanas sugiere que no es posible analizar cambios económicos, políticos, sociales o demográficos sin restituirlos en el contexto de la familia (Tuirán, 2001 p. 23).

Según lo expuesto anteriormente, inferimos que el tema de familia presenta numerosas posibilidades y una enorme riqueza de investigación social que, dicho sea de paso, es el propósito de este estudio. El eje de *familia* será el vínculo principal para constituir la propuesta de esta investigación, por su relevancia, interacción e influencia en sus miembros y, específicamente, en personas con trastornos mentales.

El estudio del concepto *familia* se ha vislumbrado desde diversas aristas que han desmenuzado desde su composición, origen, evolución y dinamismo hasta las diversas estructuras que la componen. Todo esto ha puesto énfasis en el misterio de su composición y cómo se encuentra profundamente ligada a la diversidad de sus miembros, a la interacción entre padres, hijos y cónyuges, así como un refugio de intimidad y un lugar de consumo, lo que provoca un estado de tranquilidad y seguridad entre sus integrantes (Pérez, 1994). No obstante, Ullman, Maldonado y

Nieves (2014) destacan cómo las estructuras familiares se han diversificado y los hogares monoparentales encabezados por mujeres han aumentado, mientras que los hogares biparentales han disminuido debido a su composición generacional y al ciclo de vida.

En este sentido, es importante mencionar que dentro de esta interacción, las relaciones familiares forjan relaciones de poder y autoridad permeadas por la distribución de recursos que satisfacen sus necesidades, obligaciones y responsabilidades de acuerdo con el rol que desempeña cada miembro.

Los roles que desempeñan los miembros de la familia dentro del hogar dependen del tipo de composición familiar a la que se pertenezca. En la Tabla 2 se muestran los diversos tipos de estructura de los hogares en Latinoamérica (Chant, 2007), porque es importante comprender las formas de interacción que se presentan cuando uno de sus integrantes tiene una enfermedad mental. Reconocer estas tipologías es relevante por la diversidad de arreglos entre los integrantes de la familia y por el trato y/o apoyo hacia la persona que presenta Trastorno Bipolar.

La información de la Tabla 2 evidencia la diversificación de las estructuras y composiciones de las familias y hogares; al respecto, la Encuesta Nacional de Dinámicas de las Familias en México construyó tipologías de hogares como nuclear, extenso, compuesto, corresidentes y unipersonal. Echarri (2009) menciona cómo con el paso de los años los hogares extensos y unipersonales van adquiriendo mayor presencia en proporción con los nucleares en localidades de diferentes tamaños poblacionales.

Tabla 2. Formas comunes de estructuras de hogar en Latinoamérica contemporánea.

Estructura del hogar	Descripción breve
Hogar nuclear	Padre e hijos biológicos
Hogar de familia mixta, adoptiva	Hogar en el cual uno de los dos –o ambos– miembros de la pareja no es el padre biológico de uno o más de los hijos con quienes residen.
Hogar con cabeza femenina	Término genérico para un hogar donde la mujer mayor o cabeza de hogar pierde al compañero con el que residía. Con frecuencia, aunque no siempre, la cabeza de familia es madre soltera.
Hogar extensivo	Hogar que comprende, además de uno o los dos padres e hijos, otros parientes políticos o sanguíneos (<i>de facto</i> o <i>de jure</i>). Pueden estar encabezados por hombre o mujer y haberse extendido lateral o verticalmente, e incluso de manera multigeneracional.
Hogar nuclear compuesto	Arreglo en el cual dos o más familias relacionadas comparten el mismo espacio (vivienda o terreno), pero operan como hogares con reproducción diaria y presupuestos separados.
Hogares encabezados por abuela	Abuela y nietos sin la generación intermedia.
Hogar de una persona soltera	Hombre o mujer que vive solo.
Hogar de madre sola	Madre que reside con sus hijos
Hogar extensivo con cabeza femenina	Hogar que comprende a la madre soltera, los hijos y otros parientes
Hogar sólo femenino	Mujer que vive con otras mujeres (parientes o amigas)
Hogar lésbico	Mujer que vive con su compañera sexual
Hogar con predominio de la mujer dominante	Hogar encabezado por una mujer, donde, aunque haya presencia masculina, sólo son jóvenes, con menos poder y autoridad que las mujeres adultas.
Unidad “sumergida”, con cabeza femenina	Unidad que comprende una madre joven y sus hijos, contenida dentro de un hogar amplio (normalmente de sus padres). A veces llamada <i>subfamilia con cabeza femenina</i>

Fuente: Chant (2007).

Sin embargo, para el presente estudio, se retoma la tipología de Chant (2007) porque cuando se presentan y luego se diagnostican los padecimientos o enfermedades, son las mujeres —aún cuando tengan que laborar fuera del hogar— las principales encargadas de proporcionar los cuidados de la familia.

Los roles dentro de las familias con un miembro con TB pueden llegar a ser más marcados, incluso cambian a partir de la certeza del diagnóstico, pues la responsabilidad, supervisión y cuidado se hace más extenuante. En este sentido, uno de los elementos más importantes a mencionar dentro de los roles sociales y la estructura familiar es la desigualdad de género pues, según Giddens (2009), en la actualidad las mujeres se enfrentan de manera cotidiana a una contradicción, por un lado son independientes en los ámbitos profesional-económico y, por otro, la maternidad les demanda estar presentes en el crecimiento de los hijos.

2.2 Políticas familiares

Según Arriagada (1998), cuando se trata de políticas existen diversas dificultades para las familias porque su diseño es complejo debido a que las trayectorias de sus miembros no son homogéneas, además existen dificultades que interfieren, precisamente, en un diseño adecuado. El mito de la familia nuclear como modelo ideal señala que, además de estar debidamente casados, se debe contar con la presencia de ambos padres, tener hijos y, en la distribución de roles, colocar a la madre como única agente socializadora con los niños. Todas estas situaciones han cambiado y se precisa no reforzar los tipos de familia sino sólo redefinir las funciones que debe cumplir.

Goldani (2005) plantea una tipología donde destaca la mayor o menor exclusividad de las políticas familiares. Las políticas de familia son el conjunto de medidas o instrumentos que intentan intervenir en el modelo familiar existente, tratando de conformar estructuras para lograr un determinado modelo de familia; además, las políticas referidas a la institución familiar son el conjunto de medidas e instrumentos de política públicas cuyo objetivo es fortalecer las funciones que cumplen las familias, destacándose entre ellas la reproducción y sociabilización de sus miembros, filiación y herencia, garantías de las condiciones materiales de vida, construcción de la subjetividad de sus integrantes (sistema de valores, actitudes, ideologías y personalidades).

Según Tuirán (2001), de las investigaciones sobre la estructura familiar en México surge la definición de varios conceptos:

- El *hogar* alude al conjunto de individuos que comparten una misma unidad residencial y articulan una economía común.
- La *familia* tiene varias acepciones.
- El *núcleo familiar elemental* comprende pareja sin hijos; pareja con uno o más hijos solteros y padre o madre con uno o más hijos solteros.

A pesar de que en términos de modelos familiares haya similitudes que pueden ser tipológicamente sistematizadas (nucleares, extensas, monoparentales), cada familia es vista como un ámbito relacional constituido de manera idiosincrática; así, bajo el modelo nuclear, cada familia es única y diferente de las demás (Salles, 1991).

Según Durán (1988), citado por Tuirán (2001), dice que una familia:

Es un grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos que constituyen complejas redes de parentesco actualizadas de manera episódica a través del intercambio, la cooperación y la solidaridad. La articulación de dichas redes implica una serie de reglas, pautas culturales y prácticas sociales referidas al comportamiento entre parientes. Entendida de esta manera la familia se extiende en círculos concéntricos de tenues graduaciones que se ensanchan a medida que las relaciones e intercambios familiares pierden intensidad (Tuirán, 2001 p.27).

Con este estudio, si bien no se pretende incidir en materia de política social, sí se insiste en la necesidad de repensar en los procesos sociales que se construyen cuando existe un familiar con TB al interior del hogar, por lo que tanto los cuidados como la salud mental requieren de la participación del Estado a través de políticas inter contextuales que no homogenicen a la población que se encuentra en esta situación.

2.3 Relaciones familiares

Según Salles y Tuirán (1996), las relaciones familiares implican costumbres y usos de vida que determinan su cotidianidad y la manera en que enfrentan el diagnóstico del TB. En este amplio marco encontramos desde los mitos que rigen la vida familiar hasta los diferentes tipos de leyes; respecto a los mitos, se articulan una serie de creencias profundamente arraigadas en la conciencia colectiva que funcionan como elementos normativos del entorno familiar.

Es decir, las relaciones familiares se toman como productos específicos y contingentes de la dinámica intra e interfamiliar, la cual se cimenta en la convivencia que deriva de situaciones de consenso y conflicto. Sabemos que las

relaciones no son uniformes o estáticas sino variables, y estas variaciones dependen más del contexto familiar (Salles, 1996).

Según López y Salles (2000), la familia está formada por relaciones sociales íntimas, donde las personas de diferentes generaciones y sexos interactúan en un mismo contexto emocional. A partir de dicho ámbito, mediante la sociabilización y el aprendizaje, ocurren los procesos de transmisión de cosmovisiones y de valores que, sin lugar a duda, tienen origen social.

Cabe recalcar que es en el núcleo familiar donde comienzan las primeras interacciones de los individuos, estas sirven para transmitir cultura y carácter a través de las generaciones. La complejidad y diferenciación creciente de la sociedad contemporánea lleva a un pluralismo de cosmovisiones y valores (Salles, 1996).

De acuerdo con Pérez Duarte (1994), los factores de afectividad, sentimientos y emociones que se desarrollan dentro del núcleo familiar generan un espacio donde la solidaridad afectiva es la concepción más importante de su agrupación.

Entre los distintos ámbitos sociales de la familia, el contexto cotidiano posee un lugar central en la conformación de las pautas de la conducta emocional porque ahí se forjan los códigos de interpretación que se utilizan en el diario vivir para sentir y actuar emotivamente. Otro aspecto importante por tratar es la transmisión de emociones que se da dentro de la interacción familiar.

Hay trabajos realizados, como el de Larson y Almeida (1999) para Estados Unidos, que destacan que la transmisión de las emociones no es aleatoria, sino que sigue cauces muy precisos que, por lo general, se mueven en paralelo a las jerarquías de género; la influencia emocional de la madre es mayor que la del

padre, y la de ambos fluye con más ímpetu hacia los hijos. En la convivencia diaria, las emociones de un miembro de la familia inciden en los demás, aunque de diferente forma; algunas se transmiten más fácilmente que otras, en especial aquellas que son negativas (Ariza y Oliveira, 2004).

Por ende, las emociones manejadas inadecuadamente desarrollan una ruptura en los lazos de interacción social; y, de acuerdo con Simmel (1986), un elemento estructural entre las formas de asociación es el conflicto. En este sentido, la convivencia entre los miembros del hogar se realiza a través de dos pautas: dentro o fuera del hogar. A su vez, el mundo de los afectos se polariza en dos dimensiones: el de la madre y la del padre, que deriva en sentimientos de proximidad o distancia que pueden desencadenar situaciones de conflicto que también implican un tipo de interacción particular y suscita un conjunto variado de respuestas que apunta hacia la violencia extrema o a la aceptación de la participación de terceros, pasando por la violencia verbal y la ausencia de negociación. La otra dimensión de conflictividad remite más bien a la ponderación del tipo de interacción que caracteriza a la vida familiar, dando por sentado que cierto grado de conflicto es natural en la interacción humana en sociedad (Simmel, 1986).

Dentro de esta interacción de relaciones familiares se forjan relaciones de poder y de autoridad, se planea acerca de la distribución de recursos que satisfacen las necesidades básicas, se definen las obligaciones y responsabilidades de acuerdo con el rol que desempeña cada miembro y esto nos lleva a otro concepto que vale la pena mencionar: la desigualdad de género, aunque esta varía según las distintas sociedades del mundo.

Al respecto, Apter (1994), quien señala que en la actualidad las mujeres enfrentan una contradicción, por un lado ser independientes en los ámbitos profesional y económico y, por otro, ser madres y estar presentes en crecimiento de sus hijos, tienen, de hecho, que enfrentar otra contradicción más, la social y de asignación de roles, pues, a pesar del discurso de equidad, aún son las principales encargadas tanto del trabajo doméstico como de la crianza, amén de que en la actualidad tienen que trabajar y ser soporte económico de la familia.

En este sentido, Devault (1991) menciona que las actividades del hogar se han establecido como asuntos de mujeres, debido a que la familia “asocia de manera clara y relativamente perdurable las actividades asistenciales con la posición femenina en el hogar”. Asimismo, en palabras de Ruelas y Salgado (2014), tal feminización del cuidado parece concentrarse en las mujeres mayores. Cuando uno de los miembros de la familia presenta alguna situación de salud-enfermedad, son los integrantes los principales cuidadores, y en el caso del TB son las mujeres —madre, abuela, hermana— las principales encargadas de esto.

Por lo anterior, el concepto de familia como unidad socioeconómica se identifica por la diversidad de arreglos, reconfiguraciones y composiciones, donde la democracia emocional (Giddens, 2000) y los vínculos emocionales entre sus miembros han ganado importancia.

Dentro y fuera de la familia se forman lazos sociales y emocionales que le sirven a los individuos en la búsqueda de un proyecto vital, implicando de manera inherente su contexto. Estos lazos dan estructura, identidad y significado tanto a la memoria colectiva que se le transmite a través de las generaciones como a su manera de relacionarse en entornos sociales cercanos o distintos y distantes,

porque enfrentarse a tales experiencias es, precisamente, empatizar con la gente y sus vivencia (Smart, 2007).

Siendo la familia el primer lugar donde se fomentan estos lazos, los sociólogos se han interesado aún más en comprender lo que sucede con las relaciones entre sus miembros, Giddens (2009) menciona que dentro de la estructura familiar existen diversos tipos de familiares tales como los efectivos, siendo aquellos con quienes se mantienen relaciones sociales activas; los no efectivos, con los que se tiene muy poco contacto pero forma parte de la familia extensa y, el pariente ficticio, es decir, aquel al que no nos une un lazo biológico pero sí emocional.

En un estudio realizado por Mauthner (2005), tales vínculos de parentesco fueron analizados en función del concepto relaciones, y para explicar el término lo ejemplificó con los diversos tipos de relaciones que se dan entre hermanas: una relación muy íntima, de mejor amiga; otra solo de compañerismo, otra más que es distante porque existen problemas y tensiones, una más que es posicionada, es decir, que está configurada por roles establecidos en el núcleo familiar y, finalmente, la de posturas cambiantes, que se refiere a las relaciones más fluidas e igualitarias.

Si bien la familia puede ser considerada como una red de apoyo, esta puede llevar consigo transformaciones porque es común que los matrimonios que ya no son felices permanezcan juntos por varios motivos: creen en la santidad de sacramento que los unió, ponderan el aspecto financiero antes que el emocional, temen no poder lidiar con la ruptura o prefieren no quebrantar el hogar y así no afectar demasiado a los hijos (Giddens, 2004).

Considerando los anteriores motivos, la información de las más recientes estadísticas respecto a los matrimonios revela que la tasa de divorcios ha ido en aumento y que los hogares monoparentales, en sus diversos tipos, son cada vez más habituales a pesar de las dificultades materiales y de las políticas sociales (Crow, Graham y Hardey, 1992). La ausencia del padre es uno de los aspectos predominantes de los hogares monoparentales; además, diversos estudiosos señalan no la ausencia sino hasta qué punto el padre se involucra en la vida familiar y logra ejercer una buena paternidad.

Para nuestra investigación, el proceso del divorcio estuvo presente antes del diagnóstico del Trastorno Bipolar en un integrante, el cual fue un factor de estrés que impactó de manera significativa la vida después de la certeza del diagnóstico.

La dinámica familiar implica muchas estrategias de índole material y afectiva que evoca en cada uno de sus miembros un conjunto infinito de imágenes, representaciones y recuerdos que se manifiestan a través de los sentidos, las emociones y los afectos. Aquí se engloba todo lo público, lo privado, lo económico y lo simbólico, lo individual y lo social; por ende, todo cambio cultural pasa por la familia y viceversa (López y Salles, 2000).

Dentro de esta investigación se denota que la red de apoyo más importante para las familias de estudio es precisamente la red familiar, aun cuando estas hayan sufrido transformaciones en su dinámica cotidiana. La literatura en torno a este tema nos arroja que el reto de la familia nuclear que se enfrenta a la enfermedad mental de alguno de sus miembros se enfatiza porque es en ese círculo donde comienza la travesía en la búsqueda de ayuda especializada o tratamiento (Medellín, Rivera, López, Kanán y Rodríguez, 2012).

Como conclusión de este apartado, sostenemos que la dinámica familiar, así como sus reconfiguraciones, son de suma relevancia en el desarrollo de cada uno de sus miembros debido a que esta impacta en cada uno de ellos.

2.4 Violencia familiar

La vida familiar no siempre es un dechado de armonía y felicidad, sino un espacio sombrío en cuyo interior, con frecuencia, se cometen abusos sexuales y se ejerce violencia doméstica; hay estudios que señalan que, por lo general, son los hombres los responsables de tales acciones que, además, suceden con mayor regularidad en familias de clase baja; este hecho no exime que la violencia y los abusos ocurran en todos los niveles sociales y jerárquicos (Giddens, 2004).

Respecto a los casos de abuso sexual en la infancia, además de ultrajarla y humillarla, la someten al uso de la fuerza y de amenazas por parte de quienes la violentan que, por lo general, suele ser algún adulto de la misma familia. Tal experiencia suele tener consecuencias a largo plazo en quienes la viven. Giddens (2009) menciona que la violencia doméstica implica el maltrato físico y emocional que infringe un miembro de la familia nuclear —que suele ser el esposo o padre—, sobre niños y mujeres.

A pesar de que la violencia doméstica —que ha sido sistemática a lo largo del tiempo— es un delito, es común que se tolere e, incluso, se apruebe porque surge por factores que implican la combinación de intensidad emocional e intimidad (Giddens, 2004) entre lazos familiares cargados de amor y odio; además, las peleas entre los miembros de la familia puede orillar a tomar partido del lado del padre, de la madre o de los hermanos.

La violencia se da en todos los ámbitos y clases sociales, existe desde la antigüedad y el daño que sufren sus víctimas trastoca cada área de su vida porque los efectos negativos están muy presentes, sobre todo en aquellos vinculados con la salud física y/o mental (INEGI, 2012). En el ámbito de nuestro estudio, la violencia ha estado presente en todas las familias y emerge como un elemento de suma relevancia dentro del análisis de la información, la cual se dio en todas las etapas de la vida, es decir, antes, durante y después del diagnóstico.

La violencia intrafamiliar es un acto intencional que tiene lugar en el contexto de las relaciones interpersonales y ocasiona daño físico, psicológico, moral y espiritual en las personas, vulnerando los derechos individuales de los integrantes del núcleo familiar, sobre todo de mujeres y niños (Martínez, López, Díaz y Teseiro, 2015). Una de las consecuencias que tiene la violencia es justamente el desarrollo de afecciones mentales, pues las personas que sufren de este tipo de actos tienden a ser más proclives a desarrollar alguna enfermedad mental (González *et al.*, 2013).

En este sentido se destaca en los entrevistados la presencia de algún tipo de violencia, particularmente durante la infancia y adolescencia, afectando a todos los integrantes de la familia, tanto a los que la observan como a las víctimas. La violencia sexual sucedió durante la infancia y/o adolescencia y, en la mayoría de los casos, fue un familiar quien propició o ejerció este abuso; en este sentido, reiteramos, el hogar donde se realiza la vida familiar no siempre es un espacio seguro y armónico, sino un lugar sombrío y amenazante. (Giddens, 2009).

Este tipo de ambientes suele enmarcar a aquellas familias donde existen otros tipos de violencia o hay dificultad para expresarse libremente, es decir, cuando

existe violencia familiar se transmiten emociones e incluso pobres expectativas de vida porque se carece de comunicación efectiva y afectiva (Arrom *et al.*, 2015)

A través de la literatura y los resultados obtenidos empíricamente, es imperativo reflexionar en los retos que representan las enfermedades mentales para la familia, donde pareciera que no se tienen las herramientas necesarias para una integración e inclusión de los sujetos que padecen TB. La violencia es un riesgo social que, desafortunadamente, dista de estar contenida, controlada o eliminada y, por ello, es necesaria la creación de políticas públicas que no sólo giren en torno a las necesidades y problemáticas sociales a las que se enfrentan las familias, sino que también accionen mecanismos dentro y fuera del núcleo familiar para fortalecer la empatía y relaciones afectivas que les den tanto seguridad ante los eventos a los que se enfrentaran en su trayectoria vital como aprendizaje para saber actuar en situaciones de riesgo.

2.5 Apoyo social y salud

El ambiente social es de suma relevancia, autores como Fernández (2005) argumentan que este se encuentra directamente relacionado con los vínculos que forman a las personas, en cómo interactúan entre sí y los sistemas estructural, psicológico e interpersonal determinan la forma en la que los individuos hacen frente a situaciones específicas. Por lo tanto, en este apartado se expondrá cómo el apoyo social puede hacer la diferencia en las situaciones que vive un paciente con TB o cualquier otra situación de índole mental.

El apoyo social se define como aquellas aportaciones que provee la comunidad, las redes sociales o los amigos más íntimos de un individuo. Estos tres aspectos conforman tres niveles que se encuentran interconectados; en el

primer nivel está la comunidad y se destaca la integración social que da significado a la existencia del individuo; en el segundo nivel son las redes sociales las que aportan el sentido de las relaciones y la unión con otros miembros de la sociedad y, por último, los amigos son quienes aportan un sentimiento de intimidad más estrecho (Lin, Ensel, Simeone y Kuo, 1979).

El concepto de apoyo social contiene a otros como redes sociales y apoyo familiar, los cuales se describen como la participación de miembros de la sociedad o familia que proveen acciones positivas a otros. Las familias con algún miembro que afronta algún trastorno mental pueden fortalecerse garantizando el ajuste psicosocial de todos los integrantes de su núcleo familiar.

En este sentido, es importante señalar que el apoyo social dentro del contexto familiar posee dos dimensiones, en la primera de ellas se presentan las interacciones positivas que atenúen la condición respecto a la salud mental y la otra son interacciones negativas que dificulten seguir un tratamiento adecuado (Fernández, 2005).

Al observar las redes y relaciones sociales con las que cuenta una persona que tiene Trastorno Bipolar, aparecen aspectos importantes por estudiar porque se ha considerado que el apoyo social está relacionado con el funcionamiento psicológico de las personas. Es así que se considera relevante este tema, dado que el apoyo social es de gran notabilidad tanto para la inclusión de sujetos con algún tipo de trastorno a la sociedad como el apoyo de sus familias.

Introduciéndonos desde el punto de vista del tema de salud, el cual se abordará en el próximo eje, se da cuenta de que los padecimientos como el estrés, insomnio, ansiedad, fatiga o depresión se han convertido en enfermedades

provenientes de esta época moderna. Desde la perspectiva de Giddens (2009) podemos argumentar que existe un antes y un después; el *antes* concierne a las culturas pre modernas donde la familia como institución principal era quien hacía frente a las enfermedades y buscaba resolverlas acudiendo a personas cuya especialidad era sanar; el *después* implica a la era moderna, donde el Estado toma el control de la salud pública y establece un modelo biomédico que implica el estudio y el tratamiento de las enfermedades.

Los estudios sobre la familia y la salud tienen sus inicios en los años cincuenta, cuando se exponía cómo una enfermedad afectaba la interacción de los individuos con su entorno familiar. La base del presente estudio es este tipo de investigaciones que indagan acerca de la relación de familia y la salud, así mismo se profundiza en el tema de las redes sociales, ligado al apoyo social que se traduce en una mejor salud y condición de vida para las personas que conviven con un familiar con trastorno mental.

Lo que se logrará visualizar en este estudio serán los cambios o transformaciones en las interacciones familiares y la necesidad de redes de apoyo sociales y profesionales a través de tres importantes momentos: antes, durante y después del diagnóstico del Trastorno Bipolar, con la finalidad de tener una mayor comprensión del proceso de salud, enfermedad y atención.

2.6 Estructura y dinámica familiar

Las relaciones intrafamiliares en México se han destacado por tener un carácter asimétrico. Según Ariza y Oliveira (2010), es necesario analizar la interacción familiar cotidiana, puesto que a partir de ella se fortalecen lazos que

podrían ser un recurso del cual echar mano para enfrentar contingencias tan diversas como la salud en alguno de los integrantes del hogar.

Cuando una enfermedad limitante se hace presente en algún miembro de una familia, su estructura se ve trastocada y las emociones se exacerban porque implica hacer cambios en su composición y funcionamiento cotidiano, es prácticamente un punto de quiebre que, tras la crisis y las alteraciones que suscita, reinstala una dinámica familiar para aprender a convivir y vivir, según sea el caso, con la enfermedad.

La comprensión de la dinámica familiar en nuestro estudio cobra relevancia cuando un miembro de la familia tiene una afección mental y, en este sentido, se retoman los argumentos de Ariza y Oliveira (2010), que dicen que las relaciones familiares se pueden examinar en tres dimensiones: la convivencia, la afectividad y la conflictividad.

La *convivencia* es el modo a través del cual tiene lugar la interacción familiar donde intervienen indicadores tales como la participación de las esposas en la toma de decisiones dentro del hogar, el grado de autonomía femenina y la existencia de violencia doméstica como expresión del tipo de convivencia que predomina en el hogar.

La *afectividad* se vincula con el mundo de las emociones y la subjetividad, la búsqueda del cuidado, la atención y el bienestar emocional de aquellos a quienes se quiere y por quienes se vela.

La *conflictividad* pondera el tipo de interacción que caracteriza a la vida familiar y da por sentado que es inherente cierto grado de conflicto en la sociedad humana; las familias, por tanto, pueden ir y venir en un menor o mayor grado de

conflictividad y, aunque en este caso el conflicto no implica necesariamente la violencia, con frecuencia la precede (Ariza y Oliveira, 2010).

La intersección de estas tres dimensiones son relevantes para esta investigación porque precede la forma en que la familia afrontará la instalación de la enfermedad mental en uno de sus integrantes. Actualmente, se requieren de un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud y sobre todo de la participación de los integrantes de la familia u hogar para atender al sujeto con TB.

La salud mental, sin duda, es compleja, sobre todo cuando se entrelazan al interior de las familias porque implica la etapa de su ciclo vital, el momento en el que está sucediendo y el rol personal de cada miembro (De la Serna, 2001), tales circunstancias impactan en la salud, no sólo de quien sea diagnosticado, sino a cada miembro de la familia.

Una de entre las diversas condiciones que cambiarán, por ejemplo, será la flexibilidad o la rigidez respecto a los roles familiares pues, quizá, quien cumplía el rol de proveedor podría ser quien resulte diagnosticado con la enfermedad, situación que profundiza el conflicto de aceptación porque se acompaña de una pérdida de poder, además de económico, emocional y presencial. En el caso del rol de cuidador, por lo general, se les asigna a las mujeres; esta responsabilidad produce cambios y transformaciones en los roles asignados o autoasignados en cada uno de los integrantes de las familias, por lo que al presentarse el cuidado del familiar que padece Trastorno Bipolar, y abandonar otras funciones asumidas por los roles de género establecidos, las mujeres podrían desencadenar resentimientos, culpas y temores por atender al sujeto con TB.

Otros factores que matizan el impacto de tener en la familia un paciente con TB son aquellos relacionados con el aspecto económico porque implican asumir una serie de gastos que antes no se tenían contemplados, por ejemplo: consultas con el profesional especializado en salud mental y la compra de medicamentos de alto costo; si a esto se le suma la poca información y conocimiento sobre temas de salud mental, estar frente a lo desconocido y muy estigmatizado como lo es una enfermedad mental dentro de nuestra sociedad, conlleva a despertar en las familias sentimientos y emociones como frustración, enojo, incompreensión y angustia.

Estos factores socioculturales determinarán la capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos y serán un indicador del impacto que tendrá la enfermedad (Kornblit, 1996). Respecto a los síntomas familiares que se manifestarán por los desajustes que ocasiona la enfermedad, Muñoz, Espinosa, Portillo, Benítez (1995) mencionan que entender el padecimiento de forma individual relacionada a una persona, a una familia, a un entorno cultural y basada en una historia personal y familiar previa conlleva a conceder la supremacía del cuidado. Es decir, que la atención integral del sujeto y su familia implica mucho más que sólo el alivio de síntomas de índole biológico y psicológico, y esto es el amor y la comprensión como ingredientes indispensables para paliar los efectos físicos, mentales y emocionales.

Es importante no perder de vista que la sintomatología que produce la enfermedad en quien la padece puede provenir de su misma familia y, en tales casos, los cambios y las alteraciones que ocasiona son un conjunto que también determinará cómo se trata la enfermedad.

No obstante, según nos señala Fernández (2009), hay familias que tras el diagnóstico buscan aislarse y ello, casi siempre, es perjudicial porque intensifica los conflictos de roles, límites y luchas internas de poder que implican faltas de respeto, chantaje, pérdida de jerarquía y conflictos de pareja de los padres del miembro que padece la enfermedad.

Otro factor que no hay que desestimar es el del *síndrome del cuidador*. Freudenberguer (1974) menciona que, con frecuencia, hay una transferencia depresiva del enfermo hacia el cuidador y, en esos casos, se detectan síntomas de ansiedad, desesperación, tristeza, depresión, aislamiento social y fuertes problemas familiares por el exceso de atención al sujeto que porta la enfermedad. Esto suscita sentimientos de culpa cuando el cuidador o los demás familiares no enfermos piensan primero en sí mismos antes que en el familiar enfermo es en estos casos cuando surgen la negación, la cólera y el miedo tanto en los familiares como en el enfermo (De la Serna, 2001; Kuthy, 1993).

Es usual que las familias tienden a presentar diferentes tipos de respuestas como efecto de la enfermedad, mismas que se reflejarán en las interacciones de cada uno de los miembros de la familia en función del enfermo con TB, hay dos patrones posibles, según Kornblit (1996) son la centrípeta y la centrífuga. La primera implica una respuesta de cohesión interna entre los miembros de la familia y la segunda se observa en familias que no saben nada ni están relacionadas con las situaciones que se presentarán con la enfermedad.

2.7 Cuidador primario

Dentro del apoyo social, figura un personaje de suma relevancia, el cuidador primario, el cual se enfrenta a grandes retos en conjunto con las familias, pues al atender a una persona enferma o convaleciente una vez que se encuentra en casa, funciones tales como la distribución de tareas, por lo limitan la vida personal de quien asume dicha función que, vista desde la perspectiva de género y que prevalece en la mayoría de los hogares, recae en las mujeres; así pues, son ellas quienes dedican un mayor número de horas al cuidado de enfermos y discapacitados de todas las edades.

En este sentido, Ariza y Oliveira (2004) mencionan que a pesar de que en los últimos 25 años se han dado notables cambios en la estructura y composición de los hogares mexicanos, aún es común que sean las mujeres quienes se encarguen de este tipo de actividades. Tal cambio estructural al interior de las familias mexicanas, que incide tanto en su planeación como en la repartición de tareas y actividades, es resultado, entre otras cosas, de la mayor participación femenina en el mercado laboral y en su acceso a oportunidades de educación.

En México, las familias brindan cuidados al interior del hogar que no sólo impactan en las horas de atención prestada, sino también, y en el largo plazo, en el costo de oportunidad y en la propia salud de los cuidadores. García, Blanco y Pacheco (1999) también coincide en que, por lo general, son las mujeres quienes llevan la carga más importante en la dedicación de horas a cuidados, de tal manera que las instituciones deben poner especial atención al proponer un vínculo funcional con las familias, a fin de no exacerbar las inequidades que existen hoy en día.

Tras el diagnóstico y la presencia de la enfermedad mental en un miembro de la familia, surge una figura esencial: el cuidador primario. La persona que fungirá tal rol debe contar con una red de apoyo importante para que su salud física y emocional no se vea mermada con facilidad, es decir, debe contar con el resto de su familia nuclear y extendida si es el caso, amigos, vecinos y si la situación y contexto lo permite, la asesoría médica. Cerón y Gutiérrez (2016) mencionan que es frecuente que el cuidador primario genere una red más estrecha con una persona que con los demás, esto sucede, quizá, por motivos e intereses intersubjetivos que estimulan el desarrollo y el fortalecimiento de ese vínculo.

Barrera, Sánchez, Mabel y González (2013) sugieren que es muy importante apoyar a los cuidadores de personas para que reciban una atención que alivie o aligere su carga de cuidador, pues de acuerdo con Flórez (1997), quien cuida al familiar con alguna enfermedad adquiere, por lo general, problemas de salud de diversa índole.

La edad promedio de la persona que funge como cuidador primario oscila entre la adultez media e intermedia, cuenta con un nivel de escolaridad básico y es muy común que su parentesco con el enfermo sea de cercana consanguinidad y filiación. Esto quiere decir que el perfil de edad, salud, educación y consanguinidad del cuidador disminuirá o aumentará el impacto que la enfermedad ejercerá sobre la familia tanto en lo material como en lo emocional. Aunque, dependiendo del contexto en que se ubique la situación de salud mental, las características del cuidador primario pueden variar.

Otras particularidades de los cuidadores, según Espinosa y Aravena (2012), es que son personas que forman parte de un sistema de "cuidado informal" que se

caracteriza por no recibir una remuneración económica dado su parentesco y cercanía con el enfermo; además, López, Romo, Rodríguez y Hernández (2012) advierten que la presencia del cuidador implica una situación familiar nueva que incide de manera importante en los cambios dentro de la estructura familiar, en los roles y conductas de sus miembros.

Tales cambios implican riesgos, es decir, si no se revalora su labor, se pueden precipitar crisis y poner en peligro la frágil estabilidad familiar debido a la sobrecarga que soporta el cuidador, pues si esto sucede, impactará de forma negativa y tendrá malestares de ansiedad, depresión y de salud física debido al aislamiento social, a la falta de tiempo libre, a la ausencia de un descanso reparador, a la merma de su calidad de vida y al deterioro de su situación económica.

En resumen, al ser la familia una unidad, cuando uno de sus miembros afronta situaciones de conflicto y de salud, se generan cambios y nuevas dinámicas familiares que implican reacomodarse, reestructurarse y resinificarse en diversos ámbitos relacionados con lo biopsicosocial; esto influye bidireccionalmente tanto en el enfermo como en la familia, por lo tanto, es de vital importancia identificar, generar y fortalecer las diferentes redes de apoyo con las que cuenta el cuidador primario.

2.8 Redes sociales

Por todo lo antes mencionado, se puede decir que el apoyo social en conjunto con las redes sociales cobra mayor importancia cuando se padece una enfermedad. Para González de la Rocha (1986), constituyen recursos fundamentales para la satisfacción de necesidades básicas tanto de las unidades

domésticas como de los núcleos familiares, en coyunturas específicas, dichas redes emergen como estructuras que aportan seguridad afectiva y de supervivencia.

El funcionamiento de las redes sociales y familiares nos recuerdan que la reproducción cotidiana no se ajusta sólo al núcleo familiar o al hogar, sino que se extiende fuera de sus límites y advierte sobre los riesgos que implica restringir el análisis a las familias residenciales (Tuirán, 2001).

En el presente trabajo, el rol que cumplen las redes sociales dentro de la interacción familiar es importante. Las redes sociales, como ya se ha mencionado, forman vínculos entre los miembros de la familia sin importar su composición; además, con frecuencia, son la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana bajo este contexto.

En el ámbito de las Ciencias Sociales, según Perilla y Zapata (2009), las redes sociales humanas son variados intercambios personales que se dan entre colectivos, es decir, que las prácticas que generan un vínculo social entre los individuos son espontáneas, por tanto evocan al apoyo social. Desde el punto de vista individual, las redes sociales se definen como aquellos grupos o individuos con los que interactuamos, intercambiamos experiencias e influyen nuestro modo de vida, se caracterizan por ser vinculaciones estrechas que tienen en común intereses, necesidades y emociones que surgen de la interacción que se da entre los individuos al hacer cosas juntos, la familia es un ejemplo de este tipo de redes.

Otra definición de redes sociales que se opone a las que se dan en sistemas piramidales es la interacción entre iguales, lo cual reafirma que las redes sociales

informales tienen un rol importante de mediación socio-organizacional y en la formación del tejido social en los procesos históricos y sociales (Bronfman, 2001).

Lomintz (1975) utiliza el concepto de *red de intercambio recíproco* en cuanto a la importancia económica que reporta y que se refuerza con instituciones informales como el parentesco, vecindad, compadrazgo o amistad masculina, las cuales se adaptan a la situación urbana y se integran a la ideología mutua.

Para este estudio fueron relevantes los aspectos de las redes sociales que se relacionan directa o indirectamente con la contención de riesgo en los momentos de crisis que pueden presentarse con un familiar que padezca Trastorno Bipolar, como es el caso de la familia nuclear o en su caso los individuos que se encuentran en el contexto de vida del sujeto que padece el TB.

A continuación, se abordarán algunas características esenciales que se reproducen en la construcción de las redes sociales. Por lo que al presentarse una afección mental a un miembro de la familia se presenta una coyuntura donde la red familiar actuará como contención segura y afectiva que requerirá el integrante que padece el TB otorgándole seguridad y bienestar.

2.8.1 Intercambio y solidaridad social

El intercambio de comunicación entre las personas ha sido un factor de estudio e interés en disciplinas como la sociología y la antropología. Como seres sociales, interactuamos desde temprana edad, comenzando la socialización, la trasmisión y codificación de información. El intercambio es de suma importancia porque permite el desarrollo de una gran cantidad de actividades cotidianas y facilita una

inserción eficaz de familias e individuos en un sistema productivo que constituye una estrategia para lograr una mejor supervivencia.

En un estudio realizado por Bott (1971), se aborda la importancia de las redes sociales en los problemas sociales; otros asuntos que han sido abordados por este tema son precisamente la familia y su entorno social.

En sus diversas conceptualizaciones, el término red es versátil, aunque, por lo general, se usa para referirse a situaciones donde existen intercambios informales que permiten la resolución creativa de problemas cotidianos, soporte moral y crisis en la economía familiar; autores reconocidos como Franks, Campbell y Shields (1992) enfatizan la importancia del funcionamiento familiar, más que la relación social externa, para evitar producir síntomas depresivos. Los autores hablan de cómo funciona la red de ayuda, la cual opera bajo condiciones como la cercanía física, la confianza, la voluntad de cumplir con las obligaciones implícitas en dicha relación y la familiaridad mutua para descartar el posible rechazo.

Podemos puntualizar que las redes son estructuras dinámicas compuestas más por funciones que por personas que las desempeñan de una manera permanente. Por ejemplo, en una familia, un hermano del miembro con TB puede no formar parte de la red de apoyo o serlo sólo en alguna parte de su vida, pero integra esa red sólo porque pertenece al entorno familiar.

Como cada familia tiene su estructura, las redes no operan de manera homogénea en el interior de un mismo grupo social. El parentesco es un establecimiento de red a nivel cultural, para Lomintz (1975), significa además una estructura cultural en la que los miembros comparten normas y valores que, a su

vez, guían el tipo de intercambio que se establece entre los parientes como, por ejemplo, el apoyo económico o la presencia social.

Brofman, (2001) menciona que los bienes y servicios que se intercambian en la red pueden clasificarse como sigue:

- **Información: consejos para realizar acciones.** En este apartado sería deseable que el médico psiquiatra o un especialista en salud mental recomendara acciones que las familias puedan realizar con su familiar enfermo con TB. Algunos ejemplos podrían ser la implementación de rutinas, supervisar las horas que duerme, la adecuada toma de sus medicamentos e intercambiar información de las experiencias vividas por parte de otras personas en situaciones similares.
- **Pecuniario y de otros bienes y objetos materiales, como asistencia laboral o préstamos monetarios o en especie:** Dentro de este punto, las redes de apoyo serían de gran beneficio para la compra de medicamentos. Por otra parte, también existen instituciones gubernamentales y privadas donde el paciente y los familiares acuden a recibir educación psicosocial para adquirir conocimiento sobre la salud mental.
- **Tiempo y espacio dados como servicios de alojamiento, higiene y comida:** Es importante que los sujetos con TB cuenten con un espacio de vivienda digno en donde se sienta confortable. Así mismo, la familia debe cuidar los aspectos de higiene y brindar una alimentación nutritiva para cuidar los detalles de salud general del paciente. No obstante, como se ha

señalado, esto sería el deber ser, lo cual, dependiendo del contexto y situación social y económica de la familia, se puede lograr o no.

- **Convivencia social, apoyo moral y amistad:** La convivencia social es un tema importante en cuanto a pacientes con TB se refiere. Es saludable mantener amistades cercanas que conozcan la condición de salud/enfermedad para saber qué trato debe dársele y estar alerta para avisar a la familia en caso de algún imprevisto. Manejar de forma cuidadosa la información con el círculo social cercano a la persona puede ser de gran utilidad y beneficio para el paciente.
- **Ayuda extraordinaria:** Es importante formar equipos informados, dentro de su círculo social cercano, que apoyen al paciente y a su familia en caso de experiencias, eventos o sucesos que trastorquen la rutina, como sería el caso de muertes, bodas, cambios de escuela, vivienda, etc.

Al ser vínculos que proveen información entre los individuos con y sin Trastorno Bipolar, las redes sociales son de gran importancia. La comprensión de esta situación de salud/enfermedad ayuda a las familias a afrontar mejor la condición de alguno de sus miembros que padezca este trastorno, pudiendo tomar acción e implementar estrategias para la solución de problemas, crisis y recaídas. Las redes sociales facilitan la experiencia ante la enfermedad al haber una comprensión y aprendizaje de una nueva forma de comunicarse eficazmente. La familia es un pilar indispensable, ya que todos sus integrantes forman parte fundamental en la vida del sujeto que padece el TB.

Para este estudio, entendemos la red social como un ensamblaje de intercambios sociales no formales entre los individuos y/o grupos, cuyo fin es, principalmente, fortalecer la solidaridad, prestar ayuda, proporcionar apoyo y servir de soporte moral (Lomintz, 1975). Un mal funcionamiento o ausencia de la red social es un elemento para considerarse en los casos de crisis antes y después el diagnóstico de la enfermedad. Entendemos por ausencia cuando la red no asume alguna función, rol o simplemente no exista; durante una crisis, sin embargo, la ausencia puede darse, aunque exista dentro del contexto familiar.

De este apartado podemos rescatar que la familia es uno de los grupos primarios más influyentes en el proceso de vida del ser humano. La convivencia entre sus miembros entreteje lazos que son el resultado de las relaciones entre ellos.

Si bien la familia es una institución clave para el desarrollo humano, cabe destacar que sus formas de vida son muy diversas y su estructura influye en los rasgos personales del individuo. Los estudiosos que se han encargado de explorar las diversas composiciones familiares van más allá de la familia tradicional, de hecho, el concepto mismo, lo separan de otros como *hogar* y *grupo doméstico*, cuya diferenciación reside en las redes sociales y la convivencia entre los miembros, así como el parentesco y la jerarquía entre el grupo.

Es dentro del ambiente familiar donde se forma la personalidad, la familia influye en los factores sociales, culturales, económicos y afectivos de la persona, definiendo la forma en la que reacciona a su realidad. Hablar de familia significa abarcar desde rasgos de personalidad hasta la salud mental de un individuo, recordemos que el entorno fortalece o debilita la forma en la que las personas se

relacionan al igual en lo que se refiere a sus potencialidades. La convivencia familiar es de suma importancia cuando se trata de interacciones afectivas y provee un contexto en el cual el individuo es capaz de crecer y desenvolverse con una salud mental adecuada, misma que será clave para su inserción en la sociedad más tarde.

2.8.2 Redes de apoyo familiar

De acuerdo con Ramos (2016), para afrontar una enfermedad mental, la intervención social y comunitaria son una pieza fundamental en los procesos de adaptación. La familia es el entorno natural para desarrollarse y recibir apoyo. A través del tiempo va elaborando su propia forma de interactuar, a esto se le llama estructura familiar.

La familia enfatiza sus funciones cuando algún miembro se enfrenta a los retos de una enfermedad mental, ya que usualmente es ésta quien comienza la travesía en la búsqueda de ayuda especializada o tratamiento, mientras que la familia extensa apoya en los momentos de crisis puntuales. Debido a los diversos matices de la enfermedad mental, los sujetos modifican con sus síntomas la estructura y las relaciones interpersonales entre los miembros. Los cuidadores pueden llegar a manifestar estrés en los momentos de crisis e incluso pueden llegar a aislarse socialmente, ya que la responsabilidad que conlleva velar por un paciente con trastorno mental puede ser abrumadora (Medellín, *et al.*, 2012).

De acuerdo con Rabell y Murillo (2016), las redes de apoyo familiar son una fuente de recursos útiles para enfrentar situaciones de necesidad que puedan presentarse, como falta de empleo, apoyo en caso de una enfermedad o para el

cuidado de infantes. Son redes donde las personas crean lazos para brindar apoyo, incluso en el cuidado de personas con trastornos mentales.

Ante las situaciones de riesgo o de estrés, sucede una serie de modificaciones en la forma en la que las familias lidian o enfrentan los nuevos retos que se presentan (Medellín, *et al.*, 2012). De acuerdo con Sapin, Widmere Iglesias (2016), dentro de las familias en donde existen lazos sociales muy estrechos, por lo general el familiar que presenta algún problema de salud mental se percibe valorado, respetado y cuidado, inclusive aún con las contrariedades, retos y conflictos. Existen otras circunstancias donde los miembros en esta misma situación reciben cuidados de otros miembros de su unidad familiar más extensa.

Otro contexto es aquel donde hay sobrecarga de relaciones conflictivas. En esta red, el sujeto se encuentra más estresado, con poco avance y menor crecimiento personal, por lo que existe una fuerte interacción entre una red de apoyo familiar y la salud mental (Ramos, 2016).

Para cerrar este apartado, es importante señalar que las diferentes redes de apoyo (familiar, social y profesional) son fundamentales para una adecuada dinámica e interacción de la familia en los momentos en que surge la manifestación de las primeras crisis y, una vez dado el diagnóstico, para atender los requerimientos del cuidado personal y especializado que se necesita en este tipo de afecciones; además, estas mismas redes, serán un sostén durante todo el proceso salud-enfermedad-atención por el cual la familia y el sujeto que padece el TB recorrerán a lo largo de su trayectoria individual y familiar. Asimismo se constató que existe una fuerte interrelación entre una red de apoyo familiar y la salud mental, el cual es el siguiente eje temático de esta investigación.

2.9 Salud mental

Abordar la salud mental desde la definición que utilizan los organismos internacionales y los estudios críticos que arroja la evidencia empírica es otro referente que vincularemos con los estudios de la familia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el buen funcionamiento en los aspectos afectivos, cognoscitivos y de conducta que una persona experimenta y que tiene como resultado la interacción óptima de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

Según lo anterior, un individuo mentalmente saludable es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma fructífera y contribuir a su comunidad. En cambio, los individuos diagnosticados con algún tipo de afectación mental no son totalmente independientes y su realidad social suele ser muy distinta al promedio de las personas con quienes convive (Escandón, 2000).

Considerando el estigma que acompaña a una enfermedad mental, y que aún prevalece en nuestra sociedad, es importante tener en cuenta que este concepto implica determinada devaluación social que priva al individuo de una completa aceptación social. La estigmatización, que se manifiesta de manera física (en discapacidades visibles), biográfica o contextual (estereotipos y percepciones falsas en el contexto médico), sucede porque constituye una de las maneras que tiene la sociedad para controlar y etiquetar el comportamiento de un individuo o un grupo, si alguien sale de esos parámetros, el riesgo es la estigmatización y una incompleta aceptación social (Goffman, 1963).

La universidad de Harvard y la OMS publicaron una noticia dentro del texto "The global burden of disease", donde refieren para el presente año que la

depresión mayor unipolar será la segunda causa de enfermedad incapacitante más importante del mundo debido a su proliferación e importancia (Murray y López,1996).

A partir de estas afirmaciones, se han construido indicadores compuestos para evaluar la enfermedad, como lo es AVISA (años de vida saludable ajustados por discapacidad o por muerte prematura). Al utilizar indicadores compuestos sabemos, por ejemplo, que los trastornos mentales cuya edad de inicio es más temprana son de larga duración, crónicos, prevalecen con más insistencia, existen pocos tratamientos eficaces y su alto riesgo puede desencadenar una discapacidad que elevaría su importancia al nivel de ser un problema de salud pública (Kessler,1999).

Además de trastornos comunes como la depresión mayor unipolar, y en concordancia con Ustum (1999), dentro de este grupo de enfermedades se ubican los desórdenes bipolares, el suicidio, trastornos obsesivo-compulsivos, esquizofrenia y otros derivados por la ingesta de alcohol, mismos que se transforman en un segmento de suma importancia al considerar la pérdida de AVISA que provocan.

Para minar las consecuencias que puede enfrentar una persona con algún tipo de trastorno mental, en conjunto con la red de apoyo familiar, se han incorporado servicios de salud mental . Sin embargo, no se puede negar que existe una desigualdad social en lo que atención de salud se refiere, sobre todo cuando se trata del acceso y la atención por parte de las instituciones de salud.

En México, por ejemplo, existe una desigualdad en la distribución de este tipo de servicios, ya que hay mayor concentración de recursos en las ciudades

principales y una grave desatención en las áreas de escasos recursos del país, aunque los últimos años México ha desarrollado estrategias innovadoras para aumentar el gasto público en salud, dicha inversión ha sido enfocada en gran medida a reducir los rezagos históricos de la atención a poblaciones pobres (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

A pesar de este intento por parte del Estado mexicano para garantizar acceso a los servicios de salud, esto se ve aún más complicado si se habla de salud mental, pues son pocas las instituciones públicas que atienden a la población más vulnerable y el impacto económico que implica padecer alguna enfermedad de este tipo en muchas ocasiones es demasiado costoso, más aún si se diagnostica en la niñez o adolescencia (OMS, 2004).

Por lo tanto, el impacto que tiene el padecer enfermedades mentales es catastrófico para las familias, sobre todo si se carece de recursos económicos, pues el Estado no ha podido dar respuesta a las necesidades que presentan las familias con estas características. Lamentablemente, en la actualidad existen pocas instituciones de salud desde el orden público que den atención y contención a las personas con alguna enfermedad mental y sus familias, es por ello que la salud, en el rubro de enfermedades mentales, enfrenta grandes desafíos que podrían ser subsanados si se logra una sinergia entre los diversos actores involucrados, pues diversos estudios realizados en este rubro han descubierto que la familia, los profesionales de la salud especializados en salud mental, las instituciones públicas y privadas que otorgan educación psicosocial a pacientes y sus familias son de suma importancia para entender, comprender y atender las personas con un trastorno mental.

Es por ello, que la familia y el paciente deben tener acceso a la información y conocimiento sobre salud mental, la disponibilidad e interés para ir a talleres donde se imparta psicoeducación. La flexibilidad de los familiares y principalmente del cuidador primario es importante, deben aprender a interactuar de manera óptima dentro del entorno familiar, así como encontrar la mejor manera de relacionarse y comunicarse mediante actitudes y conductas afectivas.

El tema es relevante para esta investigación porque los sujetos con TB pertenecen a una estructura social en la que han sido excluidos en distintos ámbitos sociales, por lo que no se visibiliza su situación. Así como la familia forma parte fundamental en el crecimiento y desarrollo de las personas con alguna situación de salud mental, habríamos de entender que las experiencias, interacciones y vivencias son importantes para comprender el mundo del que padece Trastorno Bipolar y su papel dentro de la familia, de la comunidad y de la sociedad que le rodea.

2.9.1 Salud mental en adolescentes

La familia es el espacio de interacción en donde se pueden detectar situaciones en salud mental en alguno de sus miembros de cualquier edad.

Según el INEGI (2015), en México la población menor de 15 años representa el 27 % y es en esta etapa cuando algunas psicopatologías se desarrollan, durante este periodo el individuo se encuentra vulnerable, además de que los problemas de salud mental coadyuvan en las conductas riesgosas y se complican si no existe un tratamiento oportuno. Si a esto se le suma el uso y abuso de

sustancias y las tendencias suicidas, son complicaciones que derivan en actos que conducen a la violencia y exclusión (Rutter, 1988).

Ante todo esto, los niños y adolescentes son más sensitivos y requieren de mayor atención y afectividad de los padres, ya que son dependientes, así como de las figuras de jerarquía como maestros, médicos o personal responsable de los programas de salud en su comunidad.

Actualmente no existen precedentes en México sobre cuáles actitudes motivarían a los padres a solicitar ayuda de salud mental para sus hijos. Es importante destacar que existe una falta de conocimiento sobre este tema que trae consigo la percepción de la necesidad para atender los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia.

Por lo anterior, las evidencias apuntan a que cuando los padres o tutores buscan atención en esta área, lo hacen con un retraso de un año para los trastornos emocionales y de hasta ocho años para el retraso mental (Caraveo, *et al.*, 2002).

La etapa en que se diagnóstica el TB es relevante porque repercutirá de forma diferente en cada persona. Según los resultados del presente estudio, 3 de los 5 sujetos que padecen TB fueron diagnosticados en la adolescencia y son quienes han vivido más dificultades con relación a la atención en salud mental.

La adolescencia representa una etapa de gran importancia para el estudio y, de acuerdo con la OMS (2003), comprende al grupo de edad de 10 a 19 años y es un periodo de ajuste psicosocial. Si durante esta etapa se añade la violencia intrafamiliar, que constituye de un fuerte evento traumático en quienes la padecen, puede traer graves consecuencias en su salud mental (Rivas, *et al.*, 2015).

Por otra parte, se encontró que dentro de la perspectiva psicosocial se enlistan factores individuales y familiares que se asocian a los trastornos mentales. Entre los factores individuales están la edad, el género, si consumen o no alcohol, tabaco y drogas; los factores familiares se catalogan según el nivel socioeconómico, comunicativo y de violencia. (Reyes, Gómez, Torres, Tomé, Galván, González, 2009).

Otro factor importante que se visualizó para este estudio son las expectativas en familiares en cuanto al rol de género de quien padece el TB y la estructura familiar existente, las cuales desempeñan un papel importante no sólo en la conducta de quien padece el TB, sino también en su salud mental, ya que la presencia de autoridades familiares, como padre y madre, fortalecen o debilitan la autoestima y el auto concepto del que padece el TB, 3 de los sujetos clave que padece TB, son hombres y fueron los que presentaron mayor resistencia a la aceptación de su diagnóstico.

Investigaciones diversas, como la de Cava, Musitu y Vera (2000), indican que tener una autoestima baja se asocia fuertemente con sintomatología depresiva; además, es coincidente respecto a que la autoestima baja se asocia con la manera en la que los individuos perciben un conjunto de creencias negativas sobre ellos mismos y sobre su medio, entre ellas desesperanza sobre sus logros actuales y sobre su proyecto de vida. En este sentido, en la presente investigación se encontró que la baja autoestima incide, de manera importante, en los sujetos clave, sobre todo cuando atraviesan la etapa de la adolescencia porque sufren un impacto de manera directa y/o indirecta en su estado anímico actual.

2.9.2 Salud mental y salud pública

Desde una perspectiva de salud pública, autores como Boltansky (1975), afirmaba desde la década de los setenta la existencia de una desigualdad social en lo que atención de salud se refiere y esta se ve reflejada en mayor presencia de enfermedad y en el limitado acceso a los recursos y respuestas de las instituciones. Pocos países cuentan con marcos legales para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales (OECD, 2014).

En México, existe una desigualdad en la distribución de los servicios de salud y, según la OMS (2011), existen 10 profesionales calificados por cada 100,000 habitantes: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de salud. Esto representa grandes retos para México, si a esto se le suma el precario presupuesto para salud mental, el cual fue en 2017 de \$2,586 millones de pesos, es decir, poco menos de \$1.00 dólar per cápita (CIEP, 2017).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, el 18 % de la población urbana en edad productiva (15 - 64 años) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para el suicidio. La tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza, entre el 2000 y 2013 en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2015).

Dentro de los trastornos mentales más comunes en el país se encuentra el Trastorno Bipolar, con una prevalencia 1.9 % y una edad de inicio a los 23 años (Medina, *et al.*, 2007). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, solo 1 de cada 10 personas que padece algún trastorno

mental recibe atención (Medina, 2005).

Actualmente sólo el 20 % de personas con un trastorno mental recibe tratamiento y uno de los principales problemas es que la mayoría de los médicos no psiquiatras desconocen los manuales de diagnóstico psiquiátrico, llevando a elaborar diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y pocos pacientes son canalizados a los especialistas de salud mental (Secretaría de Salud, 2005; 2013).

De acuerdo con la OMS, para aumentar la disponibilidad de servicios en salud mental se requieren 5 acciones clave: incluir a la salud mental en los programas de salud pública, mejorar la organización de los servicios de salud mental, integrar la salud mental a la atención primaria, aumentar los recursos humanos para la atención de salud mental y generar política pública de largo plazo en salud mental pública (OMS, 2006).

De acuerdo con lo anterior podemos constatar que son muy escasos los servicios de atención en salud pública y, de haberlos, no se recurre a ellos ya sea por el desconocimiento de la población acerca de los padecimientos emocionales, o bien porque los profesionales de la salud no satisfacen las expectativas de atención (Medina Mora, 2005).

La salud mental se puede ver en dos contextos diferentes. Aquellas poblaciones vulnerables y en condiciones de pobreza experimentan una marcada desigualdad en comparación con grupos en contextos económicos más elevados. Aunque no se ubica a la salud mental específicamente en estos ambientes, es bien sabido que las carencias que más padece la población de escasos recursos económicos están relacionadas con la salud y la seguridad social (Boltvinik, 1999).

Justamente en la salud mental es donde se refleja esta inequidad, pues

constituye una de las áreas más desatendidas en México debido al rezago que existe en áreas de investigación y atención (Medina, 2005). En 2017, La Secretaría de Salud destinó para este rubro el 2 % del presupuesto total asignado, un 80 % se emplea para hospitales psiquiátricos y muy poco se destina para la detección, prevención y rehabilitación. La OMS recomienda se destine entre el 5 y 10 % del gasto en salud (OMS, 2013).

En el estudio “La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar, retos para el sistema de salud mexicano” se describen los diversos retos a los que el Sistema de Salud Mexicano debe hacer frente, pues la salud pública, como tal, no abarca las enfermedades mentales o no se les da la relevancia necesaria (Nigenda, López, Matrazzo y Juárez, 2007).

En los últimos años, México ha desarrollado estrategias innovadoras para aumentar el gasto público en salud, y tal inversión ha sido enfocada, en gran medida, para reducir los rezagos históricos de la atención a poblaciones pobres (ONU, 2006).

Considerando todo mencionado, es deseable y necesario desarrollar políticas nacionales para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental dentro del contexto de salud y políticas públicas e invertir en prevención dentro de la atención primaria y secundaria de salud. Además, desarrollar programas de capacitación para la prevención y promoción de la salud mental y colaboraciones internacionales para promover iniciativas de capacitación. Recapitulando, se puede decir que la falta de políticas públicas de salud muestra un panorama desolador, en particular si a esto se le suma la falta de educación psicosocial que les permita a las familias comprender y entender la enfermedad.

Para paliar un poco esta situación, instituciones privadas como *Ingenium* han dado respuesta a las necesidades en el sector de salud mental que, hasta cierto punto, el Estado ha invisibilizado. Dichas instituciones se dedican a brindar educación en salud mental tanto a los familiares como a las personas que padecen enfermedades mentales severas como esquizofrenia y TB, aunado a esto coadyuvan a formar redes entre el sector salud, hospitales privados, asociaciones médicas, empresas e instituciones que trabajan en la prevención y orientación adecuada de las personas afectadas para lograr que la solicitud de ayuda sea oportuna.

Este tipo de acciones contribuyen a mejorar las condiciones de las personas con enfermedades mentales y de sus familias. Sin embargo, la necesidad de reinsertar a los *enfermos mentales* a la sociedad recae totalmente en la familia y su comunidad cercana. García-Silberman (2002) destaca que aunque la población posee vasta información acerca de las enfermedades mentales y muestra disposición a aceptar la cercanía de los enfermos mentales, en las conductas de búsqueda de atención, de reconocimiento de los síntomas y de aceptación de los enfermos en la familia o la comunidad mostraron depender de qué tan grande era la necesidad experimentada (sólo cuando es extrema e imperativa) y en mucho menor grado, de la disponibilidad (de servicios) percibida.

En México, hasta la fecha, la atención de los trastornos mentales se basa primordialmente en los pacientes que acuden o son llevados a la consulta, lo que ocurre cuando los problemas ya tienen una largo historial y se han vuelto críticos. Una detección más temprana podría arrojar un pronóstico más favorable en la mayoría de los casos, pero como se ha mencionado antes, la educación sobre

salud mental es escasa para inducir a una búsqueda más oportuna de atención, ya que la utilización de los servicios psiquiátricos disponibles no depende sólo de su existencia sino de la apropiada educación masiva para la salud mental (García-Silberman, 2002).

Es así como las políticas de familia deben estar en conjunto con medidas o instrumentos que intentan intervenir en los modelos familiares existentes, tratando de conformar estructuras para lograr una adecuada sinergia entre estos y las políticas públicas, cuyo objetivo es fortalecer las funciones que cumplen las familias.

Por otra parte, la creciente complejidad del panorama en el que se ubican las familias latinoamericanas y, en específico, las mexicanas, sugiere un análisis que incluya temas como la salud (Servín y Osorio, 2015); para comprender esta problemática es indispensable analizar no sólo a un individuo enfermo, sino también a las relaciones en las que los sujetos están inmersos, instituciones, grupos, trayectorias familiares y redes sociales de apoyo.

Por ello, este estudio pretende obtener y mostrar tipologías de familias a través de la comprensión del proceso presentado en las trayectorias individuales y familiares mediante las trayectorias, transiciones y reconstrucciones mostradas a partir de los tres importantes momentos de antes, durante y después del diagnóstico de TB en uno de sus integrantes. Con ello, se contribuirá a la construcción y propuestas de modelos para la atención del TB en lo familiar y colectivo.

2.10 Trastornos mentales

En este apartado se abordará el tema de la enfermedad y los trastornos mentales, aunque la información es de tipo clínico se enfatizará en los puntos relevantes que competen a las Ciencias Sociales. Según Morrison (2015), el trastorno mental conlleva síntomas clínicos que pueden ser conductuales o psicológicos, hacen que la persona sufra discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral. “Los síntomas de cualquier trastorno deben ser algo más que una reacción esperada o inesperada a un evento cotidiano” (Morrison, 2015).

Entender la salud mental y sus parámetros es útil para entender al otro y su papel dentro de la familia, de su comunidad y de la sociedad que le rodea. Según Morrison (2015), el trastorno mental conlleva sintomatologías con relevancias clínicas, pueden ser conductuales o psicológicas, haciendo que la persona sufra discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral, es natural que todas estas situaciones generen sentimientos de frustración tanto en el portador de enfermedad como en su familia, que se ve obligada a resguardar su vida, aún y con las dificultades que esto acarrea.

En México los estudios que más se destacan en trastornos mentales se refieren al tema de la depresión. Según Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruíz (2004), hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial, ya que las enfermedades de neuropsiquiatría se colocaron entre las que más carga representa a escala mundial, se atribuyó a estas enfermedades 10 % de la carga global de la

enfermedad y se espera que aumenten hasta 15 % para el 2020.

Al ser condiciones mentales de miembros de la población, los grupos de pacientes que padecen TB se convierten en una realidad social que es inminente atender para contribuir a la integración y calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Desde otros enfoques sociales y con una perspectiva económica, el enfermo mental representa también un impacto económico en su comunidad social. Estudios anteriores refieren que tanto los padecimientos físicos crónicos como los de salud mental representan ausentismo en el trabajo, menor rendimiento y menores ingresos.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2007) proporcionó información sobre la discapacidad y el número de días de trabajo perdidos asociados con algunos trastornos mentales comparados con un conjunto de condiciones físicas crónicas, y encontró que el mayor número de días de trabajo perdidos se debió a la depresión y a los ataques de pánico (Medina, *et al.*, 2007), mientras que el menor número de días de trabajo perdidos se debió a las condiciones físicas en su conjunto (Benjet *et al.*, 2004).

Para una mayor claridad en el tema se mencionarán algunos tipos de trastornos mentales comunes, extraídos del *DSM-V Guía para el Diagnóstico Clínico*, de James Morrison (2015).

2.10.1 Trastornos de ánimo

Según Morrison (2015), los trastornos de ánimo se diagnostican utilizando tres series de criterios que se mencionan a continuación:

- I. **Episodio afectivo:** Se refiere a cualquier periodo en que un paciente se siente feliz o triste en un grado anormal, en la mayor parte de los trastornos del estado de ánimo se padece uno o más de los siguientes episodios:
- Depresivo mayor: que se refleja cuando por lo menos dos semanas el individuo se siente deprimido o no le es posible disfrutar de la vida, tiene problemas para comer y dormir, experimenta sentimientos de culpa, siente poca energía y tiene pensamientos en torno a la muerte.
 - Maníaco: es cuando, al menos durante una semana, la persona se siente eufórica, irritable, con ideas de grandeza e hiperactiva y todo ello le ocasiona una disfunción social o laboral.
 - Episodio hipomaniaco: este es similar al maníaco, pero más breve y menos intenso.
- II. **Estado de ánimo alterado:** Es cuando la enfermedad deriva de un estado de ánimo alterado, casi todos los individuos que presentan un trastorno de estado de ánimo experimentan depresión en algún momento.
- Trastorno Depresivo Mayor: Puede ser recurrente o único.
 - Trastorno Depresivo Persistente (distimia): La duración es mayor a la de un trastorno depresivo mayor, pero en mucho menor gravedad.
 - Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo: El estado de ánimo se mantiene negativo entre explosiones temperamentales frecuentes e intensas (en niños).
 - Trastorno Disfórico Premenstrual: Antes de la menstruación algunas mujeres presentan síntomas de depresión y ansiedad.

- Trastorno Depresivo debido a otra enfermedad.
- Trastornos Depresivos inducidos por sustancias y/o medicamentos.
- Otros Trastornos Depresivos Especificados o no Especificados.

III. Especificadores que describen los episodios más recientes y la evaluación recurrente:

- Con características *atípicas*: Pacientes con depresión comen mucho, aumentan de peso, duermen en exceso, tienen la sensación de ser lentos o estar paralizados.
- Con características *melancólicas*: Pacientes con depresión se despiertan temprano y se sienten peor que durante resto del día, pierden apetito y peso, se sienten culpables, lentos y agitables.
- Con síntomas de *ansiedad*: Muestran ansiedad, tensión, inquietud, preocupación o temor.
- Con características *catatónicas*: Existen características de hiperactividad o inactividad motriz, pueden presentarse en episodios depresivos mayores y episodios maniacos.
- Con características *mixtas*: Los episodios maniacos, hipomaniacos y depresivos mayores pueden contar con una muestra de síntomas, maniacos y depresivos.
- Con *inicio en torno al parto*: Es posible que se desarrolle un episodio maniaco o hipomaniaco o depresivo mayor o un trastorno no psicótico breve durante el embarazo o en el mes después del parto.

- Con características *psicóticas*: Los episodios maniacos y depresivos mayores pueden acompañarse de ideas delirantes, las cuales son o no congruentes con el estado de ánimo.

La clasificación de los trastornos del ánimo antes mencionados se presentaron en la población participante de esta investigación. Previo al diagnóstico fueron más recurrentes los episodios afectivos, pues en 3 de los 5 sujetos claves hubo depresión mayor, dificultades para dormir, pensamientos relacionados con la muerte, así como episodios maniacos e hipomaniacos donde los sujetos estuvieron eufóricos, con ideas de grandeza, con distorsión de la realidad. Estos dos tipos de episodios fueron elementos claves para que las familias buscaran ayuda profesional.

Con relación al estado de ánimo alterado antes del diagnóstico, la depresión mayor fue recurrente, en uno de los casos incluso duró varios años, mientras que en otro sujeto clave experimentó depresión por otras enfermedades, pues desde su nacimiento se presentaron diversas problemáticas de salud que afectaron su estado de ánimo. Después del diagnóstico, uno de los sujetos de estudio ha presentado trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos.

Por último, en lo que corresponde a los episodios más recientes y evaluación recurrente, todos los sujetos claves presentaron algunas de las características de esta clasificación: melancólicas, síntomas de ansiedad, depresión en torno al embarazo y/o parto, características mixtas que orbitan en torno a los síntomas maniaco-depresivos y características psicóticas.

En resumen, se puede decir que los trastornos del ánimo a partir de las tres clasificaciones que se mencionaron estuvieron presentes en todos los sujetos claves que formaron parte de este estudio. Es importante señalar que la presencia de estos, en algunos casos, llegó a ser complejo, pues en la búsqueda de ayuda profesional se dieron diagnósticos erróneos que sumaron una complicación mayor para brindar un diagnóstico correcto, pero esto se aborda de forma más amplia en los capítulos de análisis de la información.

2.11 Trastorno Bipolar

A menudo, quien padece Trastorno Bipolar aparenta ser una persona saludable, hasta que existen momentos de crisis y es entonces cuando se dificulta lidiar con los obstáculos cotidianos de la vida, sus emociones se expresan de un modo distinto, su comportamiento puede ser diferente y sorprender a más de uno que no esté familiarizado con la enfermedad.

El TB es una enfermedad mental grave, severa e incapacitante. Se caracteriza por atravesar episodios de depresión, manía, hipomanía y mixtos con tendencia a la cronicidad, con un alto grado de incapacidad laboral y con un destacado riesgo de suicidio (López y Murray, 1998). Existen cuatro clasificaciones del Trastorno Bipolar, si se observa la Tabla 3, se encontrarán las características de cada uno de ellos.

Reiser y Thompson (2006) enlistan algunas ventajas como el dar al paciente y a su familiar una mejor calidad de vida al momento de la detección oportuna del trastorno para la aplicación de un tratamiento adecuado. También señalan que tanto el trastorno bipolar I como el II se asocian a un riesgo mayor de suicidio en algún momento de la vida. Los pacientes con trastorno bipolar II pueden presentar

Tabla 3. Categorías del Trastorno Bipolar

Trastorno Bipolar I	Uno o más episodios maníacos o mixtos de gravedad que causan daño en el funcionamiento social y laboral del paciente; hay frecuentes hospitalizaciones psiquiátricas y contiene una intensa carga hereditaria.
Trastorno Bipolar II	Uno o más episodios depresivos mayores con un episodio hipomaniaco (no se ve comprometida la actividad social ni laboral).
Trastorno Ciclotímico	Estado de ánimo inestable durante un periodo mayor de dos años; síntomas hipomaniacos y depresivos que no cumplen los requisitos para un episodio maniaco o depresivo mayor.
Trastorno Bipolar No Especificado:	Debido a la falta de duración o simultaneidad de los síntomas para establecer un diagnóstico, no cumplen con los criterios ya citados.

Fuente: Reiser y Thompson, 2006, p. 2.

un curso depresivo más crónico que podría paliarse con un diagnóstico oportuno, lo cual podría reducir el riesgo de suicidio lo mismo que el abuso de sustancias.

Finalmente, cabe destacar que un diagnóstico oportuno mejora el tratamiento para los trastornos bipolares II, los cuales, de no ser así, pueden adoptar un curso más dañino en cuanto a la duración de sus episodios de fase depresiva, causar

importantes daños en el funcionamiento y reducir la calidad de vida, interpersonal, social y laboral.

2.11.1 Diagnóstico del Trastorno Bipolar

El diagnóstico del Trastorno Bipolar varía según sus subtipos y el modelo de síntomas varían de la depresión predominante con breves periodos ocasionales de hipomanía o la hipomanía crónica, con la aparición eventual de episodios maniacos graves (véase Tabla 3).

Según Reiser y Thompson (2006), para diagnosticar este trastorno se destacan los criterios, signos y síntomas claves, como por ejemplo: la historia del paciente y de la familia, entre otros factores cualitativos para diferenciar los TB de otros patrones de síntomas similares, también afirman que:

Una gran mayoría de pacientes con TB I y II presentan al principio una fase depresiva y una mayoría de los pacientes experimenta periodos significativos entre episodios maniacos y mixtos o hipomaniacos. Una incorporación cuidadosa de su historial personal con información de miembros de la familia y seres queridos es clave para un diagnóstico adecuado. Cuando el paciente presenta con un episodio maniaco o hipomaniaco en curso el diagnóstico diferencial entre TB I y TB II es sencillo, debido al notable daño y probabilidad de características psicóticas asociadas a la manía (Reiser y Thompson, 2006, p. 14).

Aquellos pacientes que son diagnosticados con TB sufren, por lo general, episodios repetidos a lo largo de su vida, incluso con tratamiento farmacológico. Esto se vuelve devastador y sumamente complejo si se carece de un tratamiento adecuado, pues genera perturbaciones importantes en el funcionamiento personal y social (Reiser y Thompson, 2006).

Estas conductas se presentaron en la población participante de esta investigación, es decir, los miembros de las familias que fueron diagnosticados con TB presentaron diversos síntomas, sobre todo previos al diagnóstico. En este sentido, es importante señalar que ante el desconocimiento de qué era lo que sucedía en 4 de los 5 casos previos al diagnóstico del TB, se tuvieron diagnósticos equivocados porque presentaron una sintomatología variada.

En algunos casos se diagnosticó depresión, depresión postparto, trastornos de alimentación, baja autoestima e hipocondría, y todo ello fue acompañado de tratamientos que en lugar de ayudar a mejorar las condiciones de los sujetos claves, en algunos casos, detonó las primeras crisis del TB. Si se analiza la información brindada por la población de estudio, se hace evidente la presencia de síntomas que se enmarcan en los diversos trastornos de ánimo como: episodios afectivos, estado de ánimo alterado y especificadores de episodios más recientes siendo los más recurrentes los episodios depresivos mayor, episodios de manía e hipomanía, trastornos por sustancias, características por parto, entre otras más. En este sentido, es importante señalar que en todas las familias se presentaron este tipo de trastornos, si bien no en todos sus miembros por lo menos dos familiares padecieron de estos, siendo el estado de ánimo alterado el más recurrente.

En resumen, se puede decir que la manifestación de estos síntomas generó una serie de complicaciones y, a pesar de que el apoyo familiar es sumamente relevante, la presencia de una enfermedad mental puede deteriorar las relaciones familiares. Esto se debe a las múltiples complicaciones económicas, emocionales y de cuidado. A pesar de esta situación familiar, los periodos de mayor descompensación se relacionan con agudos conflictos familiares (Holmgren, Lermada, Cortés, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela, 2005) pues en muchos de los casos se encuentra presente la variable de disfunción (esta implica la no funcionalidad en el entorno familiar cotidiano) y la presencia de factores de estrés psicosocial impacta en el funcionamiento de la familia. Sin embargo, esta falta de funcionalidad familiar no se debe exclusivamente a la presencia del trastorno sino más bien está vinculada con aquellos factores biológicos, sociales, culturales.

2.11.2 Epidemiología, sintomatología y comorbilidad del TB.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de salud se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad; mientras que la *salud mental* es el estado de bienestar donde los individuos son conscientes de sus capacidades y pueden afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2007).

La salud es un elemento esencial en la vida individual y colectiva. Respecto a la salud colectiva, este es un proceso de salud-enfermedad complejo que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o

inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen, a los procesos psíquicos o biológicos (Acurio, 2011).

Además, el concepto de salud colectiva brinda una visión más amplia del concepto de salud, el cual es un proceso dinámico en el cual se entretajan elementos biológicos, sociales, culturales y económicos que se ven reflejados dentro de las trayectorias individuales y familiares dentro de su ciclo vital. Dicho de otra forma (Omran, 1971), los patrones de salud y enfermedad cambian a través del tiempo debido a que son el reflejo de las condiciones sociales, demográficas, económicas, políticas y culturales de los países.

En lo que respecta al concepto de epidemiología, la OMS (2015) lo define como el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionado, con la salud y la aplicación de estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. En México han habido cambios importantes en cuanto a salud mental se refiere, siendo una de las causas la transición epidemiológica gracias a la cual la salud mental se ha convertido en un tema de interés y ahora se incluye en las políticas públicas de salud (Flores, Moreno, Romero y Wynne, 2015).

En este sentido, el Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe (AIMS) reportó que, del total de las enfermedades en 2013, 22.2 % correspondió a trastornos mentales y neurológicos (WHO-AIMS, 2013). Sin embargo, a pesar de la gran importancia que tienen dichos trastornos como problemas de salud, existe un considerable grupo de personas con trastornos mentales que no recibe tratamiento. Esto último se puede ver reflejado en todos

los sujeto clave de este estudio, pues pasó un tiempo considerable (años) para que recibieran la atención adecuada, puesto que hubo una serie de elementos que influyeron en la oportunidad del diagnóstico, entre los cuales estuvo la falta de capacitación del personal de los servicios de salud.

Si bien la sintomatología del TB es compleja y debe ser propiamente diagnosticada por un experto, no se puede negar que intervienen otros factores como la falta de recursos para dar seguimiento al tratamiento y la propia negación del SC al no percibir que tiene un problema de salud, situación que se presentó en todos nuestros SC. Por otra parte, estuvieron presentes otras repercusiones sociales originadas por los trastornos mentales son la carencia de recursos tanto humanos como económicos en campo de Salud Pública.

Desde la perspectiva social, la presencia de las enfermedades rompe los esquemas de actividad que venían produciéndose en el interior y el exterior del hogar y, de acuerdo con Bronfman (2001) y Sluzki (2002), la red social familiar se debilita en este proceso de tener la enfermedad presente en uno de sus miembros, porque se instalan en el hogar sentimientos de miedo, soledad y tristeza. Aunado a esto, Enríquez (2008) señala que el no poder ejecutar tareas cotidianas y realizar acciones mundanas quebrantan la esperanza de realización social e individual tanto del miembro que adolece la enfermedad como de las expectativas de sus familiares.

Los familiares y amigos de quienes padecen este trastorno llevan una fuerte carga psicológica, así como las tensiones económicas y emocionales que tienden a generar estrés dentro del círculo cercano. Se calcula que de 25 % a 50 % de los

pacientes bipolares cometen al menos un intento de suicidio y, de este porcentaje, un 20 % lo logra (Post y Altshuler 2005).

La sintomatología refiere a cambios en la conducta que generan un daño significativo en el funcionamiento social, interpersonal y laboral, Reiser y Thompson (2006) mencionan que alrededor de los 20 años es cuando se manifiesta el Trastorno Bipolar, aunque según las estadísticas el 50 % de los pacientes presentan su primer episodio antes de esta edad, así mismo, los pacientes con herencia familiar de trastornos anímicos por lo general manifiestan su primer episodio a una edad más temprana y se detonan con menores factores de estrés. Dentro de los resultados de esta investigación se encontró que el miembro de la familia diagnosticado con Trastorno Bipolar durante la adolescencia tenía un historial familiar relacionado con alguna afección mental.

Pero este no fue el único elemento presente a partir de la evidencia empírica, también emergieron aspectos socioculturales, siendo los más destacables los relacionados con las condiciones socio ambientales complejas previas al diagnóstico. Ejemplo de esto es que todos los sujetos clave vivieron situaciones estrés excesivo previo al diagnóstico del TB, quizá estos hechos actuaron como posibles detonantes de la enfermedad.

Esto concuerda con lo mencionado por Reiser y Thompson (2006) quienes mencionan que puede darse el caso de que los episodios más graves, en particular maníacos, estuvieron precedidos por la pérdida de empleo, bajos ingresos, divorcio, pérdida del sistema de apoyo emocional e instrumental y menos oportunidades para una capacitación educativa y profesional, entre otros. Todas estas situaciones tienen un impacto directo en la familia de las personas

con Trastorno Bipolar y si se le suma que esta enfermedad al ser un trastorno de ánimo tiende a acompañarse de otros trastornos psiquiátricos, el impacto puede ser mayor.

Otro elemento para destacar fue la presencia de comorbilidad, entendiéndose esta como la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona (OMS, 2015). Cabe señalar que 3 de los SC padecen además trastornos de ansiedad y uno de ellos es adicto a las drogas, esto suma dificultades para lograr el bienestar de los SC. Por eso es la necesidad de una colaboración estrecha entre las familias, especialistas en psiquiatría y otras áreas relacionadas con la salud cuando se diseñe un programa de tratamiento (Reiser y Thompson, 2006).

Desde la perspectiva clínica, Reiser y Thomson (2006) enuncian la existencia de diversas teorías y modelos acerca del Trastorno Bipolar que comparten intervenciones terapéuticas comunes a pesar de las diferencias teóricas propias del padecimiento, por ejemplo:

- Modelos biológicos de enfermedades: Se habla de la presencia de un componente genético que puede interactuar con otros factores estresantes del entorno para precipitar la aparición de los cambios cíclicos del estado de ánimo característico de este trastorno. Algunos autores como Post y Altshuler (2005) ven esta enfermedad como *sintomática* de “graves trastornos cerebrales que definen claramente discapacidades motoras, anímicas, cognitivas, somáticas y neurofisiológicas”. Para el caso de las familias investigadas, el factor genético se hace presente en algunos

informantes clave, en los relatos comentan que presentan familiares cercanos diagnosticados con esquizofrenia.

- Psicoeducación general y estrategias de manejo de enfermedades: Este modelo asevera que factores como la vulnerabilidad al estrés, elementos biológicos y genéticos innatos desempeñan una función en la aparición de episodios de la enfermedad. Estos factores como el estrés y los elementos de índole genético se pudieron constatar en uno de los SC donde en la familia se hace presente una hermana previamente diagnosticada con TB y además en el momento en el que a la SC se le manifiesta la enfermedad, se lo atribuye al estrés que vivió pre y post embarazo. Todo tratamiento cuenta con algunos componentes de psicoeducación tales como aumentar la adherencia a la medicación o reducir las hospitalizaciones (Mueser, Corrigan, Hilton, Tanzman, Schaub, Gingerich, Tarrier, Morey, Vogel-Scibilia y Herz, 2002).
- Hipótesis de ritmo interpersonal y social: Interrupción del ritmo social como catalizador potencial de episodios bipolares. Esta terapia, cuya elaboración estuvo a cargo de Frank, Swartz y Kupfer (2000), se centra en la naturaleza cíclica y episódica de la enfermedad. Se observa principalmente los periodos de depresión para dar un mejor tratamiento. Respecto a esto, en uno de los SC se manifiesta más este estado depresivo.
- Otra posturas nos plantea que las rutinas sociales como comer, dormir y los periodos de actividad ayudan a *emparejar* los ritmos circadianos. Entonces,

mientras mayor sea la interrupción de la actividad regular más probable será que se desajusten los pacientes con TB.

- El enfoque de tratamiento con apoyo familiar expresa que, al reducir el estrés en el ambiente hogareño, se retrasan, disminuyen o tal vez se evitan las recurrencias del TB. El precursor de este enfoque es Miklowitz (2004), quien menciona que el papel de la emoción negativa expresada es un síntoma recurrente en este tipo de pacientes. Este hecho también se hace presente en la mayoría de los SC durante los periodos donde se manifiesta la enfermedad. Las emociones negativas prevalecen como es el caso de la violencia ejercida por ellos a los demás.
- Enfoques de tratamiento cognitivo conductual:
 - a) Tratamiento cognitivo conductual: Sostiene que implementar un tratamiento psicosocial mejorará el apego a la medicación y asistirá a los pacientes en su identificación de estresantes psicosociales para poder así precipitar en nuevos episodios de la enfermedad. Basco y Rush (1996), quienes fueron los primeros en diseñar el primer manual extenso para un tratamiento cognitivo conductual específico del TB, identificaron, entre otras cosas, problemas graves en el manejo farmacológico de este trastorno, la falta de adherencia a la medicación y la presencia de síntomas maniaco/depresivos. En los SC se muestra aun una renuencia a tomar la medicación, constatándose más en los varones que en las mujeres.
 - b) Identificación de los primeros síntomas de la enfermedad: Otro grupo de terapeutas de esta corriente cognitivo conductual (Lam, Jones, Hayward y

Bright, 1999) elaboraron un modelo holístico de propensión al estrés para el TB que destaca la función de la identificación de los primeros síntomas (o identificación de las señales tempranas de alarma de la enfermedad) y el desarrollo de habilidades de afrontamiento como componentes básicos del tratamiento. Plantean además un papel dual de factores tanto biológicos como psicosociales.

- c) Otra estrategia cognitivo conductual de tratamiento para el TB es considerar que las ideas, sentimientos y comportamientos guardan una relación recíproca con que los pacientes son vulnerables a los episodios depresivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Como ejemplo está el pensamiento negativo, el cual puede originar cambios en el comportamiento y renunciar a hacer las cosas aumenta la sensación de depresión e incluso afecta la autoestima.

Cada uno de estos modelos, que busca aportar al campo del conocimiento posibles explicaciones del por qué la manifestación de la enfermedad, así como la identificación de posibles estresores, síntomas y formas de afrontar el Trastorno Bipolar, es referente para el presente estudio y aplicable a nuestros sujetos de estudio.

2.11.3 Tratamiento

El tratamiento para el Trastorno Bipolar abarca variaciones dentro de la práctica clínica. Uno de sus enfoques, ya mencionados, es la psicoeducación, la cual implica compromiso, normalización, entrevistas motivacionales y apego a la

medicación. También es utilizado el tratamiento con apoyo familiar, el tratamiento farmacológico y la hospitalización.

El tratamiento más usual para el Trastorno Bipolar sigue siendo la medicación para estabilizar los estados de ánimo. Dichos tratamientos coadyuvan a controlar los síntomas y mantener una rutina social regular, además enseña a los pacientes acerca de la función de las rutinas diarias, de los ciclos reguladores del sueño/despertar, ayuda a identificar signos y síntomas tempranos de la enfermedad y estrategias de afrontamiento para evitar recaídas (Reiser y Thompson, 2006, p. 45).

En el tratamiento con apoyo familiar se enfatiza la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de comunicación, la práctica de resolución de problemas entre los miembros de la familia, cuyo fin es reducir el estrés en el ambiente familiar que retarden, minimicen e incluso prevengan las recurrencias del TB.

En el enfoque del tratamiento cognitivo conductual se maneja que los pacientes son vulnerables a los episodios depresivos porque su sistema de procesamiento de información hace que se construyan sucesos negativos o se interpreten de esta manera.

Es de vital importancia señalar que en muchos casos la carga máxima de una enfermedad mental recae en la familia porque experimentan desorganización, desmoralización y una intensa culpa que puede vivirse como algo desestabilizador y desastroso. Reiser y Thompson (2006) mencionan que la meta en este enfoque es proporcionar apoyo e información al paciente y a la familia con respecto al tratamiento, esto ayuda a que los miembros de la familia desarrollen empatía y

comprendan mejor la experiencia interna del paciente e identifiquen las respuestas e interacciones inadecuadas (Reiser y Thompson, 2006).

Cabe señalar que también es necesario trabajar en los embates del estigma, la discriminación y el abuso en los sistemas de salubridad, seguros, sociales y laborales, varios de nuestros sujetos de estudio tuvieron que afrontar situaciones difíciles en estos contextos.

Explorar los diversos temas que incluye la salud mental ayudan a comprender el entorno de los individuos que padecen algunas afecciones de salud de este tipo, así como el proceso que viven para insertarse e interactuar en sociedad. Ahora bien, si hablamos de salud mental, es importante destacar que se trata de que los aspectos conductuales para que una persona funcione óptimamente, aunado a esto se encuentran los elementos sociales y ambientales, con las condiciones generales de vida y los riesgos que se generan propios de la vida.

Es por ello, que mediante el uso de la perspectiva social y el enfoque teórico metodológico *curso de vida*, se evidenciaron las características de los SC como edad, género, nivel de estudios, lugar de residencia y ambiente familiar. Así como el conocimiento de que han estado expuestos a diversas trayectorias y transiciones en su ciclo vital y vivencias de situaciones complejas que conllevaban a estrés y vulnerabilidad, las cuales pudieron haber facilitado la presencia del TB al interior del hogar.

2.11.4 Estresores psicosociales

Considerando que el contexto familiar y social determina de manera significativa los procesos de desarrollo de cada individuo, nos enfocaremos en las

repercusiones que tienen los estresores psicosociales a los que se someten a diario los pacientes con Trastorno Bipolar.

Estudiar los estresores sociales, según Giráldez (2003), es identificar los factores de riesgo en cuanto a trastornos mentales se refiere; las alteraciones de salud mental están estrechamente vinculadas con diversos factores sociales, culturales, económicos y ambientales que repercuten en la vida de las personas que padecen trastornos. Estos factores de riesgo influyen en la calidad de vida de los pacientes porque tienden a intervenir en sus desajustes emocionales y mentales.

2.12 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son todas las circunstancias que aumenten la posibilidad de que una enfermedad se presente en una persona, es decir, hace referencia a relaciones de causalidad.

Según Brannon y Feist (2001), las enfermedades mentales, lo mismo que cualquier otro padecimiento, pueden ser más llevaderas para la familia y el paciente si, al tener información pertinente, se someten a un tratamiento adecuado. La otra circunstancia favorable sería prevenir o reducir algunos de los factores de riesgo que inciden en la calidad de vida, lo cual podría suceder si se comprende cuáles son.

- **Riesgo individual:** Es la posibilidad que tiene un individuo o un grupo de población, con unas características epidemiológicas de persona, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad.

- **Riesgo relativo:** Es la relación entre la frecuencia de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en los no expuestos.
- **Riesgo atribuible:** Es parte del riesgo individual que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y no con otros.

Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental: existen variados factores de riesgo vinculados a la estabilidad emocional de una persona cuyo diagnóstico es de trastorno mental. A continuación, una breve descripción de cada factor.

- **Predisposición biológica:** Componentes genéticos y ambientales contienen la enfermedad mental, es decir, los genes determinan el origen y transmisión de enfermedades como la esquizofrenia, depresión y trastornos bipolares, pero son factores ambientales los que determinen si se detona o no alguna de estas enfermedades.
- **Condiciones adversas:** Se consideran dos vertientes adversas que inciden en la salud mental y en ocasiones determinan la aparición de algún trastorno. La primera es situación de pobreza, hambre, desnutrición o abandono, la segunda es situación de violencia, secuestro, maltrato o terrorismo.
- **Ambiente familiar:** El soporte primordial de un individuo es su familia, es el espacio donde se realizan las primeras interacciones, si éste es inadecuado o nocivo, puede determinar el desarrollo de sintomatologías patológicas mentales.

- **Factores psicosociales:** Algunas experiencias de vida que alteran el funcionamiento mental de un individuo son enfermedades físicas, ambientes negativos o la pérdida de un ser querido.
- **Factores laborales:** Un ambiente laboral nocivo puede detonar que un trastorno mental aparezca o empeore. Las situaciones de acoso, maltrato laboral y sobrecarga de trabajo se consideran factores de riesgo.
- **Factores medioambientales y sociales:** Si un individuo se siente marginado o excluido de determinado ámbito social, podría afectar su desarrollo emocional y su salud mental.
- **Consumo de sustancias psicoactivas y alcoholismo:** Hay una estrecha correlación entre las personas con trastornos mentales y el consumo de sustancias o alcohol. Algunos estudios revelan que la predisposición al consumo de drogas en gran medida es hereditaria y más frecuente entre personas que padecen trastornos mentales.
- **Resistencia al tratamiento farmacológico:** Se presenta cuando el individuo no acepta su enfermedad o no está consciente de la necesidad de un tratamiento, aquí el factor de riesgo aspecto son las recaídas de quien padece alguna enfermedad mental (Brannon y Feist, 2001).

Todo estos factores están en concordancia con los riesgos sociales que experimentan las familias con un miembro con Trastorno Bipolar y, retomando la perspectiva de Esping-Andersen (2000), los riesgos sociales representan bloques de construcción de los regímenes del bienestar, clasificándose en función de tres ejes distintos: riesgos de clase, riesgos de la trayectoria vital y riesgos

intergeneracionales, los cuales pueden estar internalizados en la familia (Esping-Andersen, 2000).

La situación en donde una familia convive con un enfermo mental, como el TB, puede generar un riesgo social que impacta tanto al enfermo como a la familia, donde se vive una realidad completamente diferente al resto de la sociedad. En este sentido, resulta relevante comprender los escenarios en que se presenta la enfermedad mental y hasta qué punto se concibe un estado de bienestar como parte medular de sus acciones dirigidas a las familias con un integrante portador de TB, así como la situación de riesgo en la que se ve envuelta en su trayectoria vital.

Esto coadyuvaría, en su momento, a que se implementen procesos de intervención en lo social, desde las mismas políticas sociales, es por ello que las políticas de familia deben ser el conjunto de medidas o instrumentos que intentan intervenir en los modelos familiares existentes, tratando de conformar estructuras para lograr una adecuada sinergia entre estos y las políticas públicas, cuyo objetivo es fortalecer las funciones que cumplen las familias.

2.13 Problemas psicosociales y ambientales

Los problemas psicosociales y ambientales son aquellos que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de alguna enfermedad e implican un acontecimiento vital, casi siempre negativo, una dificultad social o deficiencia ambiental que influye de manera directa en la relación que tienen los pacientes con algún trastorno mental y su entorno.

Los acontecimientos vitales que detonan el estrés y pueden conducir a que una persona experimente alteraciones mentales pueden ser problemas familiares

o interpersonales, cambios en el ámbito laboral —aunque sean de índole positiva— y carencia de recursos personales en su inserción social (Morrison, 2015).

Además de desempeñar un papel fundamental en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales y ambientales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de una intervención terapéutica general.

Así pues, para que el diagnóstico de un padecimiento mental sea preciso, es importante que el clínico registre los problemas psicosociales que se hayan presentado en la vida del paciente durante el año anterior a la evaluación y, tras este conocimiento, juzgue qué acontecimientos vitales fueron los detonantes, o relevantes, para el trastorno mental y determine luego si existe un objetivo terapéutico.

Enseguida se enlistan varias categorías de problemas:

- **Problemas relativos al grupo primario de apoyo:** entran en estas categorías problemas como el fallecimiento de un familiar, de salud o alteraciones en la dinámica familiar por divorcio, separación o abandono, interacciones nocivas entre padres e hijos, dificultades con hermanos o la llegada de nuevos familiares como, por ejemplo, el nacimiento de un hijo.
- **Problemas relativos al ambiente social:** en esta categoría entran los cambios que se enfrentan en el proceso de adaptación de una nueva cultura, el impacto emocional ante el fallecimiento de un amigo, el apoyo

social inadecuado ante asuntos legales y problemas de adaptación en los cambios de ciclos vitales, por ejemplo, la jubilación.

- **Problemas relativos a la enseñanza:** en esta categoría entran los conflictos con algún profesor, problemas con compañeros de clase, un ambiente escolar inadecuado y analfabetismo.
- **Problemas laborales:** en este apartado se enlistan problemas laborales el desempleo, tolerar a diario un clima nocivo donde la interacción con compañeros o superiores sean negativas, lidiar con la amenaza permanente de perder el empleo.
- **Problemas de vivienda:** la falta de una vivienda adecuada, una vecindad insalubre o conflictos con vecinos o propietarios son algunas de las características de este rubro (Morrison, 2015).

Entre las diversas problemáticas, como ya se ha abordado, destaca la violencia intrafamiliar, en la infancia y adolescencia y, según diversos estudios, las personas que sufren violencia física, psicológica o sexual en el seno familiar son más propensas a desarrollar alguna enfermedad mental (González *et al.*, 2013).

En la vida familiar, que no siempre es un lugar armónico, seguro o pacífico, con frecuencia, se cometen abusos (Giddens, 2009) cuyas consecuencias en quienes lo viven, a largo plazo, son factores vinculados con el desarrollo de enfermedades mentales (Dallos, Pinzón, Barrera, Mujica y Meneses, 2008).

La complejidad de vivir con un trastorno mental imposibilita diversas áreas y dificulta tanto la manera de enfrentar la vida y los retos cotidianos como la interacción familiar y social. Al haber explorado asuntos de salud mental en

diversos segmentos de la población, concluimos que las afectaciones mentales pueden padecerlas niños, adolescentes, jóvenes, adultos. Hasta la fecha, la salud mental es un tema que, aunque relevante, no se ha considerado como una necesidad de la población, en lo que a promover y prevenir la salud se refiere.

Si un trastorno mental se identificara en etapas tempranas se podrían reducir sus complicaciones y sus efectos familiares y sociales; para nuestro estudio es importante aprender a reconocer y registrar cuáles son los estresores sociales que afectan y desencadenan situaciones de crisis en una persona que padezca Trastorno Bipolar. Para recuperar el sentido y el orden de la vida de un individuo con un trastorno mental, el apoyo familiar es determinante para generar un entorno de bienestar que impacte positivamente no solo a quien padece una enfermedad ya diagnosticada, sino que sea extensivo a todo el ámbito familiar y social que rodea al paciente.

A continuación, se explorará el tema del bienestar subjetivo, describiendo su importancia para una vida digna, la cual se relaciona con el funcionamiento normal de una persona en un entorno armónico, compuesto por interacciones sociales y familiares.

2.14 Bienestar subjetivo

Antes de abordar el bienestar subjetivo se considera relevante hacer un breve aporte sobre la importancia que tiene significación (en el apartado 3.3 se aborda más ampliamente desde el abordaje metodológico) y cómo a través de ésta se le da sentido al bienestar subjetivo.

Según Lonergan (2008), la significación es un elemento formal y constitutivo de la vida humana, a través de ella pensamos, conocemos o hacemos cualquier

cosa respecto a nosotros mismos, al otro y al mundo material. En un primer momento, es constitutiva de la comunidad humana y en un segundo momento es constitutiva de la sociedad y la comunicación humanas.

La *significación* es:

- Constitutiva de los símbolos, de nuestro profundo impulso hacia la transformación e integración.
- Constitutiva de nuestros proyectos por realizar y nuestros logros.
- Constitutiva de nuestras interminables preguntas, actos y hábitos.

Conocer la manera en que los miembros de la familia se comunican, se relacionan e interactúan cotidianamente a través de la interpretación de sus actividades cotidianas en su proceso de significación nos lleva a comprenderla mejor. En este sentido, Bazdresch (2000) menciona que los procesos de significación están “en medio” de la interacción, de la percepción y de la interpretación de situaciones por parte de los sujetos y del sujeto frente a otro sujeto.

Comprender la significación enriquece y ayuda a completar cómo sucede y cómo un miembro de la familia entiende a otro, según los significados que el primero desea expresar, mediante la significación es comprender cómo un hijo(a)/padre/madre/hermano(a) atribuyen sentido a sus acciones. Por tanto, se entiende a sí mismo y correlativamente a los otros familiares y SC. En este sentido, es mediante el lenguaje cotidiano del hogar donde se halla la realidad de la significación y la realidad de la comunicación. Esta primera puede ser además intersubjetiva, o sea, aquella comunicación que se revela en nuestro tono de voz,

nuestras actitudes, sentimientos y silencios, lo cual sería una segunda forma de comunicación.

Al respecto, Lonergan (2008) menciona que en el lenguaje hablado no sólo se usan las palabras sino también se usa la presencia, la con-presencia de personas y el actuar; tras la mera expresión de las palabras están sucediendo muchas cosas más. Se da una reacción, hay un reconocimiento mutuo, un reconocimiento tácito del pasado y un acuerdo implícito de continuarlo o de cambiarlo.

Es así que, dentro de las trayectorias familiares e individuales de los SC, la significación ha estado presente antes de que el TB se instale en el hogar y, una vez que se diagnóstica, la realidad de la familia se modifica. A partir de ese momento cambia la realidad y la significación dentro del contexto familiar, puesto que la significación es constitutiva de la realidad. Siendo la realidad de la comunidad intencional y en la medida en que los miembros de la familia tengan intencionalidades semejantes en el nivel del entendimiento y voluntad, habrá resignificaciones en estas familias, tanto en relación con el TB y en las interacciones familiares.

Dado que el ser humano siempre se ha interesado por el bienestar, exploraremos el recorrido filosófico y los modelos existentes para describir estas posturas desde una óptica psicológica- cognoscitiva. Según Garduño, Salinas y Rojas (2005), el bienestar subjetivo es la manera en como las personas juzgan o califican su vida, es decir, analizan cómo se relaciona la satisfacción de los sujetos con su vida en general y/o con algunas áreas específicas de su vida. El bienestar subjetivo refiere además la percepción de los sujetos en relación con su satisfacción, en algunos aspectos de su vida (bienestar), lo cual no

necesariamente esta relacionado con la calidad de vida de los sujetos, apunta que una de las mejores características que tienen las mentes sanas, lúcidas y sensatas para pacificar sus propensiones básicas y tomar mejores decisiones es la representación conceptualizada y clara de lo que es lo mejor, lo virtuoso.

Levi y Anderson (1975), definen el bienestar subjetivo como una medida compuesta por el bienestar mental, físico y social, tal como es percibida por un individuo o un grupo, así como la felicidad, satisfacción y gratificación. Dicha medida es un componente de la satisfacción en la vida que incluye áreas como salud, matrimonio, familia, trabajo vivienda, situación económica, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competitividad pertenencia y confianza en otros.

Para autores como Schimmack y Radhakrishnan (2002), el bienestar subjetivo contiene factores afectivos y cognoscitivos, en la óptica afectiva existe un balance hedónico entre el afecto placentero y el afecto displacentero. Por otro lado, el aspecto cognoscitivo es un componente individual de satisfacción con la vida que depende de estándares subjetivos.

De acuerdo con Van Dierendonck, Haynes y Borrill (2004), cuando los sentimientos producidos de interacciones producen efectos positivos, se está cerca de la expresión pura de un bienestar por naturaleza. Si los efectos positivos producen bienestar y la mayoría de los seres humanos lo comprenden y lo enseñan, entonces la intersubjetividad se reduce significativamente y es posible crear un modelo común basado en lo óptimo y que además produzca evaluaciones consistentes con el bienestar.

Ryan y Deci (2000) explican que los seres humanos deben de ser proactivos en vez de pasivos y alienados. Lo anterior está condicionado por su entorno social o cultural. La teoría de la autodeterminación enfatiza las condiciones socio-contextuales que permiten el desarrollo de la competencia, autonomía y relación como necesidades que deben ser satisfechas y que, cuando no lo son, afectan negativamente la motivación del bienestar subjetivo (Garduño, Salinas y Rojas 2005).

2.14.1 Conceptualización de *bienestar subjetivo*

Se ha pretendido subcategorizar el concepto de *bienestar subjetivo*, sin embargo, existen algunos modelos cognoscitivos que han encontrado diferentes dimensiones, como el de Stones y Kozama (1985), ellos incluyen dentro de este concepto dimensiones totales: reacciones emocionales, satisfacción con las áreas de la persona, incumbencia y grado de dominio de las actividades que se realizan.

Las reacciones emocionales son complejas y hay modelos de estudio que describen a las personas como analfabetas emocionales, quienes, por sus inhabilidades, tienden a experimentar diversos malestares (Goleman, 1996). Estas reacciones mal elegidas residen en la incapacidad del sujeto a presentar respuestas más sanas o emocionalmente inteligentes, esta elección, más afortunada, surge del aprendizaje acerca del discernimiento, de la importancia, la relevancia e incumbencia que tienen las diferentes cosas que se presentan frente a un individuo y las reacciones que tiene él ante ellas (Reig y Dionne, 2004).

Las reacciones emocionales en los SC con TB se presentan de manera intensa con manifestaciones en su conducta, tan difíciles de entender que les

originan un constante malestar consigo mismo y con las personas que lo rodean. Pullium (1989) define el bienestar subjetivo como un constructo que tiene distintos componentes: bienestar material, relaciones familiares, salud familiar, educación de los hijos y variables de personalidad.

Autores como Diener y Suh (1998, en Díaz, 2001) detallan el *bienestar subjetivo* como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluyendo una dimensión cognoscitiva y otra afectiva. La primera se refiere a la satisfacción en diferentes áreas de la vida, mientras que la segunda es la frecuencia e intensidad de emociones negativas y positivas.

En armonía que este planteamiento, autores como Wilson (1967), consideran que el bienestar subjetivo implica el sentimiento de felicidad, el cual está relacionado con la capacidad de comprometerse exitosamente con la gente, la adaptación familiar y la congruencia con los propios ideales son correlatos importantes de la felicidad; para evaluar el grado de felicidad y satisfacción de una manera integral es importante considerar lo que nos rodea, la relación con los demás, lo que valoramos, los logros personales, lo que hacemos, lo que queremos y lo que creemos.

Day (1987) distingue seis áreas del bienestar subjetivo: vida familiar, vida laboral, vida social, placer y recreación, salud personal y vida espiritual; mientras que Flanagan (1978) expresa que el bienestar subjetivo está constituido por quince componentes: bienestar económico, bienestar físico y salud, relaciones con parientes, tener y criar hijos, relaciones de pareja, amigos cercanos, actividades cívicas y sociales, actividades políticas, desarrollo personal, conocimiento

personal, trabajo, expresión personal, creatividad, socialización y actividades de recreación.

Por otra parte, un aspecto importante a destacar es la resistencia al cambio. Según Greenwald (2003), existen formas subliminales de memoria que afectan la construcción de las redes sociales y por lo tanto afectan la preferencia social de determinados conceptos sobre otros.

En el presente estudio surgió un elemento emergente en cuanto a la negación al diagnóstico de TB, tanto en familiares y SC, la cual estuvo vinculada en relación al género. Los hombres se resistieron en mayor medida a la aceptación de la enfermedad, en contraste con las mujeres quienes lo aceptaron de manera rápida. La identidad del SC se ve amenazada debido a padecer TB y, de acuerdo con Garduño *et al.* (2005), la cultura cambia sólo si se aceptan las oportunidades de cambio y esto afecta a algunos miembros de una comunidad.

Zheng y Taho (2001) describen que un padre cercano e interesado en la formación de los hijos puede influir en sus cogniciones más relevantes. Además, encontraron que los padres cálidos y comprensivos influyen positivamente a sus hijos en cuanto a su capacidad para experimentar bienestar, por lo que calidez y comprensión sólo ocurre en un clima de proximidad y atención. Se debe sentir afecto para ser auténticamente cálido, se tiene que sentir interés auténtico para interesarse y comprender. Los padres sanos ayudan a formar los complejos anagramas de salud en las fases tempranas de la vida (Garduño *et al.*, 2005).

En esta investigación, a través de observar el proceso de las familias ante el desarrollo del TB, el bienestar subjetivo ha estado poco presente en sus interacciones en el momento del antes. De acuerdo con la literatura, hablar de

salud mental se sigue considerando un tema tabú, además de que no se tiene suficiente información para detectar síntomas de alguna enfermedad o trastorno relacionado en este aspecto.

La salud mental es un tema de accesibilidad y educación, una vez que se da el diagnóstico, se instala de manera más sensible el bienestar subjetivo en el entorno familiar debido a la información recibida y educación psicosocial en cuanto al Trastorno Bipolar.

El sistema de soporte es de vital importancia para cualquier persona que padece un problema de salud mental. Sin embargo, la comprensión de la enfermedad es compleja, sobre todo en los entornos más inmediatos del SC. Por ello, es importante que las familias busquen nuevas estrategias para relacionarse creando un ambiente libre de estigma, por lo que es necesario que el integrante que padece el TB entienda perfectamente lo que le pasa, entienda su diagnóstico, su naturaleza, sus síntomas, sus tratamientos y que esté consciente de que existen limitaciones.

El conocimiento y entendimiento de la enfermedad marca una diferencia significativa en las relaciones e interacciones sociales, ya que el conocimiento es poder, se derriban todos aquellos mitos que giran en torno al TB, generándose un bienestar subjetivo en las familias que pasan por este proceso, donde surgen sentimientos de naturaleza positiva que se producen durante las interacciones cotidianas.

Tener sentimientos agradables y satisfactorios con lo que sucede en su entorno es de suma importancia tanto para familiares como para el SC porque plantea un escenario ideal en respecto a la teoría del *curso de vida*.

La perspectiva del curso de vida evidencia que la comunicación familiar, confianza, empatía y afectividad estaba ausente desde antes de presentarse el TB, es decir, durante las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia, adultez y en la actualidad), lo cual denota una ausencia de bienestar subjetivo.

Por lo tanto, los significados construidos socialmente de las familias, así como la subjetividad con las que se resignifican a partir de que uno de sus miembros que presenta Trastorno Bipolar se vuelven de suma relevancia. La construcción social de la realidad a partir de la perspectiva de los actores sociales permite comprender la vida cotidiana de las personas donde la realidad social no es estática, sino más bien múltiple, dinámica y sólo puede ser vista desde los individuos que experimentan el fenómeno de estudio (Creswell, 2009; Taylor y Bogdan, 1996).

El comprender las subjetividades que se viven en la dinámica familiar cuando se instala una enfermedad mental conlleva a adentrarse en un universo vasto de sentimientos y emociones, las cuales fluyen en la vida cotidiana de las familias y se acentúan en el momento en que se diagnostica con TB en uno de sus miembros. La tristeza, la culpa, el miedo, la preocupación como sentimientos y la ira, el coraje son algunas de las emociones experimentadas por los sujetos de estudio, las cuales, además pueden ser recursos clave para un mejor entendimiento del mundo y social.

De este modo, al presentarse la enfermedad mental en las familias de estudio, surgieron emociones y sentimientos de diversa índole, además de aquellas que ya existían antes de manifestarse la enfermedad y que pudieron haber repercutido en

la salud del SC. En el siguiente apartado se verán conceptos de emociones y sentimientos ante la aparición del Trastorno Bipolar.

2. 15 Emociones y sentimientos

2. 15.1 Conceptualización de las emociones y sentimientos

Hablar de emociones es adentrarse a un mundo de información, por ello es relevante hacer la diferencia entre las emoción y sentimiento. Según Enríquez (2008), la emoción es una expresión viva, dinámica y cargada de energía; mientras que el sentimiento es un estado anímico, una predisposición a estar, su respuesta es más pausada, más tranquila y se prolonga por más tiempo.

Por otra parte, Frijda (1988) recurre al término *estados de ánimo* en lugar de utilizar la palabra *sentimientos* para lograr simplificar la diferencia entre ambos conceptos y explica que los estados de ánimo son de mayor duración, menor intensidad, más generales y difusos, en relación con la manera cómo funcionan las emociones.

Para Crespo (1986), el concepto de emoción es reflejado como lo transitorio, lo orgánico, donde los estados afectivos son considerados como procesos naturales e independientes de la voluntad y, por lo tanto, independientes de los valores permanentes que caracterizan a la persona. En contraste, los sentimientos son procesos afectivos que tienden a ser más estables que las emociones, más personales y con un sentido moral más que biológico, mediante ellos se enfatiza lo personal entendido en términos de la participación afectiva en la acción. El sujeto es percibido con capacidad de agencia y responsable de sus acciones tanto en el mundo de lo privado como de lo público.

Concretamente, analizando conceptos para esta investigación, se encontró que dentro de las familias de estudio la diferencia entre emociones y sentimientos se vio indistintamente. En los relatos surgieron emociones y sentimientos siendo las más recurrentes la ira que desencadenaba en violencia o abuso, la tristeza, culpa y preocupación al enterarse de la enfermedad en un miembro de la familia y las muestras de afecto con poca presencia.

2. 15.2 Dimensión social de la emoción y la enfermedad mental.

La estructura social es dependiente de interacciones macrosociales, de las relaciones interpersonales como el matrimonio, la familia y las redes sociales, a través de las cuales las estructuras macrosociales tienen sus efectos (Gordon, 1990). Por ello, cualquier cambio como la instalación del TB en el hogar y las implicaciones que esto conlleva trae consigo implicaciones emocionales en la experiencia y expresión individual y familiar a través de las relaciones dentro de la familia, el curso de la conducta por la cual una emoción es expresada; el vocabulario por el cual las emociones son identificadas.

En este sentido, es importante señalar que, para Gordon (1990), las emociones se clasifican en cuatro dimensiones sociales:

- **Origen:** La mayor parte de las emociones se originan a partir de una definición cultural de la relación humana y no en la naturaleza biológica del ser humano. Como es el caso de las emociones universalmente conocidas como la simpatía, la tristeza, el dolor, la culpa, la envidia y la nostalgia.

- **Tiempo:** Desde el enfoque psicológico por lo general se centran en reacciones a corto plazo y dejan a un lado las emociones de mayor duración, como el amor, la amistad y la venganza.
- **Estructura:** La coherencia entre los componentes de una emoción es mantenida y reproducida por fuerzas psicológicas y sociales. Una situación concreta y situada en tiempo y espacio, como en el caso de un abuso sexual, evoca sentimientos específicos que son manifestados a través de ciertos gestos expresivos y acciones instrumentales que pueden desencadenar una crisis en el comportamiento de quien lo está viviendo, a los cuales otras personas pueden responder con aprobación o desaprobación, empatía o indiferencia o miedo.
- **Cambio:** El cambio de una emoción a nivel micro puede ser no sólo causado por motivos psicológicos sino también por las relaciones sociales mismas.

Por otro lado, Perinbanayagam (1989) menciona que las emociones son manifestadas en formas rituales; de modo que el control, el manejo y las proporciones se mantengan dentro de una línea o un límite social preestablecido. En el manejo de las emociones se entrena a las personas para mantener una proporción adecuada entre la situación, la identidad y la audiencia.

Mientras que un exceso de emociones, en términos de las proporciones culturalmente determinadas, es uno de los criterios con que se juzga de manera habitual la enfermedad mental (Perinbanayagam, 1989). Esto se puede corroborar en los SC en los momentos previos a la primera crisis, pues el exceso de

emociones llamó la atención de sus familias y una vez diagnosticados los comportamientos habituales de una persona que padece TB muchas veces está fuera de los parámetros aceptados por la sociedad, como el hecho de aislarse, no saludar, no convivir, entre otras más.

2.15.3 Emociones y TB

En las entrevistas hechas a los familiares, tanto ellos como los SC manifestaron sentir una serie de emociones, antes, durante y después del diagnóstico de TB que estuvieron acompañados de sentimientos con connotación negativa. La indagación realizada a los entrevistados, la cual hizo posible realizar una trayectoria de emociones y sentimientos (véase la Trayectoria 4.4 y 5.2) nos informa qué sentimientos afloraron y cómo los afrontaron.

Para autores como Coulter (1989), Armon (1986a y 1986b) y Gordon (1990), el trabajo interpretativo de las emociones está regido por normas dictadas por una cultura particular. Por ello, el tema de salud mental y emociones se ve relacionado con este aspecto que se ve detalladamente en el capítulo correspondiente al análisis de la información; sentimientos como el enojo, la tristeza y la preocupación fueron experimentados por todos los entrevistados.

Enojo. El sentimiento del enojo tiene varias aristas: por un lado, se manifiesta como coraje y aún prevalece en los SC y familiares del género masculino. En este sentido, el enojo adquiere una connotación negativa en cuanto a lo que es socialmente aceptado.

La afectación física de cansancio y fatiga que trae consigo otra clase de enojo está íntimamente asociada con las condiciones de tensión cotidiana en la vida de

algunas de nuestras mujeres de estudio, específicamente con las “cuidadoras principales” del SC, ellas presentan formas asimétricas de distribución sexual del trabajo doméstico y extra doméstico (García y De Oliveira, 1994 y 1998, y De Oliveira, 1998), lo cual les genera sentimientos de enojo e irritabilidad.

Otra representación del enojo se ve reflejada en las formas de regulación emocional (Gordon, 1990) que generan filtros sociales orientadas en los contextos “socialmente permisivos” (zonas de regulación, en términos de Hochschild, 1990) para mostrar –o no– una emoción como el odio, coraje o agresividad. El ámbito de lo privado, como es el entorno familiar, es entonces el escenario “apropiado” para expresar de alguna forma los corajes, las agresiones y los odios que en nuestro estudio desencadenaron en violencia ejercida casi siempre por el hombre hacia mujeres y niños.

Tristeza. La tristeza ha sido construida socialmente de tal manera que su cauce o vía de afrontamiento es individual (Burín, Moncarz y Velázquez, 1991). El cansancio, la soledad y el aislamiento son sentimientos cotidianos de quienes han perdido vínculos importantes por razones que van más allá de las voluntades individuales, como es el caso de nuestros SC y el impacto que trajo consigo la noticia en alguno de los familiares.

Las estrategias de regulación emocional buscan cambiar las emociones, la tristeza es a través de “mecanismos desde fuera hacia dentro” (Hochschild, 1990). Sin embargo, hay que notar también la ausencia de estrategias que buscan de manera directa un cambio en aquello que origina el malestar. Para Hochschild (1990), dentro de las estrategias de género para la regulación emocional existen aquellas de cambio activo y directo que buscan la confrontación directa y la

búsqueda de transformaciones en las relaciones desiguales, ya sea de género o de clase social. Las formas de significar la tristeza por las mujeres en este estudio son de dos maneras, las SC que son encaminadas a un cambio activo y directo, en caso contrario las de las madres o esposas de los SC que fueron formas emocionales sobre todo pasivas (cansancio, impotencia, desesperanza).

La dimensión social de la tristeza (la doble jornada, el cambio de roles, las relaciones asimétricas de género) y sus variados significados, es como afirma Scheper–Hughes (1997) se hace un discurso individualizante que lleva a soluciones temporales que impactarán en un impacto en la salud física y mental de quien la padece.

Como conclusión de este apartado, la dinámica emocional en torno a la salud mental que se ha visto trastocada con la aparición del TB en un familiar es variada, se manifiesta continuamente y es preocupante pues afecta directamente al SC que padece la enfermedad y lo pone en una situación de mayor vulnerabilidad.

Preocupación. El sentimiento de preocupación en los entrevistados hacia el SC y del SC hacia su condición de salud mental estuvo siempre presente, ligado fuertemente al desconocimiento de la enfermedad y falta de recursos de acceso a ella que dejan a las familias en la incertidumbre en cuando al futuro de los SC. Lo propuesto por Kaztman (1999), descansa en la frágil línea que separa la esperanza y desesperanza y tiene que ver con lo propuesto sobre aquellos sujetos vulnerables a la marginalidad, que han sido rebasados en sus capacidades para insertarse mínimamente en la estructura de oportunidades como son los SC.

A manera de conclusión de este apartado podemos decir que las *emociones*, tal como plantea Lutz (1986), deben ser estudiadas a la luz de las relaciones que se establecen con los otros y con los eventos de la vida. El análisis de las emociones no se puede abordar sin un estudio profundo sobre los contextos socioculturales particulares.

Para dar cuenta precisa del bienestar subjetivo, emociones y sentimientos con los cuales han transitado los SC el enfoque *curso de vida* nos permitirá vincular las emociones, sentimientos y la manera de percibirlos, asimilarlos y así permitir llegar a una mejor comprensión del camino que recorren las familias cuando el TB se hace presente en uno de sus integrantes.

2.16 El curso de la vida

Si se considera que las diversas etapas de la vida de las personas están predeterminadas biológicamente, entonces el curso de vida implica un ciclo vital humano cuyas fases elementales, que son universales y uniformes, son aceptadas por la sociedad. Desde esta perspectiva humana, se ve que biología y sociedad no sólo van de la mano, sino que forman parte del concepto *curso de vida* (Vincent, 2003, en Giddens, 2009).

En este sentido, la sociología reconoce y describe la vasta variedad de sociedades que existen en el mundo y relaciona cómo afecta el curso de la vida dicha diversidad, puesto que el natural desarrollo biológico-social está influido por cuestiones culturales, políticas, de género, clase, momento histórico, generacional o de cohorte.

Al analizar el término cohorte, que es un grupo de personas con algo en común, los sociólogos consideran que tales grupos determinan e influyen en acontecimientos importantes que moldeará el curso de su vida (Giddens, 2009). En este mismo sentido, el sociólogo Karl Mannheim destacó que los grupos generacionales, es decir, aquellos que nacieron en el mismo año o lustro, influyen en la experiencia del curso de vida de los individuos que forman parte de ella.

Las etapas del ciclo vital donde se describen los aspectos universales que debe cumplir un individuo en su desarrollo físico, psicológico y social, serán de gran utilidad una vez que se construyan la trayectorias individuales de los SC a través de los relatos de vida que proporcionen.

Una vez obtenida dicha información, se podrá contrastar según las características de cada etapa, tales como: conductas manifestadas en diferentes contextos, ya sea familiares, escolares, laborales, actitudes mostradas, emociones y sentimientos, relaciones. Ayudando así constatar la información, encontrando diferencias y coincidencias.

Además, en el momento en que se dé el diagnóstico se identificará la etapa donde se encontraba el SC. En referencia a los momentos del durante y después mostraremos el impacto de padecer el TB en el desarrollo físico, psicológico y social según la etapa del ciclo vital en que se encuentre el SC.

Niñez: En la actualidad es una etapa comprendida entre la infancia y la adolescencia. La Convención sobre los Derechos de la Infancia de la ONU estableció los derechos de los niños de todo el mundo, misma que entró en vigor en 1990 y que define al niño como cualquier persona inferior a los dieciocho años,

a menos de que los estados-nación tuvieran una definición anterior (Giddens, 2009, p. 329).

El epistemólogo Jean Piaget, en su Teoría sobre el desarrollo infantil, clasifica las etapas del desarrollo cognitivo de la niñez: la etapa sensorial motora abarca desde al nacimiento hasta los 2 años; la etapa abarca desde los 2 a los 7 años y la etapa de operaciones concretas de 7 a 11 años (Papalia, 2011).

Por su parte el psicólogo Vygotsky, en su Teoría sociocultural, menciona que el aprendizaje y el desarrollo cognitivo está determinado por las estructuras sociales en las que se está inmerso y, en este sentido, los niños, igual que cualquier otra persona adulta, tiende a experimentar la vida a través de su cultura, de sus símbolos y rituales (Papalia, 2011).

Todas las definiciones, leyes y clasificaciones que se han vertido en torno a la niñez en las décadas más recientes son esfuerzos para considerar y proteger a la infancia. A pesar de ello, el maltrato físico, emocional y el abuso sexual de los niños son características comunes en la vida familiar de la sociedad actual.

El carácter vertiginoso y abrumador de las sociedades modernas ha llevado la relación niños-adultos a un punto difícil (Prout, 2004, en Giddens, 2009), de hecho, Prout señala que en “estas nuevas representaciones, los niños son más activos, saben más y son más sociables, son más difíciles de manejar, menos dóciles y, por lo tanto, más molestos y problemáticos” (Prout, 2004, p.7).

Adolescencia: Los cambios biológicos relacionados con la pubertad son universales, Piaget considera que esta etapa de *operaciones concretas* abarca de los 11 a 15 años (Papalia, 2011). En la sociedad actual, los adolescentes se

debaten entre dos mundos: por un lado, deben seguir estudiando, pero al mismo tiempo muchos de ellos se sienten aptos para trabajar. Miles (2000) propone acuñar el concepto de *cultura juvenil*, el cual sugiere una diversidad de experiencias dentro de la juventud y su propuesta se define en la pregunta: “¿Cómo interactúan los jóvenes con los mundos sociales en los que construyen su vida cotidiana y cómo superan sus inconvenientes?” (Miles, 2000:2).

Juventud: Esta etapa, según Giddens (2009), contempla a las personas entre los veinte y treinta y pocos años, cuyas vidas, si bien insertas en el ámbito laboral o académico, aún son independientes, es decir, aún no se casan ni tienen hijos.

Adultez: Diversas investigaciones sociológicas definen esta etapa donde las personas enfrentan de manera cotidiana una serie de responsabilidades que, en ocasiones, las lleva a experimentar el fenómeno conocido como “crisis de la mediana edad”, pues al analizar su vida sienten que no la han aprovechado al máximo ni han alcanzado metas y sueños de juventud. En esta etapa, por lo general, están los padres de familia que, a su vez, deben resolver dicha incertidumbre vital dentro contexto matrimonial, familiar, social y laboral.

Vejez: Esta etapa, en la sociedad actual, es difícil de transitarla, pues con ella viene una jubilación que muchas veces es acompañada por sentimientos de infelicidad porque la convivencia familiar se reduce lo mismo que la responsabilidad laboral; sin embargo, de alguna manera se ha impulsado “esta etapa de la tercera edad con el comienzo de alguna nueva fase de educación” (Giddens, 2009).

En resumen, luego de analizar brevemente los parámetros del desarrollo vital de las personas y visualizar cómo es la socialización humana, las historias de vida

nos aproximan a la comprensión de la presencia de TB en los integrantes de diferentes tipos de familias.

Cada una de las etapas del curso de vida son de suma importancia, pues los individuos se desenvuelven de forma diferente en cada una de ellas, ya que los diversos roles que desempeñaran en cada uno de los contextos en los que se desenvuelven están estrechamente vinculados con la etapa del ciclo de vida.

Es por esto que el análisis de la información en el presente estudio tomara por eje rector las etapas del curso de vida en la que se encontraban los SC a partir de tres grandes momentos (antes, durante y después del diagnóstico) y cómo esto ha beneficiado o afectado sus trayectorias individuales y familiares.

2.17 Enfoque teórico metodológico curso de vida

Las reflexiones sobre la familia no son nuevas ni escasas, a lo largo de la historia han surgido ideas y construcciones de cómo se constituye y qué la fortalece. Sin embargo, la creciente complejidad del panorama en el que se ubican las familias latinoamericanas y en particular, las mexicanas, sugiere un análisis que incluya la consideración de temas tales como la salud mental (Rangel, Méndez y Servín, 2015).

Para abordar un análisis más profundo desde este ámbito, es pertinente la teoría *curso de vida*, planteada y desarrollada en la década de los setenta por el sociólogo Glen Elder (Rangel, Villanueva y Vázquez, 2015), en la cual se reconstruye la experiencia y la trayectoria que sucede tras una crisis de salud mental.

Las bases de la perspectiva *curso de vida* se asientan en tres conceptos fundamentales: trayectoria, transición y puntos de inflexión (*turning point*), mismos

que de manera general, analizan la forma en que las fuerzas sociales amplían y moldean el desarrollo de los cursos de vida individuales y colectivos (Blanco y Pacheco, 2003).

La pertinencia de utilizar el enfoque teórico-metodológico *curso de vida* en esta investigación surge a partir del vínculo que permite analizar el objeto de estudio (la familia), entrelazando las vidas individuales y el cambio social (Blanco y Pacheco, 2003). Además, en un sentido amplio, abraza, engloba y perfila las aportaciones de los muchos estudiosos que hemos mencionado y que nos van dando luces sobre el tema que nos concierne en esta investigación.

En este sentido, la familia aparece como el eje principal de las intervenciones y la perspectiva curso de vida ofrece una mayor aproximación a los SC y a sus hogares porque el foco de atención se pone en los procesos transicionales por los que atraviesa la unidad familiar (Gutiérrez y Valladares, 2006).

A raíz del cambio significativo que surge tras el diagnóstico del TB en uno de sus miembros, la observación y el análisis de los momentos significativos y de transición de la familia del afectado, permitirá trazar la trayectoria de los cambios y repercusiones que ha ido construyendo el núcleo familiar a lo largo de su existencia, los cuales, entrelazados, constituyen el curso de vida familiar.

Tal perspectiva, al considerar el ciclo familiar como un proceso que resulta de la interacción de tiempos distintos, permite analizar las tres instancias sociales implicadas en dicho ciclo: la intersección del tiempo individual (social o edad biológica), tiempo familiar (la historia de la trayectoria de la familia) y el tiempo histórico social (roles asignados en la estructura social según la edad de los individuos).

La perspectiva *curso de vida* nos brinda un recurso para solucionar los diversos contratiempos pertenecientes a los modelos del ciclo vital de la familia y del curso de vida (Glick, 1947; Elder, 1985).

Sus proponentes más activos (Vinovskis, 1977; Hareven, 1978; Walkins, 1980; Kertzer y Shiaffino, 1983 mencionados en Elder, 1985) argumentan que las familias no tienen un principio ni un fin ideal porque, precisamente el curso de vida que entretejen sus miembros, acuñan su propia historia. En sus vidas, los individuos se agrupan y se reagrupan siguiendo y construyendo una variedad de posibles modalidades. La solución de estudio que ofrece la perspectiva *curso de vida* es poner énfasis en las trayectorias individuales, en los procesos de creación y en la expansión o disolución familiar.

Gleen Elder (1985) realiza un resumen de los cuatro modos de interdependencia temporal:

- La intersección entre trayectorias y transiciones dentro del curso de vida individual.
- La interdependencia entre las diferentes trayectorias de los miembros de la familia.
- El vínculo entre la trayectoria individual y el desarrollo del colectivo familiar.
- La compleja interacción entre los tres aspectos antes indicados y el cambio socio histórico.

Esta perspectiva provee un esquema flexible para comprender tales interdependencias que gobiernan los movimientos de los individuos y sus familias a través de sus vidas en una sociedad cambiante.

Además, el curso de vida también explora la sincronización entre el tiempo individual, el familiar y el histórico (Hareven, citada en Elder, 1985), y por ello propone integrar los polos de dicotomías como: estructura y acción, biografía e historia y procesos del nivel micro y macro. Esta perspectiva considera las múltiples trayectorias de una persona entrelazadas entre sí y que remite a un flujo continuo de experiencias dentro de una esfera o dominio específico de actividad.

En este mismo tenor, Elder (1985) ya ha señalado que el curso de vida de una persona es multidimensional porque sus movimientos, a través de las sucesivas fases de la vida, conllevan de manera implícita múltiples roles: hija o hijo, compañero y estudiante durante los años de dependencia a las líneas de actividad, en los diferentes dominios institucionales de la sociedad.

Por lo tanto, la historia de vida de una persona es el resultado de diversas trayectorias, de una secuencia de eventos, historias de educación, trabajo, matrimonio, paternidad, residencia y compromiso cívico. Desde esta perspectiva, las personas son concebidas como actores dotados de conciencia y no sólo como receptores de reglas o simples instrumentos de procesos impersonales.

Por ello, se puede considerar que la dinámica del curso de vida “está condicionada tanto por la estructura de oportunidades que impone el contexto histórico-social como por el conjunto de expectativas, compromisos y recursos que los individuos ponen en juego para enfrentar sus circunstancias históricas” (Tuirán, 2001 p. 53).

Entonces, considerando el concepto de trayectoria, este no le imprime importancia a la secuencia o velocidad con que se realizan las transiciones, pero

sí señala que las personas pueden evitar, dejar, regresar o permanecer un tiempo variable en cualquier condición o estado (Tuirán, 2001).

Las trayectorias también se caracterizan por lo que ocurre y la secuencia de los sucesos que representan marcadores biográficos en el camino que los individuos transitan desde su nacimiento hasta su muerte. Dichas trayectorias y transiciones suponen movimientos en el interior o entre dominios institucionales específicos, la separación de o la integración a esferas particulares de actividad y alguna medida de rechazo, adaptación o aceptación de una nueva configuración de roles y estatus.

Para el presente estudio, el análisis se enfocó en tres importantes momentos del diagnóstico de TB: antes, durante y después en las trayectorias de quienes lo padecen, enlazándolo con su historia de vida. A través de estos grandes momentos, se tendrá un panorama más amplio en lo que respecta al proceso de salud, enfermedad y atención.

La perspectiva *curso de vida* supone que las transiciones, en cualquier dominio, pueden tener consecuencias inmediatas en otros dominios o efectos acumulativos en la vida de los individuos. Las trayectorias y transiciones guían, modifican, redirigen o refuerzan direcciones de vida, ya sea generando tensiones en las rutinas cotidianas o afectando importantes dimensiones de la vida. Las consecuencias de largo plazo no pueden evaluarse sin tomar en cuenta la naturaleza, calendario y orden de las transiciones y las resultantes líneas de adaptación (Tuirán, 2001, p.54).

El énfasis puesto en las trayectorias individuales ha sido desentrañado por algunos autores como un menosprecio analítico en la perspectiva del curso de

vida por los fenómenos grupales. De hecho, algunos autores han puesto en duda la utilidad de este enfoque debido a su supuesto sesgo individualista.

Si bien es cierto que la perspectiva del *curso de vida* adopta al individuo como unidad de análisis, ello no significa que el colectivo familiar se pase por alto, al contrario, este se retiene como contexto dentro del cual los individuos toman sus decisiones. En lugar de conceptualizar a la familia como una unidad organizativa capaz de actuar como grupo cohesivo en cada etapa de su desarrollo, la concibe como una pequeña colectividad de individuos interactuantes que comparte una identidad común y algún sentido de solidaridad, pero no asume mecánicamente que sus metas y objetivos prevalezcan sobre las decisiones y preferencias de los individuos. El análisis deja espacio al conflicto, la negación y al compromiso entre los miembros de la familia en cada momento de su desarrollo (Tuirán, 2001).

De acuerdo con Tuirán (2001), las transiciones permiten que las familias se reorganicen y reestructuren. Los individuos experimentan sucesos comunes a lo largo de sus vidas como dejar la casa de los padres, casarse, formar un nuevo hogar, concebir un hijo, etc. Por ello, estas perspectivas ponen énfasis en:

- La interdependencia de las carreras de los miembros del grupo familiar.
- Los varios grados de sincronización entre los calendarios individuales (tiempo individual) y los calendarios colectivos (tiempo familiar).
- Las condiciones históricas que determinan los cursos de acción alternativos de las familias y sus miembros (tiempo histórico).

En América Latina, las funciones y la estructura familiar se han modificado y han dado paso a una gran variedad de tipos familiares, sin embargo, aún no existen suficientes instituciones u órganos específicos destinados a la formulación

y consolidación de políticas públicas integradas hacia las familias (Arriagada, 1998).

En resumen, la importancia de este enfoque reside en que aborda los momentos más significativos del *continuum* vital de una persona y los resultados en su salud dependen de la interacción de diversos factores influidos por el contexto cultural, social y familiar que repercuten en etapas como la gestación, la infancia, la adolescencia y hasta la adultez.

Es por la importancia de este enfoque que se ha elegido para ser el medio por el cual esta investigación se elabora. De la familia hacia la salud mental, cabe mencionar que la investigación es de carácter cualitativo, estudiando diversos casos y experiencias de familias que conviven con uno de sus miembros diagnosticados con Trastorno Bipolar.

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque paradigmático

El proceso por el que pasan las familias ante el desarrollo del TB y las trayectorias, transiciones y reconstrucciones que esto implica se dan en conjunto en las relaciones sociales, es de este modo que surgen diversas preguntas como por ejemplo: ¿Qué situaciones se presentan en la dinámica familiar ante la presencia de un miembro con TB? ¿Cómo son las relaciones entre los padres y hermanos con este miembro? ¿Qué cambios en las expectativas se manifiestan ante un miembro con este tipo de trastorno? ¿Cuáles son los estresores psicosociales que se presentan en la familia y su entorno a raíz del diagnóstico?

Desde un enfoque cualitativo, cabe la posibilidad de realizar reconstrucciones a través de la comprensión, entendiendo por paradigma al sistema elemental de creencias que guía al investigador. Dicho de otro modo, es la visión del mundo que se refiere a los primeros principios, aquellos actos que sirven como referencia para seguir un camino (Szasz y Lerner, 1996).

De acuerdo con Guba y Lincoln (1994), un paradigma es un acumulado de creencias básicas que se relacionan con principios últimos, se compone de tres elementos:

- **Ontológico:** En donde se plantea la pregunta básica sobre la forma y naturaleza de la realidad.
- **Epistemológico:** Hace referencia a la forma en la que conocemos el mundo y cuáles son las relaciones del investigador y el conocimiento.
- **Metodológico:** Se centra en el diseño de cómo se obtiene ese conocimiento.

Dentro de las investigaciones, los paradigmas se clasifican en cualitativos y cuantitativos, tomando en consideración nuestro objetivo de estudio se propone abordarlo desde el enfoque cualitativo. De acuerdo con Taylor y Bogdan (1996), existen marcos de referencia donde es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan.

Varios investigadores tienen una amplia experiencia en este tipo de trabajos, por ejemplo los autores Denzin y Lincoln mencionan que la investigación cualitativa es un campo muy amplio que atraviesa disciplinas, problemas de investigación, métodos y perspectivas epistemológicas. Esto significa que es un conjunto de prácticas interpretativas que no se encuentra ligado con una determinada teoría o paradigma en particular, ni es privativo de una u otra área del conocimiento, ni posee sus propios métodos, sino que se vale de las aproximaciones. Los métodos y las técnicas de diversas disciplinas y perspectivas teóricas, como la metodología, la fenomenología, el feminismo, el psicoanálisis, los estudios culturales, la teoría crítica, el positivismo y el post-positivismo, entre otros (Denzin y Lincoln, 2012).

3.1.1 Variantes de la investigación cualitativa

En el ámbito académico, la complejidad de las investigaciones cualitativas suele provocar discusión porque se argumenta que dichos procesos, a diferencia de una técnica o método de investigación cuantitativa, estos procesos son poco confiables debido a que están sujetos a la subjetiva interpretación de quien las elabora, por eso es importante comprender que “la investigación cualitativa busca

la subjetividad y explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales o grupales” (Álvarez–Gauyou, 2009).

Taylor y Bogdan (1996) se han percatado de que existe confusión entre marcos teóricos o enfoques que sustentan este paradigma cualitativo y los métodos específicos que se utilizan para obtener la información y como contrapeso a dicha confusión, sugieren profundizar en el método que logre interesarnos más, pues enfatizan que, ante todo, son marcos teóricos o interpretativos y por ello son paradigmas que nos hablan de una forma de ver o de enmarcar una serie de fenómenos que no necesariamente son para obtener información cuantificable.

Para facilitar un poco este proceso, Álvarez–Gauyou (2009) toma como referencia la propuesta de Thomas Schwandt, quien clasifica los marcos interpretativos en dos grupos: los interpretativos y los constructivistas.

- **Constructivistas:** Este marco referencial enfatiza el hecho de que una verdad subjetiva se construye a partir de la perspectiva de cómo se vive la experiencia humana, tomando en consideración que el conocimiento y la verdad son creados por la mente y no descubiertos por ella.
- **Interpretativos:** Los postulados originales de los marcos interpretativos comparten la necesidad de comprender el significado de los fenómenos sociales y para lograrlo se incluyen los métodos interpretativos de la antropología filosófica, la fenomenología, la hermenéutica y el interaccionismo simbólico (Álvarez-Gayou, 2009).

3.2 Interaccionismo simbólico

Podemos ubicar el fenómeno de estudio en el marco de referencia interpretativo del interaccionismo simbólico, ya que se busca indagar en el comportamiento cotidiano derivado de las situaciones de la interacción frontal, donde el enfoque microsocioal se interesa en la forma en que interactúan los miembros de una familia con el fin de poder comprobar su influencia y efectos (Alvarez Gayou, 2009). Es en este sentido, el interaccionismo simbólico considera que el significado de las cosas para los seres humanos constituye un elemento principal, el cual se deriva de la interacción social.

Blumer (1982) señala que en la búsqueda de explicaciones, se toman en cuenta diversos factores, ya sea estímulos, actitudes, percepciones, así como la posición social, el estatus, los roles sociales, a pesar de todo ello suele pasarse por alto el significado que los seres humanos les dan a las cosas. Según Giddens (2004), esta perspectiva considera que “la interacción en contextos pequeños influye en los grandes procesos sociales y a su vez los sistemas de gran tamaño influyen en los ámbitos más recónditos de la vida social” (p.43).

La perspectiva del *interaccionismo simbólico* trata de explicar el comportamiento humano a partir de las relaciones sociales, las cuales se dan por medio de la interacción social, teniendo su base en la comunicación y esta a su vez en los gestos y símbolos establecidos socialmente, dentro de dicha interacción se establecen posiciones que tendrán los actores sociales.

El interaccionismo simbólico es un paradigma interpretativo sociopsicológico, el cual descansa en 3 premisas. La primera asegura que los seres humanos actúan respecto de las cosas, basándose en los significados que estas tienen para

ellos. La segunda es que los significados de tales cosas derivan de la interacción que la persona tiene con otros seres humanos y por último, los significados son modificados por medio de un proceso interpretativo que la persona pone en juego cuando establece contacto con las cosas (Alvarez Gayou, 2009).

Para comprender con mayor precisión el interaccionismo simbólico, es necesario mencionar que George Mead es considerado el padre de esta perspectiva teórica y quien expuso que el *yo* es decir el *self*, se construye en el marco de lo social a través de la interacción social con los demás. En otras palabras, es producto de la respuesta social con los otros y tiene como base el acto social, siendo este último un gesto por parte de un individuo que provocará una respuesta en otro y en conjunto construirán un significado para ambos, donde el significado surge de la interacción con ellos mismos (Ritzer, 1993).

Dentro de los actos sociales, se establecen posiciones sociales, surgiendo así la construcción del significado, tal es el caso de relación madre-hijo(a), padre-hijo(a), esposo-esposa, hermano-hermano, médico-paciente y en cada una de ellas se establece una relación de jerarquía. En el caso de la relación de médico-paciente, la posición de los roles tiende a estar más marcada, pues esta profesión tiene un valor social importante, dado que en la construcción del significado el médico hubo una extenuante y exigente formación profesional que lo avala como experto en salud, mientras que el paciente legitima este conocimiento.

Esto se logra a través de la significación colectiva-social, la cual no solo incluye al uno con el otro, sino que se genera una red de significados de como la sociedad se entiende a sí misma, donde se comparte una serie de gestos vocales, símbolos y significados, a través de los cuales nos igualamos y comparamos

(Ritzer, 1993). Si se vinculan estos postulados de Bourdieu y Mead con el ámbito de la salud, las conductas de los familiares y personal médico ha sido objeto de interés sociológico, siendo este campo de estudio uno de los principales en evidenciar como se da la interacción entre estos actores, sobresaliendo la posición de jerarquía y subordinación entre los diversos miembros de la familia, así como en la relación médicos y pacientes.

Esta interacción social ha sido documentada ampliamente, pues una vez que el individuo percibe la necesidad de atención se enfrentará a una serie de barreras, iniciando con aquellas que se dan al interior de la dinámica familiar, pues la posición social que se tenga al interior del hogar, así como el rol que se desempeña serán fundamentales para la búsqueda de ayuda profesional. Una vez logrado esto, el acceso a los servicios de salud estará permeado a partir de la derechohabencia. De no tener la atención se verá permeada dependiendo de su condición de pago, continuando con los interminables trámites burocráticos, largas horas de espera, insuficiencia de fichas, diferimiento prolongado de citas, turnos clínicos poco flexibles, dificultad al acceso de médicos especialistas, así como cumplir una serie de requisitos para alcanzar un tratamiento (Castro, 2000;2002).

Por todo lo antes mencionado, es que se consideró pertinente el uso de este marco interpretativo para realizar el análisis de la información, siendo de especial interés las interacciones sociales entre el portador de la enfermedad, sus familiares y el ámbito médico. Con ello se trata de conocer el tipo de relación que se da entre estos actores sociales (roles, jerarquía, de iguales, subordinación etc.). Para construir tanto el conocimiento como la comprensión de las trayectorias,

transiciones y reconstrucciones de la familia, por medio de la recolección de información.

Todo esto se logrará por medio de las narrativas de los relatos de vida, en el curso de su trayectoria tanto individual como familiar ante la presencia del TB. Para ello se hizo uso de la perspectiva teórica-metodológica *curso de vida*, siendo el eje con el que se entrelazan las experiencias en esta línea de vida familiar, lo cual permitió construir tipologías de análisis que brindan herramientas para desarrollar procesos de intervención dentro de la sociedad. En este sentido, el presente estudio se aborda mediante la selección de estudios de caso donde se obtendrán historias de vida que se entretajan en el curso de vida individual y familiar mediante recopilación de información desde el marco del interaccionismo simbólico.

Este proceso de interacción de lo individual y familiar, se reconstruye a través de las historias de vida y al momento de realizar las entrevistas a profundidad para obtener una mayor aproximación al objeto de estudio, ya que la importancia de utilizar un método cualitativo radica en acciones simples pero profundas como observar, preguntar, escuchar, registrar y examinar, donde tales acciones los convierten en la mejor opción para obtener información respecto de la realidad social (Hammersley y Atkinson, 1994; Schwandt, 1994).

3. 3 La significación

La significación vista desde Lonergan (2008) es un elemento formal y constitutivo de la vida humana, a través de ella se logra el pensamiento. Es así como se hace cualquier cosa respecto a uno mismo, al otro y al mundo material. En un primer

momento, es constitutiva de la comunidad humana y en un segundo es constitutiva de la sociedad y la comunicación humanas, la significación:

- Es constitutiva de los símbolos, de nuestro profundo impulso hacia la transformación e integración.
- Es constitutiva de nuestros proyectos por realizar y nuestros logros.
- Es constitutiva de nuestras interminables preguntas, actos y hábitos.

En el entendimiento, comprensión e interpretación de la dinámica familiar en el quehacer y vivir cotidiano se logra mejor si se entiende la significación como un proceso, donde fluyen la interacción, de la percepción y de la interpretación en cada uno de los actos y/o accionados de cada uno de los integrantes de la familia, tales como su manera de relacionarse, de asignar sus roles, de expresar sus emociones, su manera de comunicarse, entre otros.

Para ello, el lenguaje inmediato mediante las palabras dichas, las cuales están moldeadas conforme a la situación humana poseen un componente esencial de significación. La significatividad del lenguaje cotidiano para la existencia humana cobra importancia cuando se descubre la utilidad de las palabras, debido a que la realidad de la significación se halla en la realidad de la comunicación por el lenguaje cotidiano del hogar (Lonergan, 2008).

Por lo tanto, se puede decir que por medio del recurso de la significación se comprende lo individual y colectivo, es por medio de esto que cada integrante de la familia comprende los diferentes comportamientos ante la presencia de TB. Este hecho tiene que ver con las experiencias vividas en el pasado por cada individuo en particular y cuando se logra hacer una comprensión de esto, mediante la

reflexión y entendimiento de determinada situación se puede estar en una posición de entender cualquier la experiencia. Una vez que se llega al entendimiento se valora y adquiere un grado de conciencia acerca de lo vivido.

3.3.1 Significación intersubjetiva

La *significación intersubjetiva* es una segunda forma de comunicación. En el lenguaje hablado no solo se usan las palabras sino también se usa la presencia, la presencia conjunta de personas y el actuar. Tras la mera expresión de las palabras, están sucediendo muchas cosas más, como lo que se puede revelar por el tono de voz, el reflejo de los rasgos, la sonrisa evocada, la seriedad, la actitud vivaz o silenciosa (Lonergan, 2008).

Esa parte de la significación donde hay un reconocimiento mutuo, un reconocimiento tácito del pasado, un acuerdo implícito de continuarlo o de cambiarlo (Lonergan, 2008). Siendo la comunicación familiar, según Sabrino (2008), un proceso interactivo entre los individuos donde existe un trueque en el que intervienen vivencias, sentimientos, ideales, valores, convicciones, actitudes y motivaciones que influyen en las personas que interactúan en él.

De ahí que se considera el proceso donde se realiza la presentación del mundo interno del sujeto a otro sujeto, se les cuestionó a los SC cómo consideraban la comunicación familiar. Entre los diferentes relatos, surgió en su mayoría que denotaban una falta de comunicación y con tintes de una comunicación mala, casi todos los SC mencionan haber tenido una falta de comunicación con los familiares, incluso cuando se presentaban situaciones que ponían el riesgo su integridad física y psicológica, ejemplo de ello es el caso del

abuso sexual.

La significación está contenida en el nivel sensitivo, al tener influencia en este terreno adopta el nivel intersubjetivo (Lonergan, 2008). Los fenómenos intersubjetivos no son acerca de algo, son determinantes dentro de una situación interpersonal, una parte fundamental del conocer la vida ordinaria que se halla en el nivel intersubjetivo. En este sentido, Giddens (1998) menciona que las relaciones familiares deben darse a través de una comunicación familiar afectiva con un ambiente libre de arbitrariedades, donde impere el diálogo y la confianza.

La percepción que los Sujetos Clave tienen de la comunicación familiar carece de estos elementos, puesto que no se comunican los sentimientos o acciones, reduciendo hasta cierto punto las relaciones familiares positivas. Ejemplo de ello son las tendencias suicidas. Además, se interrogó a los diversos entrevistados sobre cómo consideraban el desarrollo de las dinámicas familiares en las diversas etapas de la vida, sobresaliendo de manera repetitiva en casi todos los SC la presencia de algún tipo de violencia, sobretodo durante la infancia y adolescencia

Cuando existe violencia familiar, se transmiten emociones e incluso posibles expectativas de vida, como en este caso, pues el sujeto portador de TB considera el matrimonio como un escenario en el que se vive con violencia. Otro de los tipos de violencia que estuvo presente en las narrativas es la violencia sexual. 4 de los 5 SC fueron violentados durante la infancia y/o adolescencia, siendo un familiar en la mayoría de los casos quienes propiciaban este abuso. Respecto a esto, Lonergan (2008) señala que el sentimiento que tenemos con diferentes personas determina inconscientemente gran parte de nuestro trato con ellas. Una persona es una significación, esa significación puede ser querida, reverenciada, adorada,

recreada, vivida o puede ser odiada, abominada, condenada.

La significación es dinámica, está viva, se mueve en la medida en que esta conecta con el afecto, por lo que se da la transformación de la significación, por ejemplo: caer puede ser terrible, pero bajar no es tan terrible, darse un acoplamiento, de la combinación de dos actitudes, y la posibilidad de desplazarse de una a la otra. Cuando le agregamos a la significación el acto de querer lo que significamos es lo que elegimos; de este modo la significación se llega a realizar en nuestras acciones, elecciones en lo que hacemos de nosotros mismos, y la parte significativa de la vida humana está involucrada en la significación (Lonergan, 2008).

En este sentido, de la violencia sufrida por todos los portadores del TB y de la falta de comunicación, algunos de los SC consideraban que con algún integrante de su familia mantenían una relación íntima, siendo éstas donde hay lazos estrechos de afecto con algún miembro de la familia. El contar con relaciones familiares afectivas, se matiza el impacto de la enfermedad con los valores, costumbres y creencias compartidas. Además del nivel socioeconómico, impactan en la solidaridad familiar, ello determinará la fortaleza de la comunicación entre los integrantes y con la sociedad, a pesar de la estigmatización de la enfermedad mental, siendo así la familia un pilar fundamental para expresar las situaciones difíciles de los SC.

La familia debería ser lo que uno ha ido significando a lo largo del tiempo por ella, pero esta es a lo más lo que uno actualmente significa por ella, para que las instituciones sean conocidas en su realidad individual, tendrían que estudiarse en sus historias (Lonergan, 2008).

En este estudio se mostró mediante las trayectorias individuales cómo las familias cambiaron algunas significaciones y por lo tanto, su realidad familiar. La realidad de la familia se convierte en una cosa diferente cuando se diagnostica el TB en un miembro. A partir de este momento, cambia la realidad y la significación dentro del contexto familiar, puesto que la significación es constitutiva de la realidad. La realidad de la comunidad es intencional y en la medida en que los miembros de la familia tengan intencionalidades semejantes en el nivel del entendimiento y voluntad, habrá resignificaciones es en estas familias, tanto en relación con el TB y en las interacciones familiares.

3.4 Tipo de trabajo

La investigación social del presente trabajo se ubica en el estudio del Trastorno Bipolar en el campo de las Ciencias Sociales; lo cual implica que está orientada a la descripción, comprensión, explicación e interpretación de la realidad social. Además presenta una perspectiva cualitativa sustentada en la comprensión de los procesos de transición y reconstrucción que se desarrollan en las familias. La finalidad es lograr la construcción de tipologías de análisis que permitan desarrollar procesos de intervención social a partir de la enfermedad del TB.

Gunderman (2004) señala que toda investigación social se considera un estudio de caso. En esta investigación, que tiene a la familia, la salud mental y el bienestar subjetivo en el centro de las Ciencias Sociales, cumple lo dicho por el autor porque dirige su atención a un fenómeno provisto de especificidad y límites espacio temporales definidos. La teoría que se desprenda de estos tres ejes temáticos permitirá fundamentar las experiencias en la vida cotidiana de estas familias.

3.5 Método de investigación

3.5.1 Estudio de caso e historias de vida

En esta investigación se utiliza el estudio de caso como estrategia de diseño de investigación, lo cual permitió seleccionar a familias donde uno de sus integrantes presenta Trastorno Bipolar diagnosticado por un médico psiquiatra. Una vez seleccionados los casos, se procedió a reconstruir sus historias de vida, dado que este método permite encontrar respuestas adecuadas a situaciones concretas produciendo datos a través de las vivencias de las personas quienes hablan o describen sus experiencias con sus propias palabras (Berríos, 2000).

Asociado a lo anterior y de acuerdo con Ruiz Olabuénaga (2012), la historia de vida como método en la investigación cualitativa arroja datos que provienen de la cotidianidad y del sentido común cuya finalidad es descubrir la relación dialéctica, la negociación cotidiana entre aspiración y posibilidad, entre utopía y realidad, entre creación y aceptación. Tales relaciones son los procesos que el individuo lleva a cabo para vivir y sobrevivir a diario. Al hablar de historias de vida señalamos que es uno de los métodos de investigación descriptiva más puros y potentes para conocer cómo las personas interactúan en el mundo social que les rodea (Hernández, 2009).

El investigador puede utilizar la narración y herramientas como grabaciones, escritos personales, fotografías y cartas que servirán para documentar las relaciones con los miembros del grupo. Es importante puntualizar que los datos no solo proveen información de la vida entera de una persona, sino que incluye la relación con su realidad social, contextos, costumbres y situaciones en las que el

sujeto ha participado (Lucca y Berríos, 2003).

Otro elemento importante para considerar en este análisis son las modalidades y dimensiones de las historias de vida. Debido a su carácter abierto, no resulta fácil encontrar una taxonomía reconocida sobre las historias de vida.

Según Mckernan (1999), existen tres tipos de historias de vida: completas, temáticas y editadas. Las completas son aquellas que cubren la extensión de la vida o carrera profesional del sujeto. Las temáticas comparten rasgos de las historias de vidas completas, pero delimitan la investigación a un tema de la vida del sujeto, realizando una exploración a fondo de este. Finalmente, las editadas, ya sean completas o temáticas, se caracterizan por la intercalación de comentarios y explicaciones de otra persona que no es el sujeto principal.

Para esta investigación las historias de vida utilizadas fueron las temáticas pues contemplaron rasgos de historias de vida de los 17 entrevistados, donde el clímax o análisis más profundo se realizó alrededor del diagnóstico del Trastorno Bipolar en uno de los integrantes de la familia. Lo que permitió elaborar una matriz hermenéutica de análisis de la información de la cual se parte para interpretar la información empírica adquirida a través de entrevistas a profundidad.

Por otro lado, Santamarina (1995) señala que las historias de vida están formadas por narraciones, en este estudio se fueron construyendo a través de temas como los siguientes:

- Datos generales
- Recuerdos de su niñez, adolescencia, juventud, madurez en relación con las trayectorias, transiciones y momentos de quiebre que consideraron importantes mencionara

- Relaciones familiares, amorosas y de amistad
- Conducta y manifestación del TB
- Primera crisis del TB
- Emociones y sentimientos estuvieron
- Afrontamiento ante la noticia del diagnóstico de TB
- Proceso de atención
- Cambios de la dinámica familiar a raíz del diagnóstico
- Reconstrucciones familiares obtenidas

El recabar las narrativas de los sujetos de estudio a partir de la información antes mencionada, tuvo como intención transmitir un referente a las formas de vida de estas familias, con un miembro que padece TB, ubicadas en un periodo de tiempo determinado. Es por ello que con la finalidad de comprender cómo ha sido la evolución de estas familias se logró la reconstrucción de vida familiar a través de entrevistas a profundidad, que se llevarán a cabo con los miembros de las familias elegidas. Como señalan distintos autores, este método permite comprender el mundo en que estamos insertos por medio de la interacción social y el uso de diversas técnicas, no sólo describiendo, sino mediante el uso de narrativas orales de los distintos actores sociales.

Por lo anterior, este trabajo refiere a la triangulación por técnicas de investigación (Hammersley y Atkinson, 1994; Rodríguez, Gil y García, 1996), pues con distintos instrumentos de campo se logra penetrar a un mayor conocimiento. Por esto, una de las técnicas es la aplicación de entrevistas a profundidad, partiendo desde la visión de Taylor y Bodgan (1996) quienes las han definido

como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras.

3.6 Características de la investigación

La presencia de la enfermedad en las personas genera una situación de vulnerabilidad, pues al verse afectada la salud se modifica la dinámica personal y social, dado que la condición de enfermo puede menoscabar el desarrollo personal (Burgos y Paravic, 2003). La enfermedad y sus circunstancias transforman de manera temporal y/o permanente la vida, así como las interacciones sociales generando una diversidad de emociones que involucran al sujeto enfermo y los individuos que lo rodean.

La familia, por ejemplo, es quien puede hacer llegar al paciente solidaridad, cuidado y apoyo, buscando darle un sentido de bienestar durante el proceso de salud-enfermedad-atención. Existen dos maneras de experimentar la enfermedad visto desde el pensamiento sociológico. La primera esta relacionada con la escuela funcionalista y cuyo precursor principal, el teórico Talcott Parsons (Parsons & Shils, 2001), argumentaba que la enfermedad tiene una dimensión social y otra individual y que ambas deben adaptarse a las normas de comportamiento que se supone la acompañan porque en caso de no adaptarse podrían ser estigmatizadas.

La segunda es vista desde el interaccionismo simbólico y para comprender la experiencia de la enfermedad se enfoca en cómo las personas interpretan tanto el mundo social como los significados que le atribuyen (Giddens, 2004).

Es así como el problema de investigación nace del interés por comprender los procesos sociales en los que se ve implicada la familia ante el desarrollo de la enfermedad mental. Con esta investigación se hace una aproximación a los miembros de la familia, construyendo sus trayectorias de vida, a través del enfoque de *curso de la vida*, dado que esta unidad de análisis está constituida por diferentes miembros que forman parte de una comunidad o red social, ante ello, es importante entender los procesos sociales en los que están involucrados.

Para acercarnos a la construcción de estas tipologías de análisis y desarrollar estos procesos de intervención sociales, es esencial contar con un diseño metodológico pertinente. Dicho enfoque será de corte cualitativo, pues al ser inductivo permite comprender la vida cotidiana de las personas donde la realidad social no es estática, sino más bien múltiple, dinámica y solo puede ser vista desde los individuos que experimentan el fenómeno de estudio (Taylor y Bodgan, 1996).

3.7 Proceso de investigación empírica

En esta investigación, los relatos de la familia estarán relacionados con el periodo que como familia viven sus miembros a partir de que la enfermedad mental se presenta en uno ellos. Definir el problema es uno de los primeros pasos que se tienen en cuenta en el proceso de investigación. Entonces, se puede decir que el problema planteado hace referencia a: ¿cuáles son los procesos de las trayectorias, transiciones y reconstrucciones de las familias que sirvan para

construir tipologías de análisis que permitan desarrollar procesos de intervención social cuando se presente este tipo de enfermedad mental?

En la Tabla 4 se presenta la explicación de la pregunta general, así como las preguntas específicas, describiendo sus variables, aspectos focales y las técnicas para obtener información.

Como se puede observar, partiendo de la pregunta general y de las preguntas específicas, describimos las categorías como aquellas situaciones que se presentan en la dinámica familiar ante la presencia de un miembro con TB. Es así como se pretende comprender cómo son las relaciones existentes entre la familia, los cambios en las expectativas de los padres, madres, hijo(a)s, hermano(a)s o algún otro integrante que habita en el entorno familiar.

Los aspectos centrales a indagar a través de la entrevista a profundidad que cada uno de sus miembros relate dentro de este periodo abarcarán desde que apareció la situación de TB en su familia hasta la actualidad y son: ¿cuál es la dinámica familiar que se vive tras la aparición de la enfermedad en uno de sus miembros?, ¿cómo se comunican verbal y no verbalmente?, ¿cómo se comportan?, ¿qué dicen, qué piensan y qué sienten ante la situación?

A partir de las narrativas del sujeto con TB y de los demás integrantes, se da cuenta de las situaciones emocionales, las experiencias de salud-enfermedad-atención, significados que viven las personas que padecen de TB y sus familias.

Tabla 4. Descripción de la pregunta general

<i>¿Cuáles son los procesos de las trayectorias, transiciones y reconstrucciones en las familias que permiten construir tipologías de análisis para el desarrollo de procesos de intervención social cuando se presente este tipo de enfermedad mental?</i>				
Preguntas	Unidades de análisis	Categorías	Aspectos focales	Técnicas para obtener datos
¿Qué situaciones se presentan en la dinámica familiar ante la presencia de un miembro con trastorno bipolar a partir de las etapas del curso de vida?	Integrantes de la familia	Situaciones de la dinámica familiar ante la presencia del miembro con trastorno bipolar	Comunicación verbal y no verbal entre los miembros de la familia, cómo se comportan, qué dicen y qué piensan.	Entrevista a profundidad
¿Cómo son las relaciones de los padres y de los hermanos con el miembro con trastorno bipolar?	Padres y hermanos	Las relaciones ya sea con los padres o con los hermanos y el integrante con TB	Relaciones	Entrevista a profundidad
¿Qué cambios o transformaciones se manifiestan entre los integrantes del hogar cuando el	Padres y cambios de las expectativas para con el miembro	Cambios que se manifiestan en las expectativas de los padres	Factores cognitivos, habilidades escolares, factores emocionales,	Entrevista a profundidad

hijo(a), padre, madre o hermano(a) son portadores del trastorno bipolar?	afectado		relaciones de amistad, aprendizajes	
¿Cuáles son los estresores psicosociales que se presentan en la familia a partir del diagnóstico del trastorno bipolar en uno de sus miembros?	Miembros de la familia	Medio ambiente El entorno	Qué situaciones se presentan en los momentos de crisis, qué las provocan, cuáles son, cómo se hace frente a ellas, qué es lo que han aprendido ante esta situación	Entrevista a profundidad

Fuente: Elaboración propia.

Otras interrogantes que se indagaron durante el proceso de reconstrucción de las historias de vida refieren a: ¿cómo es la relación de los familiares cercanos con este miembro?, ¿cómo son las relaciones de ayuda al interior del hogar?, ¿con qué redes sociales de apoyo cuentan para sobrellevar los momentos de crisis?

En relación a esto, veremos cuáles son las expectativas de los padres, hermano(a)s y demás familiares de este miembro, es decir, si han cambiado tras presentarse la enfermedad y de ser así, cuáles son los motivos que argumentan para explicar los cambios. Se ahonda en la presencia de estresores psicosociales que más influyen ante esta situación, cómo hacen frente a estos desde lo individual y familiar.

Para obtener la información, se hizo uso de la entrevista a profundidad, tanto

en el miembro de la familia diagnosticado con TB, así como en los otros integrantes de la familia. De esta manera se logra la comprensión los aspectos importantes para la familia y en su momento, con base en las tipologías de familia a partir de la evidencia empírica, se podrán elaborar propuestas sociológicas útiles para mejorar los entornos de las personas que padecen algún trastorno.

3.8 Muestreo teórico

El estudio partió de un criterio general: enfocarnos a familias con un miembro diagnosticado con Trastorno Bipolar por un médico psiquiatra. Es importante destacar que no se consideró algún género en particular, ni su edad actual, solo que haya vivido con esta enfermedad en algún momento de su vida después de los 15 años. Lo anterior permitió incorporar a algunas familias que presentaron distinto número de años con esta situación de TB, así como algunas que recién iniciaron este proceso, con lo anterior, se muestra en qué condiciones han vivido y cómo se vive en el momento actual, esto nos permitirá poner el acento en la complejidad de cada uno de los hogares a los que pertenecen.

Para hacer contacto con familias que tuviesen algún miembro diagnosticado, se acudió al Congreso de Salud Mental llevado a cabo en Cintermex Monterrey. Durante dicho evento, se logró hacer contacto con varias instituciones privadas que trabajaran con familias que tuvieran un miembro con TB y que se ubicaran en el área metropolitana de Monterrey. Posteriormente se estableció contacto con algunas de ellas y se logró entrar a dos de ellas: *Ingenium* y *Aequus*, donde finalmente se realizó el trabajo de campo.

3.9 Validez y confiabilidad

Para asegurar la validez, la confiabilidad de los datos y las experiencias, se logró una máxima diversificación de informantes que correspondiera al criterio de saturación; dicho criterio cumple con la función de la representatividad en la investigación cuantitativa, es decir, que asegura la variabilidad de los informantes, la cual no funciona solo con la observación, sino con la construcción de una representación sobre el grupo cultural abordado, permitiendo delimitar la muestra final (Bertraux, 1999).

Por otra parte, para establecer la confiabilidad en la investigación fue necesario que la información obtenida se asumiera como confiable, creíble y defendible. Para ello se necesita hacer uso de la validez teórica, la cual se desarrolla a partir de la triangulación de la teoría e información obtenida en campo. Así mismo, es de suma importancia la congruencia de la información, donde la preguntas de investigación, el objeto de estudio, las técnicas de investigación y la información recabada estuvieron encaminadas en un mismo sentido (Burke, 1999).

3.10 El proceso de investigación en el trabajo de campo

Para la realización del trabajo de campo se hizo uso de la entrevista a profundidad, pues esta es empleada para designar la interacción social entre el investigador y los informantes, durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. (Taylor y Bodgan, 1996).

El formato de la entrevista fue el siguiente:

Inicio

Se comenzó explicando el objetivo de la investigación, así mismo, el informante aceptó ser parte del estudio por medio de una entrevista, para ello, se le entregó un consentimiento informado, el cual fue leído en compañía del investigador, posterior a ello el informante procedió a firmarlo.

Establecimiento del rapport

Una vez firmado el consentimiento, se estableció empatía entre el entrevistador y el entrevistado, tratando de establecer rapport con los informantes, formulando inicialmente preguntas no descriptivas y escuchando qué es lo importante para los informantes. Una vez establecida la confianza, se dió paso a las preguntas vinculadas con el fenómeno de estudio.

Clímax de la entrevista

Establecido el rapport y hechas las preguntas descriptivas, se comenzaron a formular preguntas con una mayor profundidad con la finalidad de indagar en el fenómeno de estudio. Por otra parte, se tomaron notas en el diario de campo para detectar momentos clave relevantes. Con dichas notas, se tuvo una mayor comprensión de la información, como por ejemplo gesticulaciones y acciones no verbales.

Cerrando la entrevista

Para terminar la entrevista, se recapituló en la información obtenida, repitiéndole al entrevistado los puntos más importantes que este mencionó, con el fin de corroborar que dicha información hubiera sido entendida de la forma correcta, evitando con ello posibles errores de interpretación. Una vez hecho esto, se expresó un agradecimiento, dejando la posibilidad de una segunda entrevista.

3.11 Técnicas para la recolección de la información

Una vez identificados los posibles informantes y la recolección de la información, se llevó a cabo la entrevista a profundidad. Según Vela Peón (2004), la entrevista cualitativa se distingue como vía de acceso a la subjetividad humana y es ante todo un mecanismo controlado donde interactúan personas: un entrevistado que transmite información y un entrevistador que la recibe, entre ellos existe un intercambio simbólico que retroalimenta este proceso.

Es así como la entrevista se vuelve una herramienta fundamental para acceder a la realidad de los individuos lo más veraz posible. Para ello es necesario tener el dominio del arte de hacer preguntas y escuchar respuestas de una forma tan delicada que parezca más una conversación que un interrogatorio (Denzin y Lincoln, 2012; Deslauriers, 2011). La entrevista es considerada por algunos como un instrumento de la investigación que nos introduce en los debates acerca de la objetividad y subjetividad, destacando su significado para el desarrollo teórico o explicando sus posibilidades metodológicas (Vela Peón, 2004).

Según Goode y Hatt (1991), la entrevista es un acto social en donde se involucran tres momentos: inicio, clímax y final. Se toma en cuenta la selección del diseño de entrevista y los informantes sobre los que habrá de aplicarse, así mismo ver sus etapas emocionales entrelazadas en su trayectoria. Para este estudio se escogió la entrevista a profundidad, donde se dan encuentros cara a cara entre el investigador e informantes y los cuales estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene el informante respecto de su vida, experiencias o situaciones expresados con sus propias palabras (Taylor y Bodgan, 1996).

Este tipo de entrevista contiene una gran flexibilidad que es importante para la construcción de una teoría, entre los tipos de entrevista a profundidad encontramos la historia de vida, donde el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias (Vela Peón, 2004 y Taylor y Bogdan, 1996). La historia asegura que se cubran todos los aspectos que el investigador quiere conocer, donde las interpretaciones del sujeto sean aportadas honestamente (Becker, 1970).

Por todo lo antes mencionado, se consideró la entrevista a profundidad en la modalidad de historia de vida como la técnica de investigación óptima, puesto que el investigador viene a descubrir tanto lo inesperado como lo esperado en un marco de referencia global, dentro del cual la información no es determinada por el investigador sino por la visión que tiene el informante de su propia vida. En consecuencia, el trabajo de campo en materia de historias de vida puede llegar ser parte de una metodología mucho más poderosa, de un proceso continuo de someter las hipótesis a prueba y reformularlas, en el cual los primeros hallazgos llevan a nuevas teorías y preguntas (Szasz y Lerner, 1996).

Con relación al diseño de la guía de entrevista, Bericat (1998) exterioriza que la forma en la que se lleva a cabo la entrevista es determinada por el análisis de la situación externa en la que ha estado presente el sujeto y se orienta según hipótesis derivadas de este análisis. Este mismo autor, expone que la entrevista se enfoca sobre las experiencias subjetivas, procurando:

- Reducir al mínimo la dirección ejercida por el entrevistador para mantener la apertura del discurso.

- Especificar precisamente la definición de la situación del sujeto para evitar la ambivalencia interpretativa.
- En lo posible ampliar el rango de las respuestas para lograr un amplio plano del universo simbólico.
- Recoger en profundidad la carga afectiva y valorativa del sujeto, así como los contextos personales que han dado origen a las reacciones (p. 108).

Para alcanzar los aspectos mencionados, el guion de entrevista² quedará estructurado en diez categorías generales desarrolladas en las conversaciones sobre el curso de vida y la trayectoria de enfermedad de cada una de los entrevistados:

I. Condiciones y situaciones vividas desde su niñez hasta la fecha

En esta parte de la entrevista, las personas entrevistadas que son los miembros de cada una de las familias proporcionarán datos generales como su vida nombre, género, escolaridad, que número de familiar es y/o parentesco con el SC con TB. Realizarán una reconstrucción de su etapa; ya sea de niñez, adolescencia, juventud y adultez, formulándose preguntas acerca del contexto en que creció y vivió como parte de esta familia, así como el nacimiento de sus hermano(a)s, la forma en que sus padres atendieron sus enfermedades, las actividades que realizaban los integrantes de su unidad doméstica por sexo (tanto al interior como al exterior del hogar). Estos aspectos son importantes para recuperar el ambiente vivido en estos primeros años por la persona dentro de la familia.

² En el anexo 1 se puede ver el guión completo de la entrevista.

II. Experiencias vividas en el primer momento de crisis de la enfermedad

Para dar continuidad, se procede a indagar sobre la incidencia de la enfermedad, ya sea de él o de su familiar, hijo(a), hermano(a) y qué cambios se presentaron en comparación con lo vivido antes y al momento de instalarse la enfermedad en casa, qué parte de su ciclo vital estaba viviendo, cómo fueron solucionando este nuevo problema de salud o, en su caso, cómo se ha estado viviendo con la enfermedad.

III. Prevalencia actual de enfermedades

En esta categoría se pregunta sobre la enfermedad y/o las enfermedades actuales, las formas en que las han atendido o solucionado, las personas a las que recurren, así como los cuidados y atenciones que le han brindado a la persona enferma que integra su unidad doméstica, destacando el rol de quien cuida. Además, es importante conocer cómo la detectaron y cuál ha sido el tratamiento que ha continuado para atenderla o atenderse, además de las principales consecuencias en las actividades del hogar o en su trabajo desempeñado.

IV. Relación actual con sujeto con TB

Se indaga acerca de su relación física, afectiva con el familiar enfermo. Si es su cuidador, qué parentesco tiene, etcétera.

V. Percepción de la enfermedad mental

Se les pregunta cuál ha sido el acercamiento, medidas y estrategias que se han tomado en cuenta al instalarse la enfermedad mental en casa, las pláticas con sus padres, especialistas acerca de la enfermedad, si han seguido instrucciones médicas, nutritivas, de terapias familiares, etcétera.

VI. Relaciones familiares

Se cuestionan cuáles han sido las relaciones familiares o cómo han sido antes y después de la enfermedad, cómo son las demostraciones de afecto, cómo se da la comunicación en casa, qué sentimientos llevan consigo al enterarse de esta enfermedad.

VII. Perspectiva a futuro

Algunas de las formulaciones de esta categoría son cómo visualizan los miembros de la familia y los pacientes con esta enfermedad sus condiciones de vida y salud a futuro, cómo ven a sus hijos, su relación con su cónyuge, cómo evalúan las condiciones materiales de su vivienda y su colonia, qué aspiraciones tiene no solo en lo individual sino a nivel de hogar y de comunidad.

VIII. Estresores psicosociales

Qué estresores psicosociales se observan en el ambiente familiar y de vida, cuáles son los que percibe la familia, a qué le temen, qué sentimientos los invade, cómo funcionan sus redes sociales de apoyo.

IX. Significación y creencias sobre la salud-enfermedad

En estos aspectos se pregunta cómo y cuáles han sido las provocaciones, límites y superación de la enfermedad. Se pide que enfatizen en sus descripciones sobre lo que para ellos representa tener una enfermedad mental o tener un familiar con un padecimiento diagnosticado de salud mental.

X. Posibles reconstrucciones

Qué dinámicas se han estado viviendo en su vida cotidiana a partir de vivir con esta enfermedad, qué podrían aportarnos como familia a la sociedad según esta

experiencia vivida.

Por el tipo de entrevista que se realizó, el presente trabajo es de carácter comprensivo y pretende lograr la reconstrucción de las situaciones vividas por cada uno de estos familiares, es decir, sus trayectorias y procesos, indagar más a fondo mediante cuestionamientos sobre las prácticas y experiencias que pueden aportar desde su realidad, lo cual nos permitirá elaborar diferentes esquemas en la formulación de procesos de intervención social a favor de la familia que vive en esta situación (Wolcott, 1993).

Desde este enfoque cualitativo, se logró profundizar en ciertas explicaciones, al mismo tiempo que fue posible captar la dinámica microsocial del proceso a investigar. En este sentido, más que identificar una o más categorías, realizar una evaluación de su influencia en la incidencia, desarrollo, funcionamiento de algún proceso e incluso establecer relaciones causa-efecto, se pretendió que, con esta perspectiva metodológica, describir y comprender cuáles son las trayectorias, transiciones y reconstrucciones familiares en el desarrollo de TB en uno de sus miembros.

Llevando a clarificar cuál es su dinámica, significación y lo que viene a ser más relevante, cuáles son las relaciones entre estos (Ortega, 2004) y como se mencionó en líneas anteriores, se pretende comprender cómo la familia del miembro con TB procesa dicho padecimiento y se apropia de estas estructuras. Por tal motivo, se espera construir tipologías con base en las trayectorias como una forma de dar cuenta de la validez que adquirirá la información y análisis cualitativo de estas durante el proceso de investigación.

A raíz de la documentación analizada, se reafirma que la familia es un

elemento clave para la inclusión y desarrollo social de personas que enfrentan un trastorno como este. No solo el SC es quien enfrenta obstáculos personales y sociales, sino que las ramificaciones familiares a su alrededor también sufren cambios y modificaciones en su haber mientras la enfermedad se desarrolla en sus diversos momentos.

Con la presencia del Trastorno Bipolar en el hogar, las dinámicas familiares se modifican y cada uno de sus integrantes tienen experiencias particulares que en algún punto confluyen con las de los otros miembros. Esto quiere decir que existen factores y elementos que influyen de manera diferente en cada uno de los SC, pero con similitudes determinadas.

Lo que se pretende con el análisis de esta información es crear acciones que ayuden a comprender y abordar de mejor forma las experiencias individuales y colectivas que viven las familias que tienen un miembro diagnosticado con TB, pues la controversia y tabús que afrontan estos sujetos son muchas, lo cual puede dificultar la comprensión de la enfermedad.

Actualmente, no se han encontrado suficientes investigaciones de tipo cualitativo que aborden a la familia como la unidad de análisis principal, tomando en cuenta las vidas individuales de los miembros portadores de TB para comprender y conocer sus etapas del curso de vida entrelazadas en su trayecto de vida familiar ante el desarrollo de una enfermedad mental.

Para el análisis de la información se hizo uso de la técnica denominada teoría fundamentada, la cual es un proceso inductivo en la recolección, análisis y comprensión de la información, por medio de una aproximación inductiva donde la

inmersión de los datos sirve de punto de partida para el desarrollo de una teoría sobre un fenómeno (Guillemette, 2006).

Esta técnica de análisis hace énfasis en la naturaleza socialmente construida de la realidad y su objetivo es producir interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información valiosa sobre aquellos cuyas conductas son sometidas a estudio (Annells, 1996; Glaser & Strauss, 1967). Para lograr esto, se identifican categorías teóricas derivadas de los datos, siendo necesaria la comparación de los contenidos de las entrevistas con los conceptos teóricos con la finalidad de identificar los temas fundamentales. Una vez hecho esto, se derivan las categorías teóricas que ayudaran a comprender el fenómeno de estudio y las cuales se abordaran en las entrevistas a profundidad.

Una vez obtenida la información por medio de las entrevistas a profundidad, las cuales fueron grabadas con el consentimiento informado de cada uno de los participantes, se procedió a transcribir las mismas. Posteriormente, se realizó la asignación de códigos que constituyen una identificación preliminar de los hallazgos, dado que cada código normalmente indexa un amplio conjunto de significados. Un código normalmente constituye un intento del investigador de clasificar una palabra, una frase, o una sección del texto en categorías específicas significativas que tengan sentido dentro del marco teórico que esté siendo utilizado (Castro, 2002 p. 72).

Según Bonilla (2016), existen tres tipos de codificaciones, las cuales se describen a continuación:

- **Codificación abierta:** es el proceso analítico por el cual los conceptos se identifican y desarrollan desde el punto de vista de sus propiedades y

dimensiones, comparándose y etiquetándose, por medio de ellos se forman categorías de análisis.

- **Codificación axial:** es el proceso de identificación de relaciones entre las categorías obtenidas en la codificación abierta y sus subcategorías, esta relación está determinada por las propiedades y dimensiones de las subcategorías y categorías que se quieren relacionar.
- **Codificación selectiva:** el propósito de esta es obtener una categoría central que exprese el fenómeno de investigación e integre las categorías y subcategorías de la codificación abierta y axial, en este proceso el análisis tiene un conjunto de categorías y subcategorías que convergen en una unidad conceptual, que a su vez integra la realidad expresada por todos los sujetos de la investigación.

Para realizar la codificación de la evidencia empírica, se hizo uso de los tres tipos de codificación. En una primera instancia se trabajó con la codificación abierta, es decir que los conceptos se fueron identificando a partir de la información, realizando categorías a partir de esta. En un segundo momento se realizó la codificación axial, donde se generaron categorías más amplias y las cuales estaban compuestas por diversas categorías de la codificación abierta, es decir se realizaron subcategorías de análisis. Por último, se trabajó con la codificación selectiva, donde se obtuvieron categorías centrales y las cuales estaban integradas por categorías y subcategorías y las cuales formaban una unidad central.

Dicho lo anterior se codificó mediante el programa *Atlas. Ti 8*, resultando 616 códigos que respondían a los objetivos de investigación. Es importante señalar que algunos de estos códigos se consideran emergentes, una vez codificados se hizo una selección de estos considerando los siguientes criterios:

- 1) Se tomaron en cuenta aquellos códigos que se repitieran, a partir de coincidencias.
- 2) Selección de códigos que fuesen recurrentes en cada etapa o momentos.
- 3) Se incluyeron aquellos códigos que parecieron de suma importancia, aunque sólo aparecieran una vez (códigos emergentes).

Tabla 5. Matriz hermenéutica para el análisis de la información

Momentos/fase del curso de vida	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Familiares
Antes					
Durante					
Después					

Fuente: Elaboración propia.

Con toda esta información se construyó una matriz hermenéutica (Tabla 5) y a partir de ella se analizan e interpretarán los resultados obtenidos. Esta inducción analítica fue generada mediante la saturación teórica (Znaniecki, 1934; 250).

Por otra parte, en el proceso de construcción y reducción de categorías de análisis se dividió en dos grandes grupos: en el primero se encuentra la

información dada por los miembros de la familia con TB, denominados Sujetos Clave (SC) y el otro formado los Familiares (F).

En el primer grupo se acomodaron los códigos de los SC por las diversas etapas del ciclo vital, formando así la trayectoria de vida individual. En el caso de los F se analizaron tres momentos: antes, durante y después. El primero hace referencia a lo que pasaba en la trayectoria familiar antes de presentarse la enfermedad mental, el siguiente momento se refiere a lo que aconteció en el instante en que les dan el diagnóstico de la enfermedad y por último el momento que habla de las situaciones o acontecimientos que se viven en la trayectoria familiar ante la presencia de la enfermedad.

Una vez hecho lo anterior, se concentró la mayor parte de la información obteniendo en la Tabla 5, la cual servirá de base para el análisis y conclusión. Con ello se espera elaborar tres capítulos, explicando lo acontecido en estas familias tanto en la trayectoria individual del SC enmarcado en las etapas de su ciclo vital, así como en la trayectoria de la vida familiar delimitada.

3.12 Limitaciones

El estudio partió de un criterio general donde se enfocaría a familias con un miembro propiamente diagnosticados con Trastorno Bipolar por un médico psiquiatra, no se consideró algún género, solo que haya vivido con la enfermedad en algún momento de su vida.

Es importante señalar que en un principio se tuvo la intención de trabajar con dos médicos psiquiatras, con la finalidad de tener el acceso a las familias que tuviesen un familiar que padeciera Trastorno Bipolar, pero esto no fue posible

debido a la falta de respuesta y/o interés por parte de estos profesionales en participar en este estudio.

Para hacer contacto con familias que tuviesen algún miembro diagnosticado, se acudió al Congreso de Salud Mental llevado a cabo en Cintermex Monterrey, donde se esperaba contactar con diversas instituciones que trabajaran con familias que tuvieran un miembro con TB. Si bien participaron diversas instituciones, solamente se logró hacer contacto con dos de ellas.

Otra de las limitantes fue la población de estudio, pues en un principio se planteó la idea de trabajar con familias que tuvieran un miembro adolescente diagnosticado con TB, pero esto no fue posible, debido a que en las instituciones antes mencionadas no solamente se presentaban familias con adolescentes que padecían TB. Debido a esta situación, se modificó el criterio de incluir familias con un adolescente con TB, ampliándolo a familias con algún miembro que manifestara dicha enfermedad después de los 15 años de edad.

Cada uno de los puntos mencionados en este capítulo forman parte de los aspectos metodológicos para el acceso al trabajo de campo y por ende a la población de estudio, así como aquellos elementos necesarios para el análisis de la información. Una vez hecho esto se realizó el análisis, el cual se expone en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO IV. TRAYECTORIAS EN EL MOMENTO “ANTES” DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

4.1 Características demográficas de la población de estudio

Para comenzar el análisis, es importante describir las características sociodemográficas de la población de estudio (véase Tabla 6), la cual estuvo conformada por cinco familias que contaran con un miembro propiamente diagnosticado con TB y que radican en la zona metropolitana de Monterrey. En total se entrevistaron a 17 individuos, de los cuales 5 eran los que padecían TB, Sujetos Clave y el resto fueron familiares.

Con respecto a la escolaridad de los Sujetos Clave, uno tenía primaria completa, otra preparatoria y 3 habían alcanzado el nivel superior. Solamente 2 eran económicamente activos, esto es importante destacar, pues la literatura considera que dicho Trastorno es causante de incapacidad laboral. López y Murray (1998) mencionan que a nivel mundial el TB ocupa el sexto lugar de incapacidad laboral, pues una persona mentalmente saludable es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, mientras que un individuo diagnosticado con alguna afección mental no es totalmente independiente y su realidad social suele ser muy distinta al promedio (Escandón, 2000).

En este sentido, se encontró que tres de los SC no son independientes económicamente. No obstante, mencionan en manera recurrente que les gustaría trabajar, pero esto se ve empañado debido a su condición de salud.

E14/SC/H/33 años/Soltero/Carrera trunca: A futuro me veo yo trabajando en un buen trabajo, quiero tener un buen trabajo [...] no me pienso quedar toda la vida sin trabajo.

Tabla 6. Datos sociodemográficos de las familias entrevistadas

Familias entrevistadas	Datos del sujeto clave	Datos de los familiares entrevistados
Familia 1	-Mujer -45 años -Divorciada -Licenciatura -Actualmente labora como contadora publica -Principal proveedora económica -Tiene una hija En este caso no se identificó un cuidador primario, puesto que el sujeto clave es ella misma quien se hace responsable de todos los aspectos relacionados con el Trastorno Bipolar.	Padre, 76 años, casado, secundaria trunca, jubilado, no vive con el familiar con TB.
		Madre, 74 años, casada, primaria, ama de casa, no vive con el familiar con TB.
		Hermana, 49 años, divorciada, preparatoria técnica, actualmente labora como secretaria, no vive con el familiar con TB.
		Hija, 21 años, soltera, estudiante de licenciatura, actualmente labora como asistente en un kínder, vive con el familiar con TB.
Familia 2	-Hombre -62 años -Casado -Primaria completa -Actualmente labora como chofer de carga pesada -Principal proveedor económico -Tiene 4 hijos, los cuales ya no viven con él	Esposa, 58 años, casada, secundaria, ama de casa, vive con el familiar con TB, cuidadora primaria.
		Hija, 33 años, casada, licenciatura, actualmente labora como diseñadora, no vive con el familiar con TB.
		Hijo, 30 años, casado, preparatoria trunca, actualmente labora como almacenista, no vive con el familiar con TB

Familia 3	-Hombre -33 años -Soltero -Preparatoria completa -Actualmente no labora	Papá, 61 años, casado, licenciatura, actualmente labora en una fábrica, principal proveedor económica, vive con el familiar con TB
	-Dependiente económicamente -Sin hijos	Mamá, 61 años, casada, licenciatura, ama de casa, vive con el familiar con TB, cuidadora primaria
Familia 4	-Mujer -22 años -Soltera -Estudiante de licenciatura -Actualmente no labora	Papá, 52 años, licenciatura, actualmente labora como ingeniero, principal proveedor económico, vive con el familiar con TB
	-Dependiente económicamente -Sin hijos	Mamá, 52 años, licenciatura, actualmente labora como maestra, vive con el familiar con TB, cuidadora primaria
Familia 5	-Hombre -33 años -Soltero -Licenciatura trunca -Actualmente no labora -Dependiente económicamente -Sin hijos	Mamá, 52 años, preparatoria, actualmente labora como administradora, principal proveedor económico, vive con el familiar con TB, cuidadora primaria

Fuente: Elaboración propia

Este tipo de narrativas están vinculadas con las dimensiones sociales, interpersonales y laborales, así como el daño significativo que estos sufren al padecer TB, debido a los estados de ánimo alterados de manera cíclica y episódica (Reiser y Thompson, 2006). Por otra parte, se encontraron dos casos

donde los SC eran los principales proveedores económicos. El SC de la Familia 1 exponía que el trabajo era algo importante y que a pesar de que en ocasiones su estado de ánimo *era malo y no tenía ganas de ir a trabajar*, tenía que hacerlo, dado que tenía una hija a quien mantener.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Yo me iba a trabajar, para mí fue muy difícil porque estaba deprimida pero tenía a mi hija [...] yo prefería irme a trabajar, aunque sabía que algo no estaba bien, pues trabajar era algo que sabía hacer, era algo que me distraía, era como un candado, levántate, báñate y todo es, por eso me fui por ahí.

En el relato se expone como el SC le da una importancia al trabajo, no obstante, manifiesta temor a comunicar sobre su enfermedad a terceros, haciendo todo lo posible por no manifestar algún síntoma, para ello da especial interés a la toma de medicamentos y estar en contacto profesional de manera constante.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: mi compañera de trabajo si sabe de mi enfermedad, pero mi jefe no, si le digo a lo mejor por miedo o no sabe cómo tratarme o por lo que se va a decir bye. Yo creo que mi jefe se desespera conmigo, definitivamente.

En el caso de la Familia 2, el SC menciona que *tiene experiencia laboral desde temprana edad*, debido a las condiciones familiares que presentaba, pues pertenecía a una familia nuclear, pero con un padre ausente la mayoría del tiempo, con recursos económicos bajos, llevándolo a dejar los estudios y darle más importancia al trabajo.

E16/SC/H/62años/Casado/Primaria: Puro trabajo, cuatro de la mañana, o sea puro trabajo y pues yo junte mi dinerito y luego ya me casé y traía peceras y luego ya las vendí y luego me puse a trabajar en un taller y luego en otro taller [...] me gusta trabajar y me gustaba tener y yo empecé a comprar, a comprar, a pedir a pedir, compré mi tejaban, compré mi terreno [...] ya tenía yo a una hija y ahí nació mi segunda hija.

Estos dos casos sobresalen de los otros SC, a pesar de que cada uno de ellos presenta condiciones sociodemográficas completamente diferentes (véase la Tabla 5), pues la SC de la Familia 1 es completamente funcional, percibido por ella e incluso los familiares entrevistados manifiestan que *es una persona normal* y que solo en algunos momentos de crisis es cuando se nota la enfermedad. En contraste a este caso, el SC de la Familia 2 *no se percibe tan funcional*, reafirmando esto en el discurso de los familiares. Sin embargo, es respetado y admirado por su familia, sobresaliendo el hecho de que siempre ha sido el principal sostén económico de la familia.

4.1.1 Contexto familiar

Como se ha mencionado, el acceso a las familias de estudio se logró por medio de la intervención de dos instituciones de beneficencia privada, dedicadas a la psicoeducación en salud mental: Ingenium y Aequus. Los SC y familiares acuden a estas instituciones a recibir educación psicosocial y ahí se hizo la invitación a participar en esta investigación fue aceptada por cinco familias.

Posteriormente, el personal de las instituciones proporcionó el número telefónico de las familias interesadas en participar, se les llamó a los integrantes de estas y se programó una cita con ellos. Es importante señalar que en el caso

de 2 SC fue directamente la institución quien concreto la entrevista. En total se logró entrevistar a 17 personas, de los cuales 5 eran los SC.

Todas las familias de estudio radicaban en Monterrey, Nuevo León en el momento de las entrevistas. Si se observa la Tabla 6 del apartado 4.1, se hace evidente que 3 de los SC viven con sus padres, mientras que los otros 2 viven con su familia, es decir éstos ya han formado sus propias familias.

En lo que respecta al contexto que tenían las familias al momento de las entrevistas, a continuación se describe a grandes rasgos cada uno de ellos:

Familia 1. Se logró entrevistar a 5 miembros. El primero de ellos fue la SC, seguido del padre, madre, hermana e hija. El resto de la familia no pudo participar dado que vivían fuera de Monterrey, sin embargo, estaban interesados en participar. Retomando un poco de la familia de origen del SC, se conforma por 6 miembros, padre, madre y 4 hermanos (2 varones, 1 hermana y la SC). En la actualidad, sus padres continúan viviendo juntos y sus hermanos han formado sus propias familias.

La SC es la menor de la familia, recuerda su niñez llena de momentos felices y expresó una estrecha relación con su hermana mayor y admiración hacia su hermano mayor, el cual siempre vio por el bienestar familiar. A pesar de esto, mencionó que su padre era alcohólico y violento, por lo cual hubo violencia intrafamiliar (sobre todo en la infancia).

Por otra parte, su madre continúa siendo ama de casa y en la actualidad se encuentra delicada de salud pues padece de depresión desde hace muchos años, pero se siente muy acogida por su familia, menciona que ya no recibe maltrato por parte de su esposo. El padre continúa trabajando como electricista y es el

proveedor económico de su hogar.

La hermana mayor también padece TB. Actualmente vive sola, es divorciada, pues manifestó haber sufrido maltrato por parte de su exesposo el cual consumía drogas, incluso relató haber sido abusada sexualmente por él, de esto resultó un embarazo y se vio obligada a casarse con él. Ella señala sentirse frustrada porque no pudo realizarse a nivel profesional, por tal motivo admira a la SC, quien pudo terminar una carrera profesional. Es importante destacar que la relación con su hija es conflictiva y distanciada, por lo cual suele recurrir frecuentemente a la SC.

En lo que respecta a la SC, también sufrió de abuso sexual durante su infancia por parte de su hermano menor. Dicho hecho la hizo ser una niña ansiosa y miedosa, hasta la fecha la familia desconoce este suceso, con excepción de la hermana mayor, a quien le contó recientemente. La SC ha pasado por diversas transiciones, relata que fue madre soltera pues quedó embarazada a raíz de una relación amorosa con un hombre mayor, el cual no se hizo cargo de su hija. Vivió un embarazo estresante, durante ese tiempo vivió con sus padres, posteriormente se mudó con su hermana mayor y tiempo después se casó, al poco tiempo se divorció y a partir de ahí vive únicamente con su hija, quien trabaja y estudia.

La SC terminó la licenciatura en contaduría pública, trabaja medio tiempo en una constructora como contadora y es el principal sostén económico de su familia. A sus padres y hermanos suele verlos los fines de semana y en fechas especiales.

En la actualidad forma parte activa en los programas de psicoeducación de Ingenium, el trabajo y las actividades de esta institución la han mantenido activa y en mejores condiciones. Ella ha logrado que su familia se involucre más en las

actividades de la institución.

Familia 2. Se entrevistó a 4 miembros. El sujeto clave, su esposa y a 2 de sus 4 hijos. Al momento de la entrevista todos los hijos estaban casados y vivían fuera del hogar nuclear. El SC siempre ha sido el proveedor económico, mientras que la esposa se ha dedicado a ser ama de casa. Tanto familiares como el mismo SC mencionan su carácter es violento y explosivo, por lo cual se vivió violencia intrafamiliar durante muchos años. Sin embargo, esto se ha modificado a raíz del diagnóstico del TB y la relación con su esposa e hijos ha mejorado, con excepción de su hija menor, pues ella muestra conductas agresivas y conflictivas hacia ellos.

El SC relata que vivió una infancia complicada, su padre estuvo ausente y su madre era muy estricta. La situación económica era precaria, a tal grado que él tuvo que dejar sus estudios cuando cursaba la primaria para dedicarse a laborar, durante reiteradas ocasiones de su adolescencia y juventud tuvo que emigrar a los Estados Unidos para trabajar. Un aspecto relevante a mencionar fue que sufrió abuso sexual en primera instancia por parte de un hermano y posteriormente de un tío.

A pesar de estas situaciones, logró salir adelante y formar su propia familia. Actualmente su familia es lo más importante que tiene y reconoce la gran labor de su esposa por permanecer a su lado todo este tiempo y mantiene una relación estrecha con sus hijos. Durante la entrevista, su esposa mencionó lo difícil que ha sido convivir con el SC y las implicaciones que esto ha tenido, pues ella fue diagnosticada con ansiedad.

Los hijos entrevistados señalan haber vivido una infancia feliz, sin carencias económicas, aunque con reglas estrictas en el hogar impuestas por el SC. La

relación de la hija con el SC es estrecha y ella logró comprender la situación que vive su padre debido al TB. Sin embargo, esta situación le ha traído conflictos de manera recurrente con su esposo, ya que tiene una relación problemática con su padre (el SC).

Por último, se entrevistó al hijo menor, quien es casado y tiene un hijo. Dentro de los relatos de este resaltan los relacionados con la violencia intrafamiliar que vivió durante su infancia, él dice mantenerse algo distante de la familia debido a los conflictos. A pesar de ello, toda la familia ha estado dispuesta a participar en terapias familiares y en acudir a los cursos que ofrece Ingenium de *familia a familia*.

Familia 3. Compuesta por el SC, su padre, madre y 2 hermanas. Del total de miembros de familia, se logró entrevistar al SC y a sus padres. Dentro de los relatos, se encontró que desde la infancia el SC presentó problemas de salud y fue en la adolescencia que comenzaron las primeras manifestaciones del TB.

El SC mencionó que durante su infancia era un niño normal, pero en la secundaria comenzó a tener conflictos con sus compañeros y fue en esta etapa cuando sufrió de abuso por parte de un compañero, hecho que no ha comunicado a sus padres hasta la actualidad. En lo que respecta a sus estudios, terminó hasta la preparatoria y actualmente no labora, mantiene una relación amorosa con una chica que también acude a la institución. Vive con sus padres y una de sus hermanas.

El SC mantiene una relación estrecha con su madre, aunque en ocasiones se siente sobreprotegido por ella. La madre del SC es enfermera, pero desde que se casó se dedicó a las labores del hogar. Durante su adolescencia fue también

víctima de abuso sexual, la relación con su esposo (padre del SC) es conflictiva y problemática, sobre todo después del diagnóstico. La relación del SC con su padre es distante y esto se hizo evidente desde el diagnóstico del TB. Por algún tiempo el padre vivió fuera del hogar, debido a conflictos familiares, sin embargo continuó siendo el proveedor económico del hogar. Él se siente delusional por no haber cumplido las expectativas que tenía puestas en su hijo debido a la enfermedad mental.

Familia 4. Compuesta por padre, madre y 3 hijos, la SC es la hija mayor. La relación con los hermanos es distante, mientras que con los padres es más estrecha, sobre todo con la madre. En lo que se refiere a la situación económica, esta no es precaria ya que los dos padres trabajan. Su padre es ingeniero y el principal proveedor económico mientras que su madre es licenciada y actualmente estudia una Maestría.

Durante la infancia y adolescencia, la SC vivió momentos depresivos que la llevó a pensar en el suicidio en reiteradas ocasiones. Después del diagnóstico la situación cambió e incluso forma parte activa de Ingenium. Actualmente estudia la licenciatura y tiene una relación con otro miembro de la institución.

Familia 5. Compuesta por el SC, 2 hermanos y sus padres. Las relaciones dentro de la familia son conflictivas y distantes, a tal grado que únicamente se logró entrevistar al SC y su madre, pues el resto de la familia no mostró interés en el estudio.

El SC fue entrevistado dentro de Aequus. Es el mayor de los hermanos, sus padres son divorciados. Recuerda que siempre vivieron violencia intrafamiliar propiciada por su padre, incluso a la fecha sus padres llevan una relación muy

complicada. Éstos hechos han propiciado su participación en diversos actos violentos que lo han llevado a estar en la cárcel, además de haber sido hospitalizado repetidas ocasiones en instituciones de salud mental y en una de ellas fue víctima de abuso sexual por parte de un interno.

La relación con su madre es relativamente cercana, ella es la principal proveedora económica, y administra los negocios familiares. Actualmente vive con el SC y su hija menor, mientras que el hijo intermedio vive con el padre fuera de la ciudad de Monterrey. La relación con su exesposo siempre ha sido compleja, se casaron debido a que se embarazó del SC, durante todo su matrimonio padeció violencia, al grado de recibir amenazas de muerte.

La madre fue víctima de abuso sexual en su adolescencia por parte de un primo mayor. Este hecho la cambió y la volvió retraída y distante. Actualmente no goza de buena salud y pasa por largos periodos de depresión, está recibiendo ayuda de profesionales de la salud mental para mejorar. En lo que respecta a la relación del SC con su padre y hermanos, es distante y conflictiva, acentuándose más con el padre, pues este no ha dejado de ser violento. En lo que respecta a la situación económica, el SC pertenece al nivel alto, lo cual ha resultado contraproducente según relatos de la madre, pues no terminó la licenciatura, no trabaja y hace uso del dinero para alcohol, drogas y mujeres.

4.2 Trayectorias familiares antes del diagnóstico

Previo al diagnóstico del Trastorno Bipolar, las familias experimentaron una serie de situaciones que desestabilizaron el núcleo familiar, así como su dinámica y las formas de interactuar entre sus diversos miembros. Para el análisis de la

información se dividió en tres momentos importantes: antes, durante y después del diagnóstico del TB.

Cada uno de estos momentos estuvo conformado por cinco elementos, los cuales se desglosan en la matriz hermenéutica para el análisis de la información (véase Anexo 2) con la finalidad de entender las trayectorias de vida de las familias y el proceso de tener un miembro con Trastorno Bipolar.

4.2.1 Trayectoria individual y familiar antes del diagnóstico

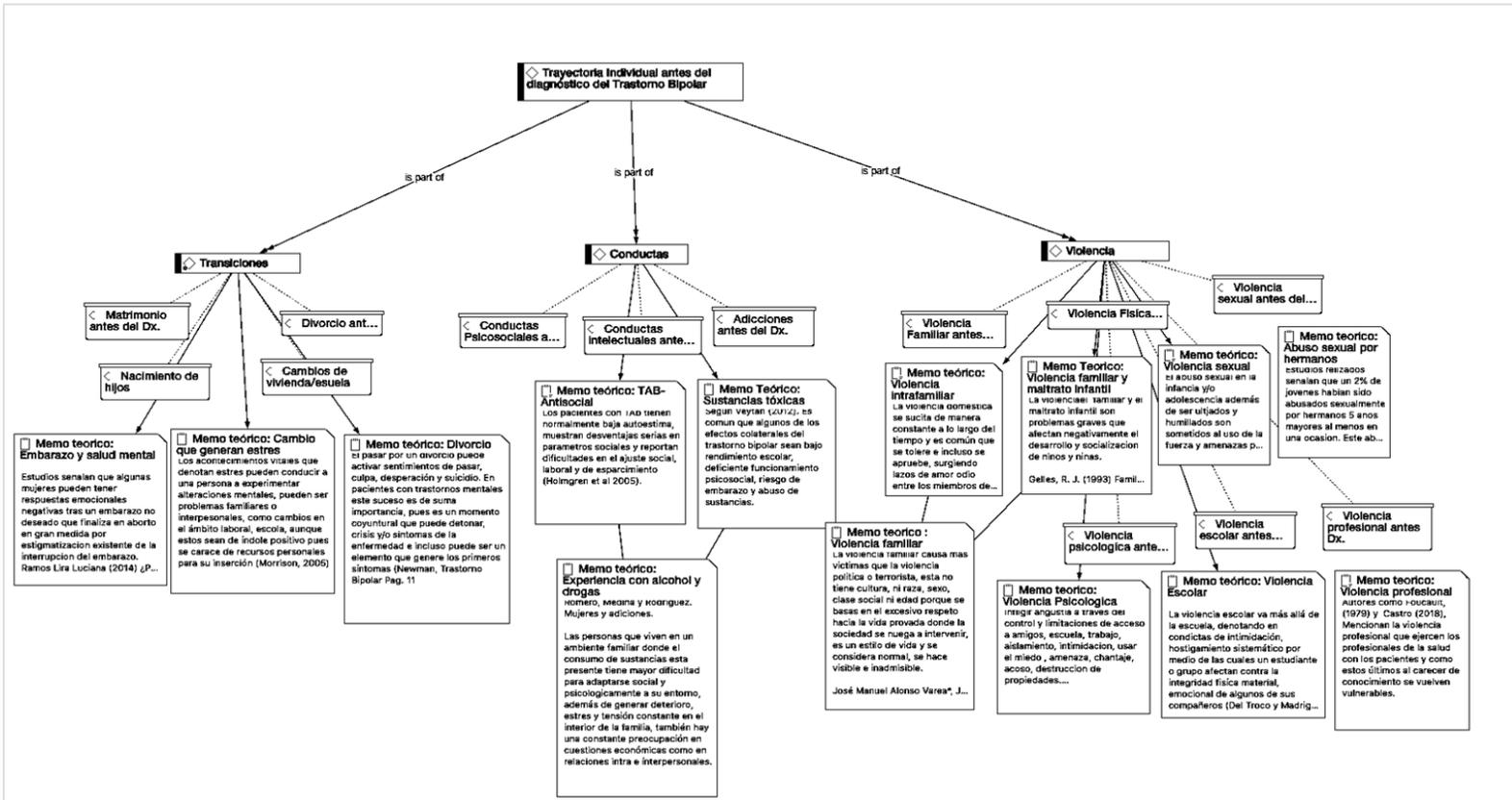
El primer elemento por analizar será la trayectoria individual tanto de los SC como de los familiares, si se observa la Imagen 1 se presentan tres grandes categorías: *transiciones, conductas y violencia*.

En la primera de ellas denominada transiciones, se caracterizan por sucesos que ocurren, representando marcadores biográficos en el camino que los individuos desde su nacimiento hasta su muerte. En este sentido, emergen elementos que marcan un cambio sobre algún aspecto de la vida de los entrevistados, al interrogar sobre las transiciones surgieron diversos discursos, apareciendo en primera instancia los relacionados con el matrimonio, nacimiento de hijos, divorcio, fallecimiento en algún miembro de la familia, cambios de vivienda y/o escuela, estos elementos emergen como situaciones relevantes y no como un simple suceso

La literatura menciona que las transiciones son de suma relevancia pues a través de ellas se establece una realidad compleja y multidimensional, puesto que los acontecimientos que vive un individuo están vinculados directamente con la

familia, entrelazándose con el pasado, presente y el futuro de una persona, debido a que los usos y costumbres de las familias (Tuirán, 2001).

Imagen 1. Trayectoria individual y familiar antes del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

Estas transiciones están vinculadas con los resultados obtenidos en la Tabla 5, donde los 2 primeros SC tenían hijos y por medio del matrimonio/divorcio se estableció el tipo de hogar. En la Familia 1, correspondía a un hogar con cabeza femenina donde la SC era la principal proveedora de sustento económico, mientras que la Familia 2, pertenecía a una familia nuclear, donde el SC era el principal proveedor económico. Por otra parte, las Familias 3 y 4 eran nucleares y

el SC vivía con sus padres. Por último, la Familia 5 pertenecía a un hogar con cabeza femenina, pues los padres del SC se habían divorciado, modificándose la dinámica y estructura familiar.

En este sentido, Tuirán (2001) expone que a través de estas *transiciones* se establece el tipo de familia que se conforma, pues la estructura familiar es modificable a partir de ciertos sucesos, ya que las transiciones permiten que las familias se reorganicen y reestructuren, pues los individuos experimentan sucesos comunes a lo largo de sus vidas como dejar la casa de los padres, casarse, formar un nuevo hogar, concebir un hijo, etc.

Por otra parte, se encuentran aquellos cambios que incidieron en los SC, sobre todo los relacionados con dejar espacios y/o personas cercanas, tal es el caso de la vivienda y escuela, generando estrés y malestar en los entrevistados, sobre todo en los SC.

Aun cuando dichos cambios fueran para mejorar las condiciones de vida, los acontecimientos vitales que denotan estrés pueden conducir a una persona a experimentar alteraciones mentales, tales como problemas familiares o interpersonales, cambios en el ámbito laboral, escolar, pues se carece de recursos personales para su inserción (Morrison, 2015). Un aspecto importante para mencionar es que la mayoría de estos cambios sucedieron durante la infancia y adolescencia de los SC, estando próximos a las primeras manifestaciones del TB.

Mientras que los familiares hacen referencia a *transiciones personales*, es decir aquellas que no estaban involucradas con el SC, también se mencionan situaciones que afectaron directamente al SC, ejemplo de esto es el divorcio, el cual marca de manera relevante al SC. 2 de los 5 Sujetos Claves habían pasado

por el proceso de divorcio, en 1 de ellos fue durante la juventud, siendo el SC el que se divorció de su pareja. El segundo caso corresponde al divorcio de los padres durante la adolescencia del SC, este hecho fue de suma importancia e impacto para él, implicó un cambio de dinámica familiar y cambios constantes de vivienda, esta inestabilidad generó un estrés constante en el SC a tal grado que comenzaron a presentarse cambios de conducta, sobre todo de violencia.

Dentro de esta misma trayectoria, se encuentra la categoría de *cambios de conductas*, las cuales comienzan a surgir en la etapa de la infancia y adolescencia, justamente donde las primeras manifestaciones del Trastorno Bipolar se dan. Siendo los familiares los primeros en percatarse de estos cambios, los cuales fueron notorios, debido a que las personalidades de los SC cambiaban drásticamente, ejemplo de ello es el siguiente fragment:

E11/Madre del SC/M/52 años/Casada/Licenciatura: Mi hija no quiere vivir desde hace mucho tiempo, desde los siete años cuando ella empezó con depresión ella me decía es que no quiero vivir y ella lucha cada día, ella lucha por levantarse, lucha por vivir, ella cambió mucho desde esa edad.

En este sentido, la literatura señala los primeros cambios de conducta que viven las personas con Trastorno Bipolar son los de índole psicosocial, se muestran desventajas severas en los parámetros sociales y reportan dificultades en el ajuste social, laboral y de esparcimiento, ya que el aislamiento, retraimiento y la hiperactividad tiende a bajar la autoestima de los pacientes (Holmgren et al., 2005). Algunos de los efectos colaterales que existen del TB son el bajo

rendimiento escolar, deficiente funcionamiento psicosocial, riesgo de embarazo y abuso de sustancias, de acuerdo a los relatos, esto lo experimentaron 3 de los 5 SC.

En esta trayectoria surge la violencia como uno de los aspectos más relevantes, la cual se presentó en todas las etapas de la vida y en todas las familias, sobre todo antes del diagnóstico. Si bien la violencia se da en todos los ámbitos, sin importar la clase social a la que se pertenezca, desde la antigüedad ha estado presente en la sociedad, el daño que sufren las víctimas de violencia trastoca todas las áreas de su vida, donde los efectos negativos están presentes, sobre todo en aquellos vinculados con la salud física y/o mental (INEGI, 2012).

E7/Esposa del SC/M/58 años/Casada/Secundaria: Él siempre me golpeaba, desde que nos casamos, de novios no era así, por todo se molestaba, llegué hasta pensar que así siempre iba a ser, pues mi papá le pegaba a mi mamá y ahora mi esposo me pegaba. Aunque no crea a mí me molestaba mucho que les pegara a mis hijos, estaban chiquitos y él siempre quería que hicieran cosas de adultos y si no las hacían se enojaba.

Como se puede ver en este fragmento, la *violencia* formaba parte de las historias de vida, la cual llega incluso a normalizarse. Entre los diferentes tipos de violencia está la intrafamiliar, la cual es un acto intencional que tiene lugar en el contexto de las relaciones interpersonales. Ocasiona daño físico, psicológico, moral y espiritual en las víctimas, vulnerando los derechos individuales de los

integrantes del núcleo familiar, sobre todo de mujeres y niños (Martínez, López, Díaz y Teseiro, 2015).

Al analizar las narrativas de los familiares, ellos expresaban la presencia de violencia intrafamiliar en su familia de origen, acentuándose en la infancia y adolescencia. Posteriormente, en la juventud y adultez continuaron viviendo este tipo de sucesos, pero ahora en las familias que han constituido en el caso de las mujeres fue el cónyuge el principal agresor, mientras que los hombres eran los principales propiciadores de la violencia. Este hecho es relevante puesto que la violencia es un fenómeno que se replicaba en casi todas las etapas de la vida de los entrevistados y la cual tiene consecuencias graves, pues una de ellas es justamente el desarrollo de afecciones mentales, pues las personas que sufren de este tipo de actos tienen a ser más propensas a desarrollar alguna enfermedad mental (González et al., 2013).

Es así como los SC mencionaron de manera repetida que habían sufrido algún tipo de violencia (véase Imagen 1), sobre todo durante la infancia y adolescencia, tal es el caso del siguiente fragmento:

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Mi papá por muchos años golpeaba a mi mamá, la golpeaba como si fuera un perro, yo creo que eso también me marco mucho porque decía ¡ay no casarme para esto no!, pues eso no es amor, no es lo normal.

En esta narrativa se observa cómo la presencia de violencia en la familia afecta a todos sus miembros, tanto a las víctimas como a aquellos que la observan, siendo normalmente las mujeres y los niños quienes frecuentemente la sufren. Giddens (2004) menciona que la violencia doméstica implica el maltrato físico y emocional que infringe un miembro de la familia nuclear, por lo general sobre niños y mujeres, siendo el esposo o padre el principal agresor.

Cuando existe violencia familiar se transmiten emociones e incluso pobres expectativas de vida, como es el caso del fragmento antes mencionado, pues el SC consideraba el matrimonio como un escenario en el que se vivía violencia. En este sentido, Ariza y Oliveira (2004) exponen que algunas emociones se transmiten más fácilmente que otras, en especial aquellas que son negativas.

Otro de los tipos de violencia que estuvo presente en los discursos es la *violencia sexual*, 4 de los 5 SC y 5 familiares habían padecido dicha violencia, es decir más de la mitad de los entrevistados sufrieron algún tipo de abuso sexual. En la mayoría de los casos esto ocurrió durante la infancia y/o adolescencia, siendo un familiar en la mayoría de los casos quienes propiciaban este abuso, puesto que la vida familiar no siempre es un dechado de armonía y felicidad, sino un espacio sombrío en cuyo interior con frecuencia se cometen abusos sexuales (Giddens, 2004).

E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria: Pues tuve una mala experiencia de chico porque estábamos en una casa de renta y sufrí tocamientos de mi hermano [...] somos tres y yo soy el de en medio y el mayor andaba en malos pasos traía amigos y así, sufrí tocamientos del [...] por ahí de los doce años, once años.

Como lo menciona el párrafo anterior, es justamente algún miembro de la familia del SC quien comete un abuso sexual, el cual va acompañado de humillaciones y amenazas constantes, con la finalidad de impedir que el resto de la familia se entere. Un aspecto importante por mencionar es que la violencia sexual al igual que la intrafamiliar pareciera que tienen patrones de repetición, en todas las familias se presentó estos tipos de violencias, siendo las mujeres y los niños las principales víctimas.

Este tipo de violencia suele estar presente en aquellas familias donde existen otros tipos de violencia o donde hay una dificultad para expresarse libremente, es decir se carece de una comunicación afectiva (Arrom et al., 2015). El abuso sexual sobre todo el que se da durante la infancia y adolescencia suele tener consecuencias a largo plazo en quienes lo viven. El abuso sexual se convierte en un detonador del desarrollo de enfermedades mentales, ya que, una vez ocurrido el evento traumático, sus consecuencias psicológicas y sociales negativas pueden prolongarse a lo largo de la vida de las personas. Las víctimas de este tipo de abuso suelen describir sentimientos de temor, odio, vergüenza, desvalorización, culpa, asco, tristeza, desconfianza, aislamiento, marginamiento y ansiedad (Dallos et al., 2008).

Finalmente, dentro de la trayectoria individual aparecen los *turning point*, los cuales son momentos de quiebre de los individuos. Si bien los familiares manifiestan como uno de los *turning point* es el momento en que se diagnóstica el Trastorno Bipolar, existen en sus vidas otros *puntos de quiebre*, como el divorcio, abuso sexual y la muerte de un familiar; mientras que para los sujetos clave son el

embarazo, el divorcio de los padres, despido laboral, abuso sexual y el sentimiento de abandono.

En resumen, la trayectoria individual y familiar es de suma importancia debido a que en ella se presentan las transiciones, las cuales marcan momentos relevantes en la vida de los individuos. Por otra parte, se encuentran los *turning points* y donde a partir de estos se genera un cambio significativo en la personalidad de los SC afectando de manera directa en la familia. En este sentido se destacan las dos características del enfoque teórico metodológico *curso de vida* y cómo se entrelazan las vidas individuales y familiares al analizar al SC que padece el TB.

4.3 Trayectoria de relaciones antes del diagnóstico

El ser humano es un ente social por naturaleza, desde su nacimiento hasta su muerte se encuentra en constante interacción con otras personas. Siendo la familia el primer lugar de interacción. Es en ella donde se dan las primeras relaciones interpersonales, donde el individuo aprende valores y costumbres, obteniendo las bases para interactuar con el resto de la sociedad. Es en la familia donde se desarrollan las primeras relaciones afectivas, donde el niño(a) adquiere una serie de habilidades que le permiten relacionarse de manera exitosa con su medio social (Moreno, 2013). Por ello, es importante comprender la forma en como los SC experimentaron estas interacciones sociales a través de las relaciones sociales tanto al interior como exterior de la familia previas al diagnóstico del TB.

Las familias, de manera general, tienen una serie de relaciones con los integrantes de estas, entre cónyuges, padres e hijos, hermanos, familia políticos. Por otra parte, se tienen aquellas relaciones con personas que no son miembros de la familia (véase Imagen 2) pero que forman parte de la vida de los sujetos de estudio. En este sentido, Giddens (2009) menciona que las relaciones entre los miembros de la familia se dividen en tres tipos de parientes:

1. **Los afectivos:** aquellos con quien se mantienen relaciones sociales.
2. **Los no afectivos:** con los que se tiene muy poco contacto, pero forman parte de las familias.
3. **El pariente ficticio:** aquel que no tiene un lazo biológico, pero si emocional.

Al analizar las narrativas, relucieron los tipos de relaciones que los integrantes de las familias llevaban antes de conocer el diagnóstico del TB, imperando las relaciones afectivas y las no afectivas, pues la dinámica en las familias de origen y nucleares oscilaban en interacciones positivas y negativas, predominado estas últimas, habiendo componentes como:

- Violencia
- Poca o nula comunicación
- Pocas demostraciones de afectos
- Aislamiento
- Relaciones familiares negativas

Por último, cabe destacar que los roles asignados al interior de las familias tuvieron un impacto directo en las relaciones y dinámica familiar.

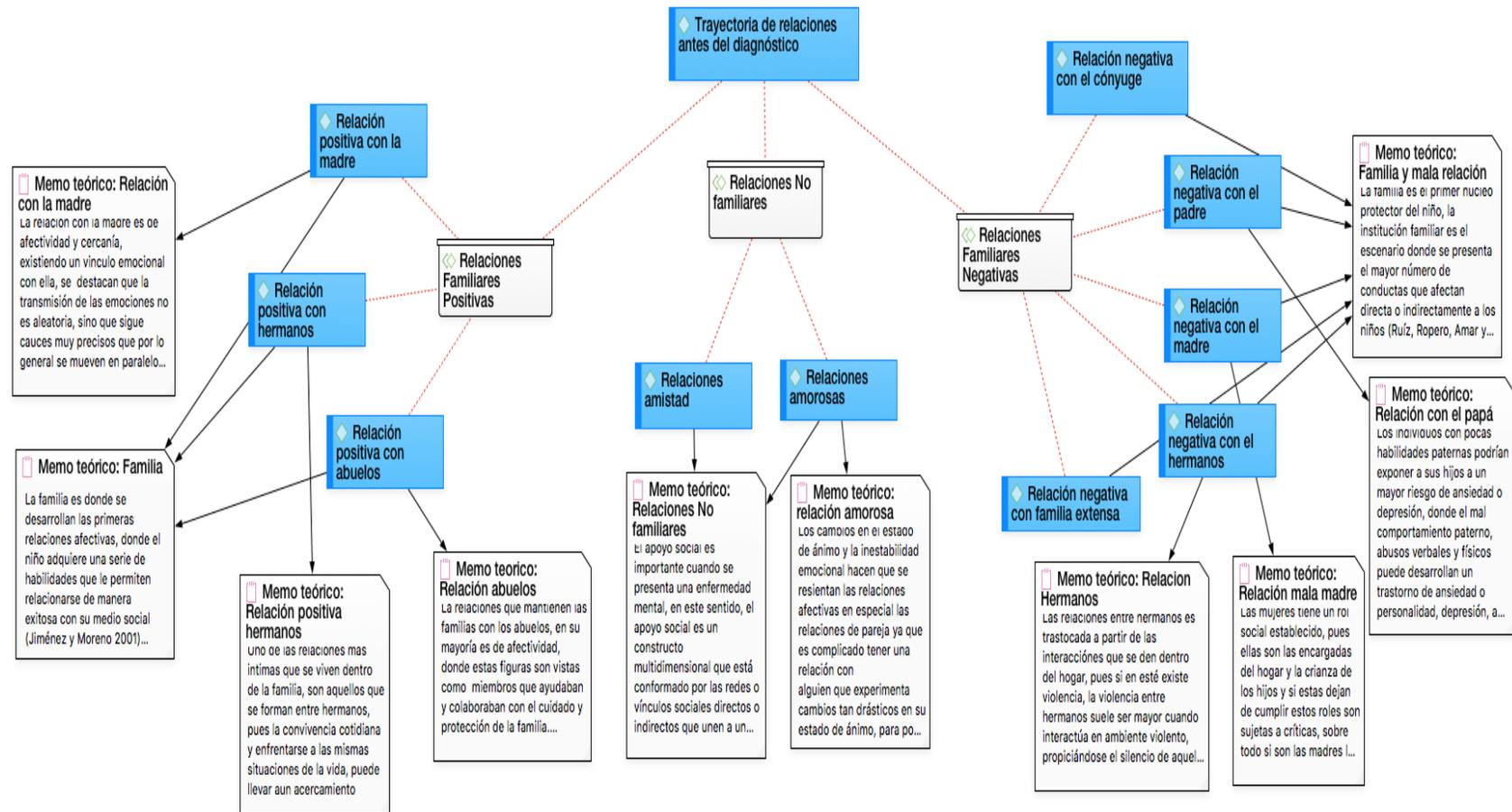
Entre las principales relaciones se encuentran aquellas vinculadas con la violencia, recordemos que en la trayectoria individual y familiar esta tiene un papel de suma relevancia. La violencia intrafamiliar y el abuso sexual fue ejercida principalmente por una figura masculina, siendo el padre y los hermanos varones quienes han ejercido estos tipos de violencia.

En este sentido, se asume que esto pudo contribuir a establecer un ambiente propicio donde la enfermedad mental pudiese florecer. La literatura señala que los actos violentos en las relaciones familiares se pueden considerar como manifestaciones sintomáticas que sintetizan dos tensiones relacionadas con el malestar, una cultural-social y otra personal-psicológica (Bolaños Ceballos, 2014).

Por lo anterior, es necesario analizar la relación de pareja o entre cónyuges, ya que en las narrativas destacan problemáticas entre ellos, donde la violencia imperaba en todas sus modalidades, pues en todas las familias entrevistadas, emergieron relatos de violencia entre los padres.

Un dato relevante para destacar es que si esta se presentaba cuando los otros miembros de familia (hijos) eran infantes o adolescentes, éste patrón solía replicarse cuando ellos formaban una nueva composición familiar.

Imagen 2. Trayectoria de relaciones antes del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

La posibilidad de reproducir la violencia es alta cuando un individuo crece en un ambiente violento, pues la familia es el primer escenario donde los individuos interactúan, en él se aprenden valores, costumbres y formas de comportamientos (Martínez y Camarero, 2015). Con respecto a las relaciones de pareja la violencia se presentó incluso antes de conformarse un nuevo hogar, marcándose la forma en cómo se interactuaría dentro de la familia.

E3/Hermana del SC/49 años/Divorciada/ Preparatoria técnica: Mi exesposo abusó de mí antes de casarnos, fuimos a una fiesta ya me quería ir, él me dijo que fuéramos un rato a su casa y ahí abuso de mí. Después de eso me fui a mi casa, no le dije a nadie y pues salí embarazada y me tuve que casar, pero él siempre fue agresivo, fue muy difícil mi vida con él, hasta que no aguante más y lo dejé.

En estos escenarios la violencia entre la pareja afecta directamente a los hijos incluso en algún momento ellos asumen una posición a favor o en contra de alguno de sus padres, amenazando su bienestar emocional. Si bien la familia se ha considerado como el núcleo protector del niño, la institución familiar es el escenario donde se presenta el mayor número de conductas que afectan directa o indirectamente a los niños (Ruíz, Roper, Amar y Amaris, 2003).

E14/Mamá del SC/52 años/Divorciada/Preparatoria: Me casé porque estaba embarazada, yo estaba muy enamorada, pero haga de cuenta que para él fue como hacerme un favor [...] nos fuimos a vivir a México y siempre me

pegaba yo no tenía a nadie allá, cuando hablaba con mis papás no les decía nada, hasta después de mucho les dije y ahí me divorcie. Él no quería, me hablaba llorando y que se iba a matar si yo no regresaba con él, después me quitó a mis hijos varones, él inventó que yo andaba con un profesor de futbol, me pegó y se los llevó, les decía “tu mamá es una puta” y se los llevó y mis hijos no me querían ver. Entonces desgraciadamente han aprendido mucha agresión de su papá, violencia de todas las formas o sea psicológica, emocional, física.

Como se puede ver en el fragmento antes mostrado, la violencia intrafamiliar impera en las familias, pues en las 5 familias que conformaron el estudio estuvo presente, tanto en las familias nucleares y de origen, los tipos de violencia transitan desde la física hasta la violencia sexual. Por lo tanto, se puede decir que la familia es prioridad en el desarrollo de relaciones afectivas, pero si los progenitores no expresan sus emociones y generan independencia el desarrollo psicosocial de niños y niñas se ve afectado (Moreno, 2013).

Este tipo de dinámica familiar afecta todas las relaciones familiares, en lo que respecta a la relación con el padre, la mayoría de los entrevistados manifestaron haber tenido una relación conflictiva, de tensión y violenta con la figura paterna e incluso una ausencia de ésta, generándose con ello una serie de problemáticas en los individuos, como se observa en los siguientes fragmentos:

E7/Esposa del SC/58 años/Casada/Secundaria: La relación con mi papá era de respeto, pero también de miedito. Porque mi papá nos regañaba, o

sea, nunca me pegó, jamás, pero si te hablaba muy duramente, aparte él nunca estaba en la casa, siempre estaba trabajando.

E11/Mamá del SC/61 años/Casada/Licenciatura: Mi papá casi nunca convivió con nosotros a pesar de que ahí lo teníamos, nunca fue para decirme ¿cómo estas mi hijita? Nunca nos abrazaba o hablaba con nosotros. Él trabajaba y cuando y mi mamá le decía que nos habíamos portado mal, nos pegaba, él no preguntaba, solo nos pegaba.

En este sentido, la literatura menciona que la influencia del padre incide con mayor ímpetu que la de la madre, pero muchas veces los padres están ausentes, pues su rol es de proveedor y al momento de prestar ayuda se sienten incapacitados de entregarla a su hijo, dificultándose la capacidad de guía y protección, así como entablar relaciones de afecto (Pérez, 1994; Holmgren, et al., 2005). La relación que vivían tanto los familiares como los SC con sus padres presentaba situaciones de conflicto, donde la violencia sexual no se excluía. Ariza y Oliveira (2010) mencionan que, si bien el conflicto no implica necesariamente la violencia, con frecuencia la precede. Dentro de la violencia doméstica en especial la que se ejerce contra las mujeres. Entre los factores fuertemente asociados a ella se encuentra el alcoholismo.

E3/Hermana del SC/49 años/Divorciada/ Preparatoria técnica: Mi papá siempre ha sido muy enérgico, conmigo, sobre todo, ¡Todavía ya casi a mis cincuenta años este todavía mi papá me impone mucho! En una ocasión

cuando tuve una crisis mi papá escuchó los gritos y me vio desnuda [...] y un día que había tomado, se acerca hacia a mí y me dice con la voz muy así muy sugerente “es que yo te vi por delante y por detrás desnuda, vamos para arriba” y le digo “no papá usted es mi papá ¿qué pasó? ¿Qué le pasa?

Esta interacción de los padres afecta directamente a los miembros de la familia, pues los individuos con pocas habilidades paternas podrían exponer a sus hijos a un mayor riesgo de ansiedad o depresión, donde el mal comportamiento paterno, abusos verbales y físicos puede desarrollar un trastorno de ansiedad o personalidad, depresión, abuso de sustancias durante la adolescencia y los primeros años de su vida adulta (Johnson, 2001).

Al analizar las narrativas, 3 de los SC presentaron episodios de depresión durante la adolescencia y uno de ellos presentó drogadicción, siendo los familiares (sobre todo la madre) quienes argumentaban que esto era producto de la relación con el padre.

E13/Mamá del SC/52 años/ Divorciada/Preparatoria: Mi hijo siempre buscó la aprobación de su papá, él no podía hacer muchas cosas, si tú le decías tres cosas, cuatro se ponía nervioso y mi otro hijo sí podía y el papá ¡ya ves no sé qué, ¡tú estás bien tonto! Entonces él se ponía muy triste por su papá, una vez hice la cita y le da medicamento antidepresivo y que no sé qué tanto, pasa como una semana y él empieza estar más mejor, le habla a su papá y le dice “Papá ya me siento bien ya me voy a regresar a vivir contigo y el papá le dice no ya no te regreses, porque yo no sé qué hacer contigo

cuando te pones así, entonces fue eso, eso le ha dolido a él toda su vida, toda, toda siempre va con la esperanza de que ahora si le dé la palomita, o sea que ya no le ponga tacha que le ponga palomita[...] Nunca lo ha conseguido, yo creo que por eso él cayó en eso de las drogas.

E4/Mamá del SC/61 años/Casada/Preparatoria: Lo que no me gustaba de mi esposo era que trataba de apachurrar a Raúl, como le decía, pero ya así de grandecito, es que eres como una cucaracha o algo así, que no puedes, o sea trataba de aplastarlo.

El tipo de relación que se vive con los padres debe ser entendida desde un contexto cultural, pues la identidad masculina tiene como principal esencia la dominación y poder, donde demostrar sentimientos y afectos pone en entredicho la masculinidad de los individuos (Bonino, 2002).

Esto se refleja en la familia patriarcal, pues sus características son de verticalidad de poder, apoyo económico, maltratos, silencios y aceptación de valores dados por los padres, este tipo de familia machota cuya condición revela en la violencia intrafamiliar y el conflicto como representaciones de poder en las relaciones familiares (Solano y Vásquez, 2014).

En contraparte, se encontró que la relación con la madre es de afectividad y cercanía, existiendo un vínculo emocional con ella. Trabajos realizados como el de Larson y Almeida (1999), destacan que la transmisión de las emociones no es aleatoria, sino que sigue cauces muy precisos que por lo general se mueven en

paralelo a las jerarquías de género, donde la influencia de la madre es mayor que la del padre.

Retomando el concepto de afectividad Ariza y Oliveira (2010) destaca que en las mujeres es sobre quien recae la mayor carga del trabajo emocional, sobre todo si son madres, hijas o esposas y es a través de la provisión una serie de necesidades y deseos de la otra persona que la afectividad se revela, más allá de que dicha persona sea perfectamente capaz de proveérsela por sí misma. En este sentido, la mayoría de las narrativas de los entrevistados muestran afectividad hacia la madre, pues la relación era de cariño, cuidado, apoyo y protección.

E6/Padre del SC/76 años/Casado/Secundaria trunca: Siempre he sido el proveedor económico de la familia, y mi esposa ama de casa, mis hijos siempre se entendieron más con ella, como que le tenían más confianza.

E17/ Hijo del SC/30 años/ Soltero/ Preparatoria trunca: Mamá siempre ha sido el soporte de hecho, ella hacía que funcionara la casa, pero si yo la veía a ella cabizbaja a mí me iba a dar también para abajo, es con la que más apegado estoy, pero mamá si ha aguantado en demasiado, si mamá ha aguantado demasiado.

Como se observa, la figura de la madre está relacionada con el apego, el amor y la confianza. En respuesta a esto, la identidad de la feminidad, sobre todo de las madres, está construida socialmente sobre una un modelo de sentimientos, afectos e incluso de debilidad y sumisión (Bonino, 2002).

En los discursos se encontró que las madres toleraban violencia intrafamiliar y la mitad de los entrevistados argumentaron que sus madres fueron víctimas de violencia física, donde los golpes y humillaciones eran frecuentes por parte del cónyuge.

E15/Hija del SC/33 años/Casada/ Licenciatura: Mamá aguantó mucho, mi papá la maltrataba bastante, él tenía un carácter fuerte, por todo se enojaba. Mamá se dedicaba solo al hogar y mi papá siempre se enojaba, que si no estaba lista la cena, que si no le gustaba la comida le aventaba el plato, le pegaba, a nosotros también y ella se metía y pues le iba peor.

En este sentido, la literatura menciona que en la familia se forjan relaciones de poder y de autoridad de acuerdo con el rol que desempeña cada miembro, donde hay desigualdad de género. En la familia tradicional, la madre es la principal responsable de la crianza de los hijos y de los cuidados del hogar (Apter 1994; Giddens, 2004).

No obstante, en algunas de las familias entrevistadas también confluyeron discursos de índole negativo hacia la madre, estando relacionados con los roles de género establecidos dentro del hogar y los cuales se dejaban de cumplir. Las narrativas exponen ausencias, desatención y descuido tanto del hogar como de los hijos y esposos, acentuándose este tipo de circunstancias durante la infancia y adolescencia de los entrevistados.

E11/Mamá del SC/61 años/Casada/Licenciatura: Mi mamá pasó una mal vida, yo sentía que no tenía la conciencia de cuidarnos, una vez se quiso tirar de un balcón o algo así, entonces yo cargué con eso, tenía que cuidar a mi mamá, yo estaba chiquita tenía como 8 años, desde entonces yo tenía que cuidar de ella por eso yo le tenía más resentimiento que a mi papá, aunque mi papá tomaba, yo la culpaba más a ella por todo.

Los roles de las mujeres dentro de la familia corresponden a las actividades del hogar. Además, la familia asocia de manera clara y relativamente perdurable las actividades asistenciales con la posición femenina en el hogar. Si las mujeres, sobre todo las madres, dejan de cumplir este rol asignado socialmente, son sujetas a rechazo y crítica de parte de la misma familia, donde los lazos de afecto se ven trastocados (Giddens, 2004; Macías, 2004).

En este mismo orden se encontraron relatos de los SC que mantenían una relación compleja con las madres, pues durante la infancia y adolescencia sintieron una ausencia de esta figura, ya sea por inserción al mercado laboral o separación de los padres. Si se observan las relaciones que existían con los progenitores oscilaban en positivas y negativas, acentuándose en mayor medida estas últimas, sobre todo en las etapas de la infancia y adolescencia.

Las dinámicas en las que están insertas las familias pueden darse relaciones de cercanía o distanciamiento con los hermanos, dado que los efectos de la violencia son tan diversos repercutiendo en la identidad y forma de relacionarse con otros individuos. Dentro de los relatos de los entrevistados, los hermanos podían fungir un papel de protectores o de agresores, pues en 2 de los 5 SC,

fueron los hermanos los que abusaron sexualmente de ellos durante la infancia o adolescencia. Por otra parte, también se encontró una muy buena relación con los hermanos, sobre todo cuando los padres no cumplían con sus responsabilidades. En los siguientes discursos se puede observar esta ambivalencia:

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Bueno yo siempre a mi hermano mayor lo vi como un guía, como un ejemplo a seguir a mi hermano mayor, o sea yo estoy muy orgullosa de los tres, verdad, pero en especial de él, o sea desde la prepa [...]Mis hermanos siempre hemos sido muy unidos.

E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria: Tuve una mala experiencia de chico porque estábamos en una casa de renta y sufrí tocamientos de mi hermano.

Si bien la relación entre hermanos tiene matices de diversos atributos, en los discursos sobresalen los vinculados con relatos negativos, los cuales marcaron en mayor medida a los entrevistados, pues el tipo de violencia que se vivía era física, psicológica y sexual.

La violencia entre hermanos suele ser mayor cuando interactúa en ambiente violento, propiciándose el silencio de aquellos que son agredidos, ya que en las familias con violencia intrafamiliar, la confianza y empatía se ven empañadas. Entre las conductas que ponen en riesgo a los menores están el abuso sexual por parte de un familiar más grande entre los cuales se encuentran los hermanos (Alonso y Castellanos, 2006; Browne y Herbert, 1997).

En lo que respecta a las relaciones con la familia extensa o política, fueron pocos los relatos que surgieron mencionando estas. Entre los miembros que más se mencionaban eran los abuelos, seguidos de los tíos y al igual que con las relaciones familiares antes mencionadas, había discursos positivos y negativos.

Para el caso de los abuelos, estos eran vistos como miembros que ayudaban y colaboraban con el cuidado y protección de la familia. En contraparte, se encontraban los tíos, los cuales eran considerados como conflictivos, con quienes discutían frecuentemente e incluso en uno de los casos el tío fue responsable del abuso sexual en uno de los SC.

Por último, están las relaciones no familiares donde los amigos y parejas juegan un papel relevante. En el caso de los SC, estos mencionaron que previo al diagnóstico experimentaron cambios en su personalidad pues no entendían qué les sucedía, generándose un aislamiento y pérdida de amistades.

En este sentido, Márquez (2019) menciona que al inicio del Trastorno Bipolar, los cambios en el estado de ánimo y la inestabilidad emocional hacen que se resientan las relaciones afectivas en especial las relaciones de pareja ya que es complicado tener una relación con alguien que experimenta cambios tan drásticos en su estado de ánimo. Para poder mantener una relación, se necesita un amplio conocimiento de la enfermedad, así como un conocimiento del otro, comprensión, flexibilidad, pero sobre todo estabilidad.

Al observar la trayectoria de las relaciones se puede decir que previo al diagnóstico se observó que la violencia doméstica como expresión del tipo de convivencia que predomina en estos hogares. En esta aproximación la valoración de la mayor o menor inequidad en la distribución interna del poder entre hombres

y mujeres pudiera ser un eje analítico que guíe la elección de los indicadores para evaluar el tipo de convivencia (Ariza y Oliveira, 2010). Desde la mirada de estas autoras, se delimita la existencia de espacios de poder diferenciados entre hombres y mujeres y de cuotas menores de autonomía para ellas.

En nuestros hogares de estudio imperan las relaciones problemáticas, acentuándose las relaciones familiares tóxicas, con poca o nula comunicación, donde había ambientes amenazantes o desmoralizantes que pudieron haber influido en la detonación de la enfermedad mental, en lo que respecta a las relaciones no familiares, estas se vieron trastocadas a partir de las primeras manifestaciones de la enfermedad.

4.4 Trayectoria del proceso salud enfermedad atención antes del diagnóstico

Dentro de la trayectoria de la salud enfermedad atención antes del diagnóstico emergen una serie de elementos importantes por analizar, los cuales se dividieron en 5 grandes categorías (véase Imagen 3), estando vinculadas con las acciones y/o actitudes que tomaron los sujetos claves y sus familiares ante las primeras manifestaciones de la enfermedad, cuando aún se desconocía sobre el Trastorno Bipolar. En esta misma línea aparece la actitud que presentó la familia cuando había otro miembro con una enfermedad mental y que tuvo una repercusión directa en el SC.

Estas primeras manifestaciones están relacionadas con acciones y actitudes que presentaron los SC, las cuales en su mayoría fueron de índole negativo, haciendo referencia a actividades que dejaron de hacer como no querer continuar

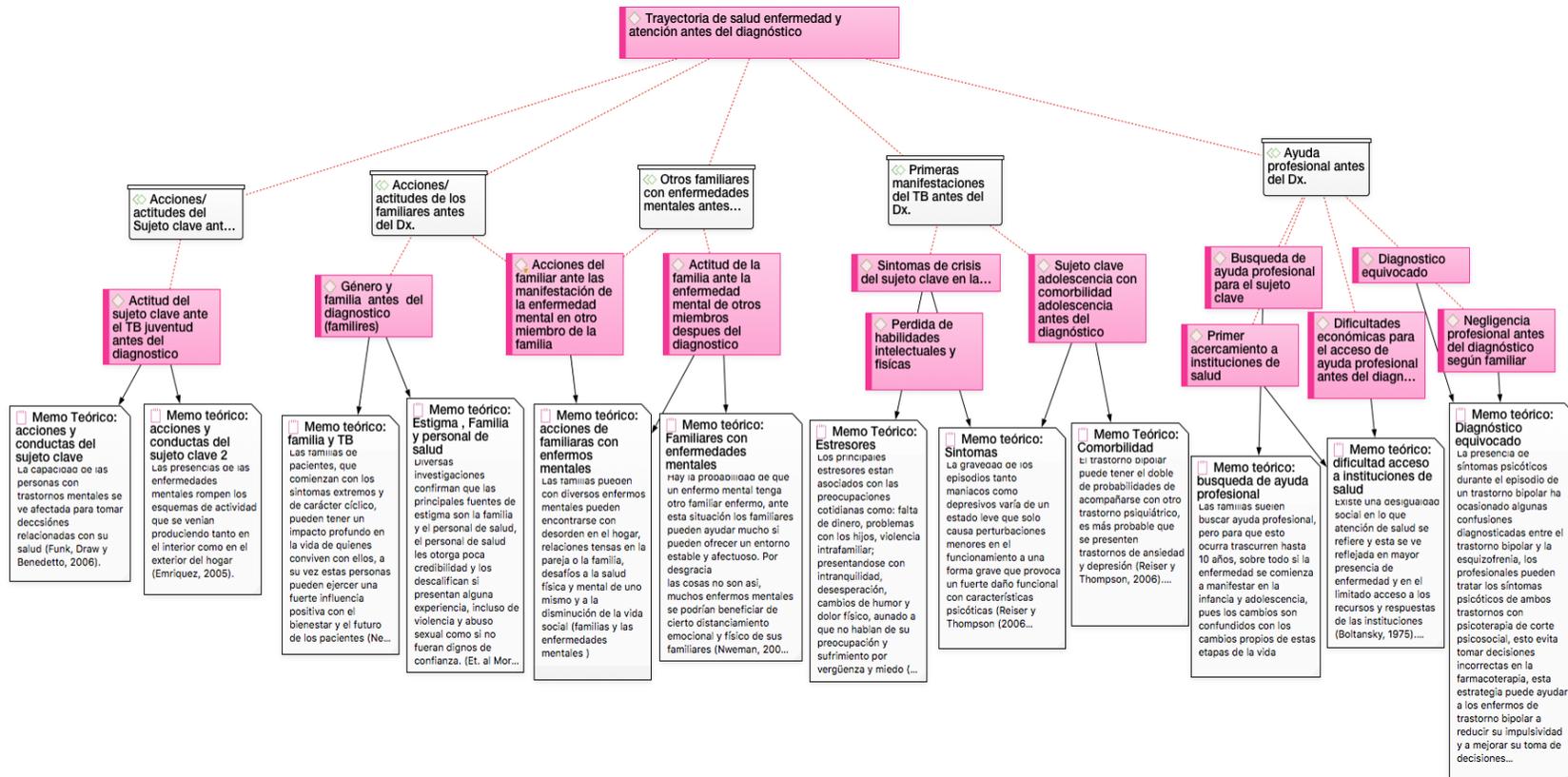
trabajando y/o estudiando, arranques de desesperación, aislamientos, consumo de alcohol o drogas, discusiones constantes con familiares y/o amigos cercanos.

Este tipo de acciones y actitudes modificaron las dinámicas familiares, ejemplo de ello es que todos los SC presentaron dificultades para realizar actividades cotidianas, en 3 de los 5 casos esto comenzó durante la adolescencia, estando vinculadas con las actividades escolares, donde se presentan problemas académicos, así como aislamiento generándose en la mayoría de las ocasiones la necesidad de querer abandonar la escuela.

E9/SC/H/33 años/Soltero/Preparatoria: En la primaria siempre fui bien amiguelo [...] pero en la secundaria comencé a sentirme raro ya no hablaba con casi nadie, subí de peso, baje de calificaciones porque nada se me quedaba ¡yo era un teflón! nada se me pegaba y eso me trajo muchos problemas, mis compañeritos se burlaban de mí, así seguí hasta la prepa y luego ya deje de ir, ya no podía, lo intente en varias escuelas pero era bien burro.

Estos cambios de conductas se deben a estresores relacionados con la conducta cotidiana, como la falta de dinero, cuestiones académicas, violencia intrafamiliar, presentándose principalmente como intranquilidad, depresión, aislamientos, cambios de humor, dolores físicos, aunados a una comunicación limitada con la familia pues los enfermos mentales al inicio de esta no suelen hablar de las preocupaciones, sufrimiento, vergüenza y miedos que presentan (Berenzon, Galván, Saavedra, Tiburcio, Grumney y Bernal, 2014).

Imagen 3. Trayectoria del proceso salud-enfermedad y atención antes del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, se encontró que éstas primeras manifestaciones de la enfermedad modificaron la dinámica cotidiana de los SC que fungían como principales cuidadoras a pesar de estar insertas en el mercado laboral; mientras que en los casos donde las primeras manifestaciones se presentan en la juventud y adultez, son la madre y la esposa quienes cambian la dinámica para dar apoyo durante este nuevo proceso de vida.

E13/Mamá del SC/52 años/Divorciada/Preparatoria: Mi hijo nunca fue muy bueno para la escuela, pero a partir de segundo de secundaria comenzó a empeorar, dejó de hacer cosas que le gustaban, como jugar fútbol. En la casa no convivía con nadie, se peleaba con todos, era muy difícil tratar con él, no sabía lo que le sucedía, no sabía qué hacer, en ese entonces ya me había separado de su papá y pues tenía que trabajar y estar más al pendiente de él, era difícil, más porque yo sufría de depresión.

Este discurso expone que la presencia de enfermedades mentales rompe con los esquemas de actividades que se venían produciendo tanto en el interior como el exterior del hogar, pues su capacidad se ve afectada debido a la presencia de la enfermedad mental, sobre todo cuando se desconoce de ésta, pues los sujetos entran en una situación de incertidumbre y desconocimiento de su propia persona, donde la familia se ve afectada directamente (Enríquez, 2008; Funk, Draw y Saraceno, 2006).

Este patrón de modificación de actitudes no es exclusivo de la adolescencia, pues en la juventud y adultez se repetía, pero en lugar de ser en el contexto

familiar fue en el laboral, generándose de igual manera aislamiento y la necesidad de faltar y/o renunciar, donde la dinámica familiar también se ve afectada.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Cuando nació mi hija, me sentía rara, era bien difícil ir a trabajar, solo quería quedarme dormida, ni quería ver a mi bebé [...] mi mamá me tuvo que ayudar a cuidarla, a ese grado me sentía. Usted cree que quería ir a trabajar, si no me sentía bien como demostrarlo en el trabajo, que iba a decir, todo eso es bien feo.

Este cambio de actitudes y de conductas se encuentran vinculadas con las primeras manifestaciones de la enfermedad, donde los pacientes con TB no saben que les pasa, siendo los familiares los primeros en notar esos cambios de actitud y actividades, de la pérdida de habilidades físicas, intelectuales y sociales, las cuales en su mayoría comienzan en la infancia y adolescencia. Es así que la literatura señala que aunque muchos trastornos mentales se diagnostican en la edad adulta, los primeros síntomas aparecen en la infancia y en la adolescencia entre los 5 y 15 años (Burton, et al., 2007).

La pérdida de habilidades puede ser resultado de problemas del neurodesarrollo que se gestan muy tempranamente, incluso dentro del útero, al momento del parto o en los primeros años de vida (Burton, et al., 2007). Dentro de los relatos de vida de los familiares, en uno de los casos se encontró que la madre notó que el SC presentaba problemas de salud en una etapa muy temprana de la infancia, generándose una serie de conflictos con los familiares más cercanos e incluso con el personal médico responsable del cuidado del menor.

E4/ Mamá del SC/ 61 años/ Casada/Licenciatura: Lo que a mí me llamó mucho la atención fue cuando nace Raúl y yo le decía al doctor que yo veía algo que le faltaba al niño, entonces dice “a ver, pero ¿qué le nota?, le digo pues es que no gatea bien, no abre sus manitas, el gateaba con las manitas cerradas, entonces le digo doctor ¡chéquemelo por favor! Pero me decía “es que él está bien, eso se le va a ir pasando” le digo ¡No doctor! Un día lleve a mi papá, porque Raúl mi esposo no me quiso acompañar, decía que estaba loca, mi papá me acompañó, aunque él tampoco quería, pero nunca le hicieron nada, ni un TAC o algo parecido.

Al detectarse una posible situación de salud-enfermedad, algunos miembros de la familia buscaban ayuda y soporte con otros familiares, sobre todo cuando eran las madres las principales cuidadoras. Sin embargo, esto generó una serie de conflictos al interior de las familias, sobre todo con el cónyuge, pues estas eran consideradas sobreprotectoras, culpabilizándolas por la forma de actuar de los SC.

Holmgren et al (2005), menciona que los principales temas de controversia entre los padres se centran en la falta de aceptación por parte de uno de los cónyuges por la situación que se vive, el reproche, la culpabilización, la educación, el extremo consentimiento o flexibilidad, son elementos frecuentes de discusión.

Los conflictos familiares derivados de la presencia de la enfermedad mental no se detuvieron ante las manifestaciones cada vez más evidentes, sino que se sumó un enjuiciamiento cada vez más severo hacia las madres aunado a una estigmatización hacia el SC, considerándolo como *loco*. Estas situaciones

corroboran lo mencionado por Ramos (2014), ya que la familia es la principal fuente de estigma, en ella se da la primera desacreditación del miembro con enfermedad mental. Cabe pensar además las situaciones en las que las desavenencias familiares no encuentran cauces adecuados de expresión no hacen sino postergar la ocurrencia de un evento de violencia, en estas familias, la violencia constituye una respuesta habitual ante el conflicto y nos proporciona una mirada compleja y desigual de la calidad de vida intrafamiliar (Ariza y Oliveira, 2010).

Debido a la presencia de conflictos familiares y manifestaciones de la enfermedad cada vez más frecuentes, en primera instancia la familia no sabía que hacer o a quién recurrir, pues la situación llegó a rebasarlos. Esto era paradójico, pues en 4 de las 5 familias había historial de enfermedades mentales:

- En la Familia 1 - La hermana del SC había sido diagnosticada con TB y la madre padecía depresión mayor desde la infancia.
- En la Familia 3 - Un primo fue diagnosticado con esquizofrenia.
- En la Familia 4 - Una prima padecía depresión y se había suicidado años atrás.
- En la Familia 5 - La madre del SC fue diagnosticada con depresión y TB años antes de las primeras manifestaciones del SC.

En este sentido, la literatura menciona que las familias con historial de enfermedades mentales enfrentan una serie de retos, pues éstas deberían poder identificar la presencia de una posible enfermedad mental en otro miembro,

ofreciendo un entorno estable y afectuoso, debido a las experiencias previas (Newman, et al., 2009).

Sin embargo, en este tipo de familias ocurre todo lo contrario, dado que existe un distanciamiento emocional y físico por parte de la familia, Newman et al, (2009) mencionan que en familias con un enfermo mental el sentimiento de pérdida está presente.

E14/Mamá del SC/52 años/Divorciada/preparatoria: Me daba miedo que él tuviera lo mismo que yo, pues es bien difícil, en un principio no lo quería aceptar, pero cuando se volvió demasiado violento tuve que llevarlo con el psicólogo, pensaba que él se comportaba así por toda la violencia que había cuando vivía con su papá, yo no quería pensar que él tuviera una enfermedad, no quería pensar que por mi culpa en la tuviera.

En el fragmento antes mencionado, se encuentran sentimientos de miedo y culpa ante la posibilidad de la presencia de un trastorno mental en otro miembro de la familia, corroborándose con ello la carga subjetiva que experimenta la familia y si bien según lo mencionado por Newman et al, (2009), la posibilidad de que en las familias haya más de un enfermo mental es elevada. Esto debería ayudar en el proceso de aceptación y entendimiento del trastorno, desafortunadamente esto no sucede pues en las familias se instalan sentimientos de culpa, conllevando a un distanciamiento emocional e incluso la negación del trastorno mental .

A pesar de la negación y temor de las familias, estas deciden buscar ayuda profesional en una primera instancia con médicos generales y psicólogos, los

cuales no supieron dar un diagnóstico acertado, argumentando que eran hipocondríacos, depresivos, que tenían depresión postparto o que su forma de actuar correspondía al proceso normal de la adolescencia. Estos diagnósticos en su mayoría no dejaron satisfechos a los SC, confrontándolos con una realidad desconocida.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Yo sentía que me iba a morir, ¿por qué? No sé, en mi cabeza mis pensamientos iban muy rápido, yo como siempre que me está pasando porque también me daba mucho miedo decirlo ¡decía y sí si estoy loca! como dicen y me encierran, pues no quiero eso y pues no dices la verdad [...] los médicos no sabían que me pasaba, decían es depresión postparto y eso me daba mucha impotencia y frustración, porque no me entendían, eso me desesperaba que no me podían entender, no me canalizaban, no me mandaban con un psiquiatra y en aquel entonces la gente que no estaba tan bien preparada.

Las personas con alguna enfermedad mental consideran que el personal médico no está preparado para abordar temas emocionales, consideran que la consulta médica no es un espacio adecuado para hablar de sus preocupaciones. Les parece que los médicos no cuentan con las habilidades y conocimientos para otorgarles una adecuada atención, además les da vergüenza o tienen miedo que se les regañe o juzgue. En este sentido, la literatura menciona que en variadas ocasiones el personal de salud suele otorgar poca credibilidad a los pacientes,

emitiendo una serie de diagnósticos erróneos que deja a los pacientes en una situación de vulnerabilidad (Berenzon et al., 2014; Ramos 2014).

El tener un diagnóstico equivocado va de la mano con la aplicación de tratamientos erróneos, los cuales muchas veces generan el efecto contrario a lo esperado. En este sentido, en 2 de los 5 casos se diagnosticó depresión en una primera instancia, dándoles como tratamiento, antidepresivos. Esto conllevó a que los SC experimentaran la primera crisis, pues el consumo de estos medicamentos hizo que tuvieran un episodio de hipomanía.

Si el personal médico no posee los conocimientos necesarios puede llegar a confundir los síntomas psicóticos durante un episodio de un TB, diagnosticando esquizofrenia o depresión. En el primero de los casos, los profesionales pueden tratar los síntomas psicóticos de ambos trastornos con psicoterapia de corte psicosocial, evitando tomar decisiones incorrectas en la farmacoterapia, esta estrategia puede ayudar a los enfermos de TB a reducir su impulsividad y a mejorar su toma de decisiones, ocurriendo todo lo contrario en el caso de la depresión (Newman, et al., 2009).

En resumen, el camino que viven las familias con un miembro con TB es sinuoso, pues la mayoría de las experiencias están connotadas en aspectos negativos, donde el desconocimiento de la enfermedad genera una serie de conflictos al interior de la familia y más aún si el tipo de respuesta al conflicto en estas familias es la violencia extrema, golpes y violencia verbal, las cuales generan considerables situaciones de riesgo para la integridad física y moral de alguno de sus miembros, por lo que podría decirse que la conflictividad es el tipo de interacción que caracteriza a la vida familiar, estas familias viven en

desarmonía o desavenencia extrema (conflictividad máxima) que desemboca en violencia (Ariza y Oliveira, 2010).

Aunado a esto, las dinámicas se ven forzadas a cambiar, pues se deben adaptar a esta nueva realidad. Por otra parte, en la mayoría de las familias estuvo presente la negación ante la posibilidad de tener un miembro con una enfermedad mental, aunque se contara con historial de enfermedades mentales. Una vez aceptada la posible presencia de una afección de salud, se procedió a buscar ayuda profesional, la cual en algunos casos emitió diagnósticos equivocados, dejando a los pacientes y familiares en una situación de vulnerabilidad.

4.5 Trayectoria de emociones y sentimientos antes del diagnóstico

Todos los seres humanos experimentan emociones y sentimientos, dependiendo de las situaciones o circunstancias que se viven, pues éstas son reacciones psicofisiológicas de las personas, sin ellas el sentido de la vida sería completamente diferente. Por lo tanto, estos elementos son fundamentales para comprender el proceso de salud-enfermedad -atención que viven las familias cuando uno de sus miembros es diagnosticado con Trastorno Bipolar.

Dado que la familia debería generar un espacio de solidaridad afectiva, siendo la concepción más importante en el desarrollo del núcleo familiar en la cotidianidad, mediante factores de afectividad, sentimientos y emociones, tanto el padre como la madre influyen emocionalmente en los hijos con mayor o menor intensidad en diferentes escenarios donde se convive diariamente.

La presencia de las emociones y la manera de trasmitirlas incide de diferente manera en cada integrante del hogar, entre los distintos ámbitos sociales de la familia, el contexto cotidiano posee un lugar central en la conformación de las

pautas de la conducta emocional porque ahí se forjan los códigos de interpretación que se utilizan en el diario vivir, para sentir y actuar emotivamente (Pérez, 1994). Por ello es de suma importancia conocer qué tipo de emociones estuvieron presentes en la familia previas al diagnóstico.

Para poder comprender las emociones y los sentimientos se debe mencionar que cada una tiene un proceso complejo e importante, pues son reacciones de carácter universal independientes de la cultura, pero adaptativas a partir de un punto de vista. Las emociones son básicas y nacemos con ellas es decir son innatas.

Por ejemplo: el miedo, el enojo y la alegría, en muchos animales se presentan, pero en el ser humano, son más complejas. Dado que como seres de cultura se hace uso del lenguaje, símbolos, signos y significados para atribuirle sentido; es decir se experimentarán de manera subjetiva, a partir de un contexto cultural específico (Rodríguez, Ramos, Martínez y Oblitas 2009; Díaz y Díaz, 1994).

La importancia de las emociones radica en que guían y modulan la vida, constituyen el impulso de ir hacia delante, pues el gobernar las emociones ha hecho que el ser humano progrese y se diferencie de otros seres vivos. Actualmente, muchos de los comportamientos aparentemente libres y racionales son impulsados por mecanismos codificados genéticamente y regulados bioquímicamente, donde la constante interacción entre programación genética y circunstancias externas modifica y condiciona a cada instante la conducta (Vieta, Colom y Martínez, 2004).

Desde la perspectiva de Rodríguez, Ramos, Martínez y Oblitas (2009), entre las emociones se pueden distinguir las positivas y negativas, donde el miedo,

ansiedad, ira, tristeza, depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa. Este tipo de emociones están vinculadas con el proceso salud-enfermedad-atención, pues todos los individuos reaccionan emocionalmente ante las demandas de un ambiente determinado. Sin embargo, en ocasiones las emociones negativas pueden transformarse en patológicas debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud mental.

Esta afirmación se puede corroborar al analizar las emociones y sentimientos que estuvieron presentes en las familias de estudio (véase Imagen 4). Tanto el SC como familiares hicieron énfasis en aquellas vinculadas con aspectos negativos, las cuales se daban a partir de un suceso determinado, pues al recordar las trayectorias familiares se vislumbran acontecimientos vinculados con experiencias negativas como: violencia intrafamiliar, abusos sexuales, rompimientos amorosos etc.

E7/Esposa del SC/58 años/Casada/Secundaria: A mis hijos cuando los maltrataba mi esposo yo sentía mucha angustia, me sentía incomprendida, porque yo tenía que salir y explicarles algo que yo tampoco entendía mucho, yo no lo entendía, entonces ya los apapachaba y decía es que su papá así los quiere educar, porque los quiere, yo siempre trate de tapar muchas cosas, cosas que no debería de haber hecho.

Diversos estudios han evidenciado que la violencia que se vive en casa puede ser un factor que contribuya a desencadenar enfermedades mentales, pues se

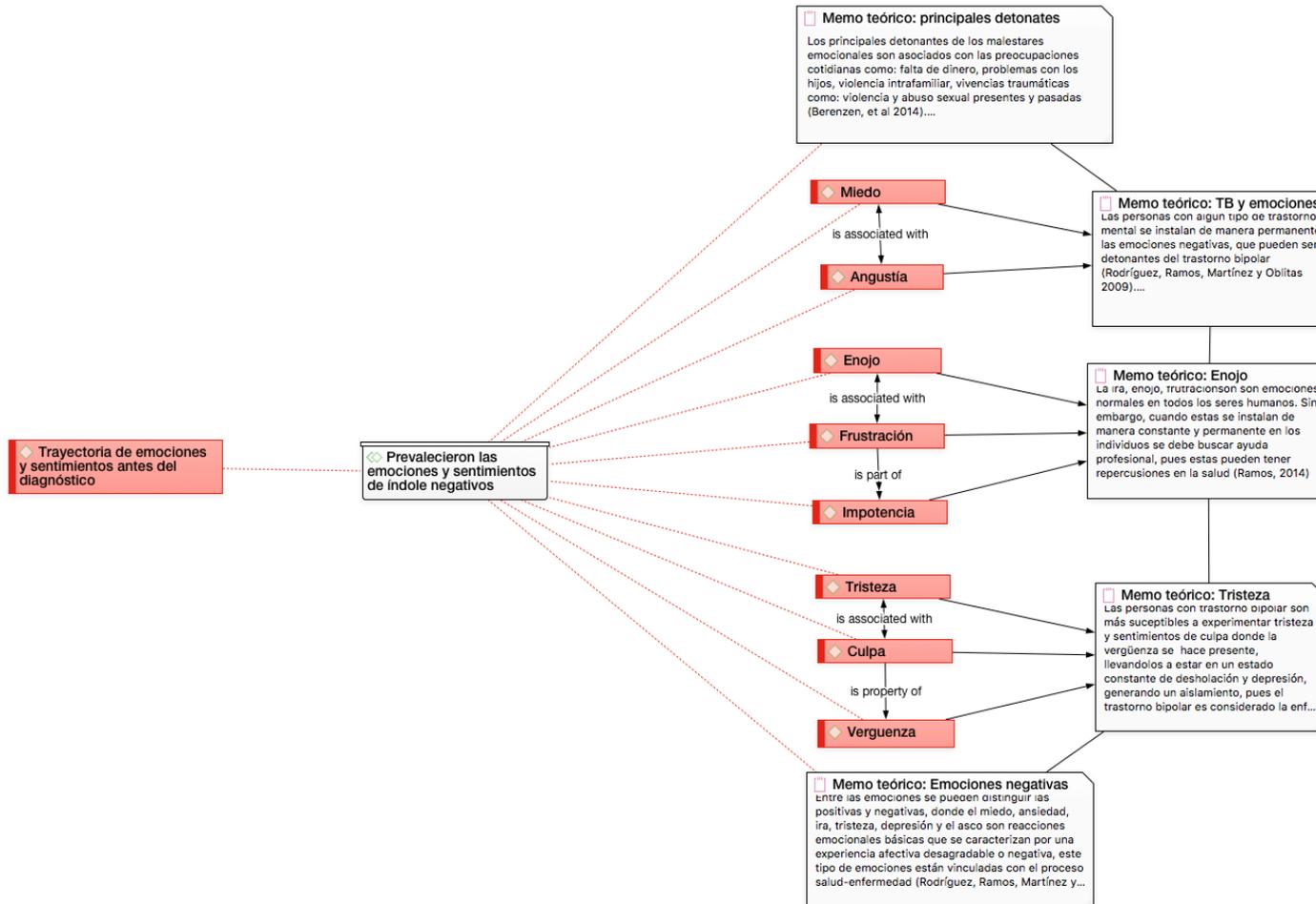
experimenta un ambiente constante de tensiones y malestar (Bolaños, 2014). Al traslapar esto a las familias entrevistadas, se encontraron límites rígidos, pobre cohesión entre los miembros, altos niveles de conflicto al interior del entorno doméstico conllevando a niveles elevados de emoción de índole negativo, tareas empantanadas respecto al desarrollo individual de los miembros y creencias asociadas a la vida familiar.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Mi hermano, el de Houston, él me hacía tocamientos de niña, entonces eso me ponía con mucha angustia, mucha ansiedad, eso yo pienso que fue algo que me marco [...] Yo lo perdoné dentro de mí, nunca lo dije porque me daba impotencia, pero también vergüenza para decirlo, pues era mi hermano.

En el fragmento antes mostrado se puede ver que la presencia de violencia sexual tiene efectos negativos de índole emocional y sentimental, sobre todo si esta ocurre durante la infancia y/o adolescencia, ocasionado mayores complicaciones al darse por parte de un familiar, pues se manifiestan emociones encontradas, ya que quien se supone que debería de cuidarlas y protegerlas es justamente quien les hace daño.

Yanes y González (2015) señalan que el abuso sexual trae consecuencias muy graves para el bienestar físico y psicológico especialmente cuando es grave y prolongado y si el perpetrador es el padre, hermanos o una figura paterna la víctima experimenta una contradicción de emociones.

Imagen 4. Trayectoria de emociones y sentimientos antes del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

Al pasar por un evento traumático como el antes mencionado, las emociones tienen como principal función preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello y dirigiendo la conducta. Sin embargo, en las personas con algún tipo de trastorno mental se instalan de manera permanente las emociones negativas, que pueden ser detonantes del TB (Rodríguez, Ramos, Martínez y Oblitas 2009).

Los principales detonantes de los malestares emocionales asociados con las enfermedades mentales están vinculados con las preocupaciones cotidianas como: falta de dinero, problemas con los hijos, violencia intrafamiliar y vivencias traumáticas como violencia y abuso sexual (Ramos, 2014).

En este sentido, los SC experimentaban emociones y sentimientos de manera constante como tristeza, angustia, presión, miedo ante situaciones de la vida cotidiana, en algunos casos esto se evidenciaba por factores de estrés derivados por aspectos escolares, cambios de vivienda, separación de los padres, rupturas amorosas etc.

Por lo tanto, es necesario que las emociones suscitadas en estos momentos se manejen adecuadamente puesto que manejadas inadecuadamente desarrollan una ruptura en los lazos de interacción social (Simmel, 1986). Es así que los SC comienzan a aislarse, presentando en varios de los casos depresión. Estos sentimientos de profunda tristeza, desolación, miedo y angustia llevaron a 3 de los 5 SC a considerar el suicidio. Sin embargo, esto no se llevó a cabo debido a las creencias religiosas, las cuales tenían un peso importante en todas las familias de estudio.

Las emociones negativas presentadas antes del diagnóstico se ven reflejadas en exceso de energía, no dormir, hacer muchos planes, hablar mucho y rápido, lo cual los asustó a ellos mismos. Este tipo de circunstancias afectaban y preocupaban al núcleo familiar, sobre todo a las madres, pues como ya se mencionó, en la mayoría de los casos, ellas eran las cuidadoras principales de los SC. Ariza y Oliveira (2010) mencionan que dentro del núcleo familiar las emociones de uno inciden sobre los demás, pero no de la misma manera. En este sentido, se corrobora con la literatura, la cual expone que las emociones que manifiesta una persona con TB no solo los afecta a ellos, sino a todo su entorno social, siendo los familiares más cercanos y/o afectivos quienes son afectados más directamente.

E11/Mamá del SC/61 años/Casada/Licenciatura: Mi hija a los seis años, siete años cuando empezó con depresión, ella no quería nada, se quería morir, eso me afectó mucho, siempre estaba angustiada, tenía temor que le pasara algo.

El desconocimiento de una posible enfermedad mental hace que no se reconozcan los síntomas propios de éstas. En el caso del Trastorno Bipolar, algunos autores la consideran como la enfermedad de las emociones donde la familia se ve involucrada, pues en ella también se experimentan una serie de emociones debido a los cambios de conducta del SC conllevando a cambios en la dinámicas familiares, debido a las múltiples emociones que experimenta el miembro con TB (Vieta, Colom y Martínez, 2004).

Como se puede ver, las reacciones emocionales son complejas y la mayoría de las familias presentan una inteligencia emocional ausente. El aprendizaje de una buena inteligencia emocional tiene sus bases en relaciones familiares afectivas, pero como se vio en las trayectorias anteriores, este tipo de relaciones estuvieron ausentes. Para acercarnos empíricamente a la esfera de la subjetividad afectiva, hay estudios que han evaluado los sentimientos que se manifiestan hacia las dos figuras centrales de la familia: el padre y la madre. Los datos arrojaron que la relación con la madre es un vínculo de bastante más intensidad afectiva que la relación con el padre. El conjunto de emociones que el padre propicia se inclina más hacia la distancia afectiva que hacia la proximidad (Ariza y Oliveira, 2010).

Las reacciones emocionales son muy variadas, hay modelos de estudio que describen a las personas como analfabetas emocionales, por sus inhabilidades a reaccionar de manera adecuada ante las circunstancias que presenta la vida (Goleman, 1996). Las reacciones mal elegidas residen en la incapacidad del sujeto a presentar respuestas más sanas o emocionalmente inteligentes. En la mayoría de los casos esto sucede debido a la que la dinámica dentro de la familia es problemática (Reig y Dionne, 2004).

En conclusión, la experiencia aquí reportada indica un abanico emocional que implica un complejo abordaje de los SC y familias antes de diagnosticarse el TB, reiterándose la existencia de una dinámica familiar conflictiva donde los familiares y el SC que empieza a manifestar la enfermedad sienten angustia, incompreensión, miedo, preocupación, estrés y vergüenza al estar frente algo inquietante y desconocido, orillándolos a buscar ayuda profesional y no profesional.

4.6 Trayectoria de redes sociales de apoyo antes del diagnóstico

El último elemento de análisis en las trayectorias antes del diagnóstico son las redes sociales de apoyo, pues los seres humanos somos seres sociales por naturaleza. Desde el inicio de la vida interactuamos con otras personas, ya sea en el seno familiar, escolar, laboral, social etc. Son justo estos escenarios donde se adquieren las redes de apoyo necesarias para hacer frente a las diversas adversidades que presenta la vida, las cuales están las vinculadas con la salud mental.

Por lo tanto, las redes sociales de apoyo constituyen recursos fundamentales para la satisfacción de necesidades básicas tanto de las unidades domésticas como de los núcleos familiares y dichas redes emergen como estructuras que aportan seguridad afectiva y de supervivencia (González de la Rocha, 1986). Es así como el apoyo social juega un papel importante tanto en pacientes que padecen enfermedades mentales como en los familiares cuidadores, pues las redes de apoyo sociales y familiares son fundamentales para afrontar las dinámicas familiares y los problemas que ocasionan las enfermedades mentales (Fernández, 2005). Estas redes de apoyo hacen la diferencia entre las situaciones que vive un paciente con TB o cualquier otra enfermedad mental (Casanova et al, 2014).

Debido a la importancia que tienen las redes de apoyo en el tema se consideró importante indagar sobre éstas. Se encontraron que aquellas vinculadas con la familia y las no familiares (como los amigos y profesionales) que estuvieron presentes en las diversas etapas de vida, pues la red de apoyo se define como

aquellas aportaciones que proveen la comunidad, las redes sociales o los amigos más íntimos de un individuo (Lin, Ensel, Simeone y Kuo, 1979).

Un aspecto importante para mencionar, es que durante la infancia los SC no referencian prácticamente de ninguna red, mientras que los familiares si mencionan tener redes de apoyo en esta etapa, sobre todo con sus familias de origen y amigos. Los miembros con TB hacen referencia de redes de apoyo a partir de la adolescencia, pues en la mayoría de los casos es en esta etapa cuando se comienzan a presentar las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Al respecto, se puede observar que la familia nuclear es la de mayor importancia, pues desde la adolescencia hasta la etapa adulta los discursos de SC y familiares hacen esta referencia. En ella, se sienten respaldados y apoyados por su familia en los momentos más vulnerables. Esto se corrobora con la literatura, ya que la familia nuclear cumple una función enfatizada cuando algún miembro se enfrenta a los retos de una enfermedad mental, ya que usualmente es esta quien comienza la travesía en la búsqueda de ayuda especializada o tratamiento (Medellín, et al., 2012).

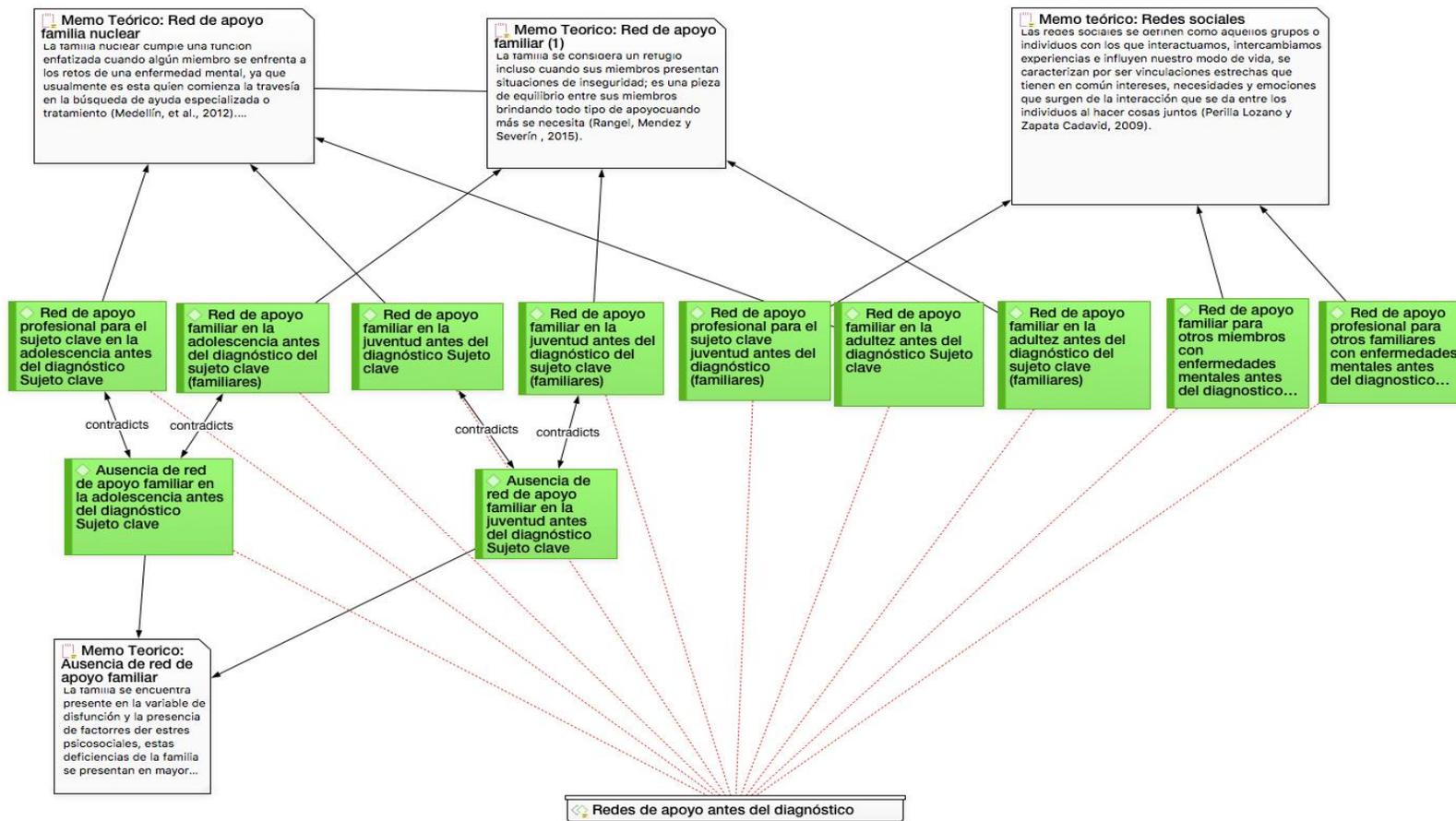
E5/SC/M/22años/Soltera/Licenciatura: Mis papás trataron de calmarme y yo estaba gritando hasta que mi papá me dio una almohada para que se me quitara la energía, entonces me calme y ya volví, más medio volví, porque estaba muy confundida [...] yo tenía mucho miedo, no sabía que me pasaba pero mi papá y mamá estaban ahí conmigo, ellos siempre estuvieron y mis papás buscaron ayuda para mí.

En este discurso, se puede observar que el miembro de la familia con TB se siente protegido y aceptado, a pesar de no saber que le está sucediendo. La familia debe percibirse a sí misma comprometida con la búsqueda del bienestar de sus integrantes, siendo capaces de adaptarse a diferentes roles para intentar satisfacer sus necesidades familiares (Santibáñez, et al., 2013). Como ya se mencionó, todos los SC consideran que tiene apoyo por parte de su familia, sin embargo, esta percepción suele estar relacionada con la falta de apoyo en algunos momentos. Ejemplo de ello es el siguiente fragmento:

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Yo me sentía muy mal, entonces mi papá me dijo “es que así es la vida” o sea, “así como que levántate la vida es así”, entonces yo dije ¡espérate!, yo pensé, la vida no es así, yo sé que la vida es difícil y pasan muchas cosas pero esto no es normal, es así cuando dije esto no es normal, pero él no lo entendía, pues no hay comunicación.

En el siguiente fragmento se expone cómo el SC no siente una empatía por parte del familiar, dado que éste no entendía que le pasaba. Estos sucesos adquieren una connotación significativa, al respecto, Enríquez (2008) nos menciona que las redes sociales familiares se debilitan en el proceso de tener una enfermedad en uno de sus miembros porque en el hogar se instala sentimientos de miedo, culpa, soledad y tristeza ante la perspectiva de no poder ejecutar tareas cotidianas.

Imagen 5. Trayectoria de redes sociales de apoyo antes del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

El sentir esta ausencia de la red de apoyo más significativa genera serie de sentimientos y pensamientos negativos tanto en el SC como en la familia. Autores como Rangel, Méndez y Servín (2015) mencionan que la familia se considera un refugio cuando sus miembros experimentan situaciones inseguras y es considerada una pieza de equilibrio para sus miembros, brindando apoyo psicológico y afectivo cuando más lo necesitan.

En relación con los familiares ellos manifiestan que contaban con una red de apoyo, pues incluso existía historial de otro familiar diagnosticado con alguna enfermedad mental. Siendo la familia el principal apoyo, así mismo mencionaban que el apoyo no solo se limitaba a cuestiones de salud, sino todo aquello que involucrara situaciones de la vida cotidiana.

Sin embargo, también emergió que la familia era el entorno donde se presentaban más complicaciones y problemáticas, es decir, la familia funge como una red de apoyo principal, pero a su vez puede presentar ausencias. La presente investigación da cuenta de que la conflictividad es el tipo de interacción que caracteriza a la vida familiar de los SC, estas familias viven en desarmonía que mucha de las veces ha desembocado en violencia (Ariza y Oliveira, 2010).

Otra de las redes de apoyo que surge son las profesionales, pues estas son buscadas por medio de la familia con la finalidad de explicar y/o entender que sucedía con el SC, proporcionado así un soporte y contención para todos los miembros de la familia. A través del entendimiento, se logrará establecer la dinámica familiar y con ello se atienden estas nuevas necesidades que presenta la familia (Perrilla y Zapata, 2009).

Por todo lo antes mencionado, se puede decir que previo al diagnóstico existían las redes de apoyo sobre todo de origen familiar y la cual ocupa la mayor relevancia, pero con la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad las familias buscaron otro tipo de redes de apoyo que pudieran dar respuesta a las nuevas necesidades que presentaba la familia.

CAPÍTULO V. TRAYECTORIAS EN EL MOMENTO “DURANTE” EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

5.1 Trayectorias familiares durante el diagnóstico

En el apartado 4.2 se observaron una serie de elementos vinculados a sucesos que pudieron haber generado las circunstancias necesarias para que se presentará el Trastorno Bipolar en las familias. Muchos de estos sucesos o acontecimientos forman parte del ciclo vital e impactan en las trayectorias de vida de las personas, donde existen cambios importantes que pueden generar estrés y requieren de una labor de adaptación.

Esta capacidad de adaptación se ha visto mermada en individuos con TB, dado que se ha encontrado que los acontecimientos del día a día pueden influir en los inicios, recaídas y recuperación de una crisis (Calvo, 2005). Esto rompe con la forma de interacción social que se venía produciendo al interior o exterior de la familia.

Por lo tanto, el entorno individual y familiar se ve trastocado, sobre todo en los momentos previos a la aparición de la primera crisis hasta llegar al momento del diagnóstico, pues las familias experimentan situaciones complejas y crea un ambiente favorable para eventos que generan malestar en el SC y en consecuencias en el resto de la familia.

De modo que la violencia intrafamiliar, abuso sexual, pocas a nulas relaciones de afecto, separación de los cónyuges, cambios de escuela, presión académica son estresores que detonan en el SC la aparición de las primeras manifestaciones de la enfermedad, alcanzando su clímax con la presencia de la primera crisis.

Esta situación, crea en las familias la necesidad de buscar ayuda profesional. No obstante, este proceso se vuelve largo y complejo, pues en la búsqueda de ayuda profesional las familias recorren un camino sinuoso, llevándolos a buscar diferentes tipos de profesionales que no saben dar respuesta a las sintomatologías expresada por los SC. En esta búsqueda de respuestas se recae en diagnósticos erróneos, los cuales posicionan a las familias en una situación de mayor vulnerabilidad.

Es importante mencionar que existe una relación estrecha entre instituciones de salud, estructuras económicas, políticas sociales y poblacionales, donde se discuten los problemas de la salud colectiva, dando prioridad a los aspectos sociales que impactan en la salud. Lamentablemente, la salud mental durante mucho tiempo no se perfiló como un área de relevancia. Si bien ha habido esfuerzos en algunos momentos de la historia, esta ha sido dejada de lado, pues sus manifestaciones no son generalmente físicas, sino cambios de conductas y actitudes.

Es por ello, que la comprensión de la salud va más allá de lo biológico y toman relevancia los aspectos sociales (Armus, 2012; Frank, 1994). En este sentido, la salud pública no se centra únicamente en los procesos individuales, sino en grupos poblacionales, teniendo dos áreas de aplicaciones: el campo de conocimiento y el ámbito de acción.

A pasar del retraso, el momento cuando se da el diagnóstico del Trastorno Bipolar es considerado como crítico pues propicia diversas actitudes y reacciones en SC y familiares como aceptación/negación del diagnóstico. Por el hecho de que los individuos se enfrentan ante una situación desconocida sobre la enfermedad

mental, trastocándose el núcleo familiar y las dinámicas de interacciones que se venían produciendo al interior de la familia.

En consecuencia, el análisis de la información para este capítulo se centrará en dos elementos, pues si se observa la matriz hermenéutica para el análisis (véase Anexo 2), son las trayectorias del proceso salud-enfermedad-atención y emociones/sentimientos las que tuvieron un mayor impacto en este momento de análisis que el resto de las trayectorias.

5.1.2 Trayectoria del proceso salud-enfermedad atención durante el diagnóstico

Esta trayectoria es de suma relevancia, en ella se expone el desarrollo por el que pasaron las familias cuando se presenta el diagnóstico del Trastorno Bipolar. Para lograr comprender dicho proceso, surgen una serie de elementos importantes por analizar, los cuales se dividieron en seis categorías: identificación de posibles estresores/detonantes de la enfermedad, primera crisis, afrontamientos o actitudes ante la enfermedad, búsqueda de ayuda profesional, edad del SC al momento del diagnóstico y el desconocimiento sobre salud mental (véase Imagen 6).

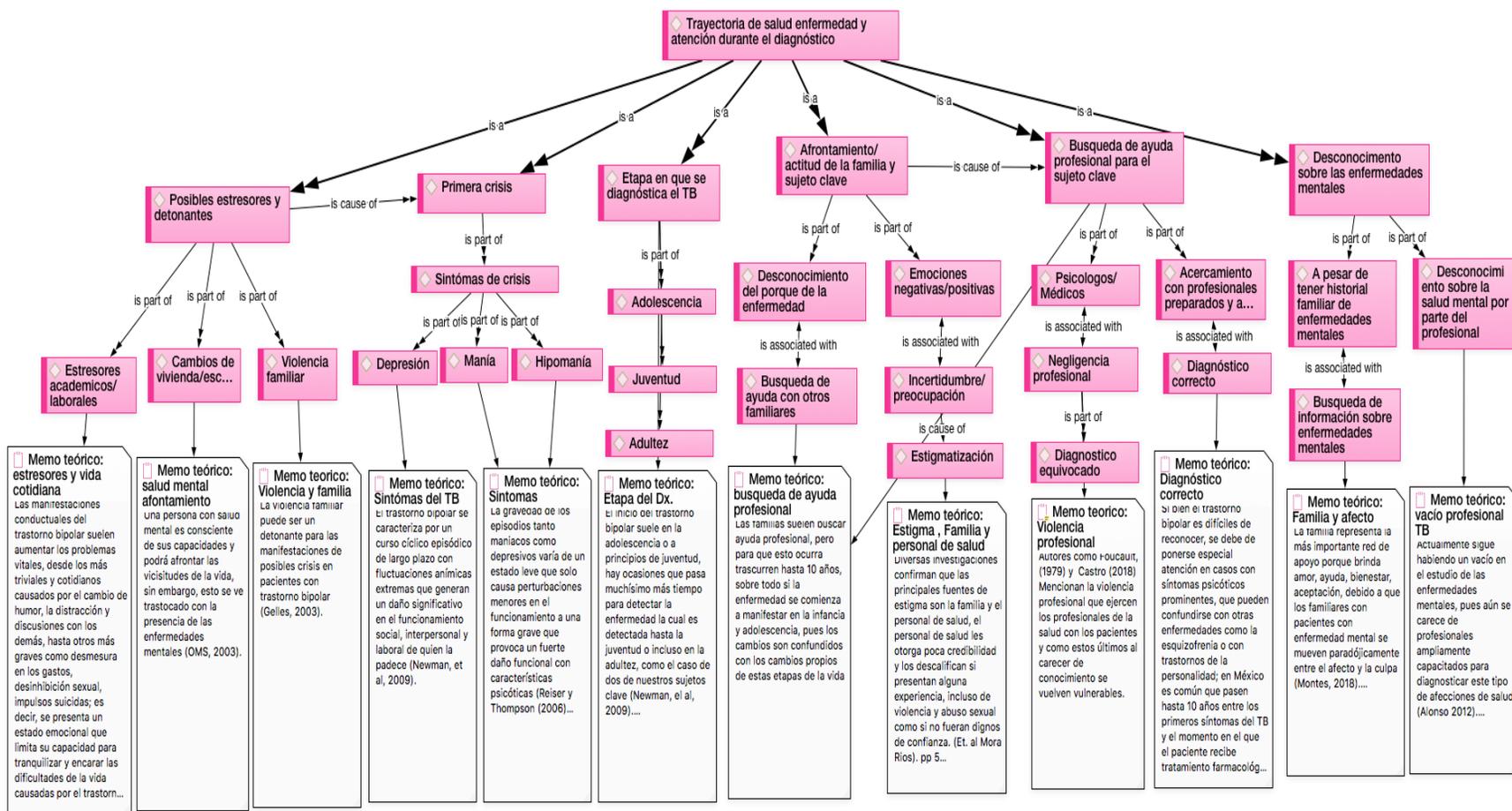
Haciendo un recuento de la trayectoria antes del diagnóstico (véase Apartado 4.2.3), se observaron en el SC algunos cambios de conductas, aparición de las primeras manifestaciones del TB, búsqueda de ayuda profesional y cómo la familia hacía frente a este nuevo episodio de la vida. Sin embargo, para llegar al momento del diagnóstico, el caminar de las familias fue complejo e incluso doloroso, debido a que en este momento las manifestaciones del TB eran cada vez más intensas y con mayor frecuencia.

La literatura menciona que las manifestaciones conductuales del Trastorno Bipolar suelen aumentar los problemas vitales desde los más triviales y cotidianos, hasta los más complejos. Por ejemplo, los causados por el cambio de humor, distracción y discusiones con los demás, hasta la desmesura en los gastos, desinhibición sexual e impulsos suicidas, presentándose un estado emocional que limita la capacidad para tranquilizar y encarar las dificultades de la vida, causadas por dicha enfermedad mental (Newman, *et al.*, 2009).

E5/SC/M/22años/Soltera/Licenciatura: Cuando ya entro a la prepa tenía mucha presión porque con beca y todo el rollo, era algo muy fuerte, era una presión muy fuerte. Nunca estuve al punto de no salir de la cama, porque realmente salía, tenía que hacer las cosas, pero me dolía, era un dolor casi físico y si batallé mucho, era muy feo. Había días que estaba todo el día llorando, nunca me di la oportunidad de tomar un tiempo para decir estoy enferma y me voy a quedar en la cama ¡o sea no! Siempre fui a la escuela, ¡nunca debería haber hecho eso! Porque no era sano, yo iba a la escuela, varias veces tuve que salirme de clase e ir a la enfermería a recostarme o estaba en clase y estaba llorando.

En el fragmento mencionado, se observó que circunstancias de la vida cotidiana como es el cambio de escuela y las responsabilidades académicas, pueden ser estresores en el SC.

Imagen 6. Trayectoria del proceso salud enfermedad y atención durante el diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

Una persona con buena salud mental es consciente de sus capacidades y puede afrontar las vicisitudes de la vida, en cambio con la presencia de las enfermedades mentales, esto no es posible (OMS, 2003).

Al analizar los discursos de los entrevistados, se encontró que todos los SC tuvieron posibles estresores (vinculados principalmente con la violencia) previos a la manifestación de la primera crisis.

E14/SC/H/31 años/Soltero/Carrera trunca: Una vez mi papá me sacó el martillo, me dio mucho miedo que me fuera a pegar en la cabeza con el martillo hasta sangrarme, yo sentí, así como que ¡ay no, no por favor no me pegues! Eso se me quedó en mi mente y pues si está duro la verdad.

La presencia de la violencia en el interior o exterior del hogar hacían que las manifestaciones de la enfermedad estuvieran cada vez más presentes, con fluctuaciones de los estados de ánimo exageradas. Se presentaba aislamiento social, depresión, pensamientos de suicidio, así como momentos de hiperactividad, desmesura en el libido sexual, hasta llegar a la disociación de la realidad.

Esto concuerda con la literatura, ya que el Trastorno Bipolar se caracteriza por un curso cíclico episódico de largo plazo con fluctuaciones anímicas extremas que generan un daño significativo en el funcionamiento social, interpersonal y laboral de quien la padece (Newman, *et al.*, 2009).

En esto último, 2 de los 5 SC se encontraban laborando y al experimentar de manera más recurrente las manifestaciones antes mencionadas, su contexto

laboral se volvió una carga. No querían salir de su casa, ni interactuar con otros individuos y las tareas que realizaban de manera cotidiana se tornaban sumamente complejas.

A pesar de esta situación, no dejaron de laborar, puesto que estos SC eran los principales proveedores económicos del hogar. Otro aspecto que se visualiza en esta situación, es que no había una buena comunicación familiar ya que los SC no externaban a sus familias la situación por la que estaban pasando.

Estos cambios en las conductas en los miembros con Trastorno Bipolar se hacían evidentes para las familias. En 3 de los 5 SC , estas conductas se presentaron durante la adolescencia por lo que se les daba poca importancia, justificándolos por la etapa en que aparecieron. Mientras que en los otros dos SC las conductas fueron presentadas en la juventud y adultez, por lo que fueron asociados con el embarazo y cuestiones laborales.

La literatura menciona que en México se desconoce qué manifestaciones motivarían a los familiares a solicitar ayuda de salud mental, pues existe una falta de conocimiento en torno a la necesidad de atender estos problemas, sobre todo en la infancia y adolescencia. Cuando los padres o tutores buscan atención en esta área lo hacen con retraso de un año para los trastornos emocionales y hasta 8 años para los trastornos mentales (Caraveo, Colmenares, y Martínez, 2002). Al analizar esta información con las familias de estudio, se encontró que hasta el momento donde el SC manifestó un episodio de manía, hipomanía o primera crisis (véase Tabla 7) las familias se vieron motivadas a solicitar ayuda sobre salud mental.

Estas *primeras crisis* que vivieron los SC se dieron a través de un cúmulo de estresores que venían experimentando por un largo periodo de tiempo, reflejados por medio de fatiga, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, actividades psicomotrices extremas como lentitud o agitación. Newman et al (2009) señala que estos estresores se ven reflejados llevándolos a presentar episodios maniacos, donde se tiene una autoestima exagerada o grandiosidad, verborrea, pensamiento acelerado, fuga de ideas, distraibilidad excesiva, conductas hedónicas y adictivas con alta potencia para producir consecuencias graves.

Al vivir estos episodios, las familias se encontraron frente a una realidad compleja obligándolos a actuar, pues era evidente que algo grave sucedía con los SC. Algunas familias habían reaccionado ante las primeras manifestaciones de la enfermedad, buscando posibles explicaciones en otros familiares y en algunos casos recurrieron a profesionales, sobre todo de índole psicológico. En esta ocasión, fue inminente la búsqueda de una ayuda profesional más especializada debido a las características o sintomatologías que se presentaron en esta primera crisis en los SC.

E10/Papá del SC/61años/Casado/Licenciatura: Antes del momento de la crisis, lo llevamos con el doctor, por cómo se estaba comportando, él nos refirió con una psicóloga, ella nos dijo “su hijo es de psiquiatra” y decidimos llevarlo con el psiquiatra [...] no se crea, fueron momentos de mucha angustia. Mi esposa lo agarró para yo poder manejar, yo sentía un nudo en la garganta. Estaba descontrolado, en ese momento me dijo que estaba en

contacto con los piojos y que las señales del celular o del microondas le están diciendo algo yo escuchándolo con un nudo en la garganta.

Tabla 7. Primeras crisis según los SC

Sujeto clave	Primera crisis
E2/SC/M/45años/Divorciada/Licenciatura	<p>Bueno cuando me alivié pues fue horrible, porque ahí tuve una crisis muy fuerte, tuve alucinaciones, ataques de pánico. Sientes que te mueres, te palpita el corazón, en mi cabeza mis pensamientos iban muy rápido [...] Yo me preguntaba ¿qué me está pasando? y me daba mucho miedo decir lo que me pasaba, porque decía y ¡sí, sí estoy loca! ¿y me encierran? No quiero eso y pues no dices verdad. Mi mamá supo que no estaba bien cuando me vio rayando las paredes y que no atendía a la niña. Me llevó con ella a la casa y después de ahí fue cuando me fui a atender.</p>
E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria	<p>En el 2012 sufrí mucha desesperación, un día me fui a la clínica 33, le digo al doctor me siento muy desesperado, me sentía muy mal, él dijo que me iba a inyectar en la vena y yo, pero hágalo ya, esa inyección no me tranquilizó, me puso peor, me salgo y agarré el camión y después de un rato me baje, porque ya estaba todo débil y no aguante más. Hable por teléfono a la casa y le digo a mi señora ¡vengan por mí, vengan por mí! me dijo ¿qué te paso? le conté y dice no te muevas de ahí, te van a recoger, entonces ahí es donde se presentó la enfermedad</p>

E9/SC/H/33
años/Soltero/Preparatoria

La primera crisis fue bien peligrosa, fue un Halloween en la noche, pasaban todas las jovencitas y me gustaba verlas. Andaba bien hiperactivo, traía la guitarra tocando aquí y allá, me metí a fiestas sin que me invitaron. Andaba con unos amigos en Ruíz Cortines, ahí hay un restaurant y que me meto, me comí la comida de un cliente, no sé en qué momento. Mis amigos les llaman a mis papás diciéndoles lo que andaba haciendo y que, si podían venir por mí, me enojo y los quería golpear, pero llegaron mis papás, me suben al carro y yo les decía que los piojos me hablaban y pues me llevan a internar.

E5/SC/M/22años/Soltera/Licenciatura

Fue el 14 de febrero del 2013, que tuve mi primer episodio de manía, estaba en la casa para comer con mis papás y me sentía muy mal, quería salirme, tuve mucha energía, era muy agobiante, entonces quería salirme a caminar a despejarme, no sé y no me dejaban salir. Todo estaba como borroso, sentía como que no estaba consciente, pero no podía controlarlo, no sabía lo que estaba haciendo, actuaba como si estuviera poseída por una prima que yo no conocí, que se suicidó hace muchos años, hablaba como si fuera ella y le decía a mi papá que era mi tío y empecé a gritar mucho, yo si veía todo, pero no podía controlarlo, estaba como medio ida. Mis papás trataron de calmarme y yo estaba gritando y hasta que mi papá me dio una almohada empecé a gritar en la almohada para que se me quitara la energía, porque traía mucha

	<p>energía, entonces me calme y ya medio volví, estaba muy confundida y tenía miedo. Ya más tarde mi mamá le habla al psiquiatra y le dijo vente a urgencias.</p>
<p>E14/SC/H/33años/Soltero/Lic. trunca</p>	<p>Después del divorcio mi mamá se había venido a Monterrey, mi hermano y yo nos quedamos con mi papá, en ese entonces yo andaba muy eufórico. En eso que mi papá nos dice que destruyéramos la casa de mi abuelo, pues le tenía mucho coraje a mi mamá y destruimos la casa de mi abuelo, las fotos donde estaba casado. En la casa estaban mi abuelo, mi tía y mi mamá, en eso, que saco la pistola de mi abuelo, pues sabia donde la guardaba y los amenazo a todos que los voy a matar y luego me voy a dar un tiro a mí mismo. Todos salen corriendo de la casa y luego viene la policía, yo estaba con la pistola, me dice ¡las manos arriba! y ya, tiro el arma al suelo y pues me llevan a la cárcel, estuve ahí dos días [...]. Fue bien gacho estar ahí, me sentía mal por haber hecho eso, pero andaba muy eufórico, y después de eso ya me vine a vivir con mi mamá.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Al leer el fragmento anterior, en estos episodios o primeras crisis, la familia no se encontraba preparada para hacer frente a este tipo de situaciones, experimentando un malestar emocional. Berezen et al (2014) señala que la desazón, incomodidad, tristeza, sentimiento de vacío, insomnio, fatiga, preocupación, nervios e irritabilidad se hacen presentes. A pesar de este malestar

emocional, la familia se enfocó en la búsqueda de ayuda profesional, con la finalidad de buscar el bienestar del SC.

Una vez contactado el profesional, pasó un periodo de tiempo para llegar al diagnóstico. Como ya se mencionó anteriormente, la etapa cuando se dio a conocer el diagnóstico fue en tres casos durante la adolescencia, uno en la juventud y otro en la adultez. Newman et al (2009) menciona que el inicio del Trastorno Bipolar suele darse en la adolescencia o a principios de juventud, pero hay ocasiones que pasa muchísimo más tiempo para detectar la enfermedad, diagnosticándose hasta la juventud o incluso en la adultez.

E7/Esposa del SC/58 años/Casada/Primaria: Mi esposo tenía 45 de años edad cuando se hizo más evidente la enfermedad, ya lo llevábamos al IMSS con los psiquiatras, pero no sabían que tenía, hasta después que tuvo esa crisis en el 2012, él tenía 54 años cuando le dijeron que era bipolar.

Este fragmento, muestra que el SC pasó casi la mitad de lo que lleva de vida sin recibir atención profesional. En este sentido, Alonso et al (2012) argumenta que actualmente sigue habiendo un vacío en el estudio de las enfermedades mentales, pues aún se carece de profesionales ampliamente capacitados para diagnosticar este tipo de afecciones de salud.

Si bien el TB es difícil de reconocer, debe ponerse especial atención en casos con síntomas psicóticos prominentes, que pueden confundirse con otras

enfermedades como la esquizofrenia o con trastornos de la personalidad (Alonso, et al, 2012).

Es muy importante la detección oportuna del trastorno para la aplicación de un tratamiento adecuado, de no ser así, la enfermedad puede adoptar un curso más dañino en cuanto a la duración de sus episodios de fase depresiva. Si las personas con enfermedad mental no reciben el tratamiento adecuado corren el riesgo de sufrir, con el paso del tiempo, un empeoramiento progresivo del trastorno (Reiser y Thompson 2006). En México es común que pasen hasta 10 años entre los primeros síntomas del TB y el momento en el que el paciente recibe tratamiento farmacológico (Casados, 2016).

La presencia auto-estigmatizadora suele ser común cuando se conoce el diagnóstico ya que los enfermos mentales se sienten amenazados en su identidad y creencias, siendo perjudiciales y provocan una desesperanza que impide el progreso terapéutico y puede llegar a exacerbar los impulsos suicidas (Newman, et al, 2009).

Por su parte, las familias muestran incompreensión debido a la poca información sobre la enfermedad mental, llegando a cuestionarse su papel como padre, madre, esposa (o), hija (o), incluso se llega a estigmatizar al familiar con TB debido a la falta de información en cuanto a salud mental se refiere.

La presencia del estigma es un atributo denigrante que produce en los demás un descrédito y se presupone que la condición del enfermo mental merma su condición humana, posición que justifica tratos que derivan en actitudes discriminatorias y excluyentes que empobrecen la calidad de vida del paciente y de todo su grupo familiar (Solano y Vásquez, 2014).

Para la familia, la enfermedad mental en los SC suele ser considerada como un asunto privado y doloroso. Ante este escenario, las relaciones familiares pueden ser tanto positivas como negativas, enfrentando sentimientos de culpabilidad por el origen del trastorno. De igual manera, se puede ir suministrando apoyo, ayudando en el tratamiento, tratando de hacer que la vida en el hogar sea tranquila (Larrahondo, 2016; Holmgren, et al., 2005).

En conclusión, se puede decir que para llegar al diagnóstico existieron una serie de condiciones que llevaron a los sujetos claves a presentar su primer episodio de manía o primera crisis, a través del cual la familia buscó apoyo profesional especializado. Siendo la familia la red de apoyo más importante para el SC durante el diagnóstico.

5.2 Trayectoria de emociones y sentimientos durante el diagnóstico

El análisis que se realizó en el apartado anterior (5.1) dejó entrever como las emociones y sentimientos son respuestas de este proceso debido a los aspectos relacionados con el TB, como: las rupturas familiares, limitaciones en servicios médicos, negligencia profesional, estrés, síntomas, primeras crisis, responsabilidades del cuidado y el estigma social. Todo ello generó un cúmulo de emociones y sentimientos en cada uno de los miembros de la familia que los impactó de forma directa en otros aspectos de la vida.

Las emociones y sentimientos influyen en la salud y enfermedad de todos los individuos, a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos³, en especial

³ Los sistemas fisiológicos organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, en donde están incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrinas (Gil, 2014).

cuando se convierten en trastornos clínicos como es el caso del TB. Para Holmgren et al (2005), la presencia de factores de estrés conlleva a deficiencias en el funcionamiento psicosocial en las familias de pacientes que padecen TB, representando una vía de transmisión intergeneracional de factores no genéticos para la enfermedad.

Estos factores no genéticos se hacen presentes por medio de emociones y sentimientos de índole negativo. En el apartado 4.2.4 se analizó la carga subjetiva de estos dos elementos, donde los discursos analizados hacen principalmente referencia al sufrimiento personal que experimentan todos los miembros de la familia, incluido el SC, sin lograr una comprensión del por qué este tipo de emociones y sentimientos de índole negativo fueron tan recurrentes.

Estas emociones de carácter negativo pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se pierde el carácter adaptativo y se convierten en un problema que interfiere y genera malestar, donde la enfermedad mental es la respuesta a ese malestar (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Las emociones y sentimientos de miedo, enojo, tristeza que se presentaron en el apartado anterior siguieron estando presentes en la trayectoria familiar, pero las que aparecen cuando se les comunica a los familiares y al SC el diagnóstico del TB, que tuvieron mayor impacto, fueron la ira, ansiedad y tristeza.

En la Imagen 7 se muestra que en el momento que se recibe el diagnóstico, las emociones manifestadas son principalmente de naturaleza negativa. La negación se hace presente, por su parte los SC manifestaron haber experimentado: coraje, malestar, ira y miedo.

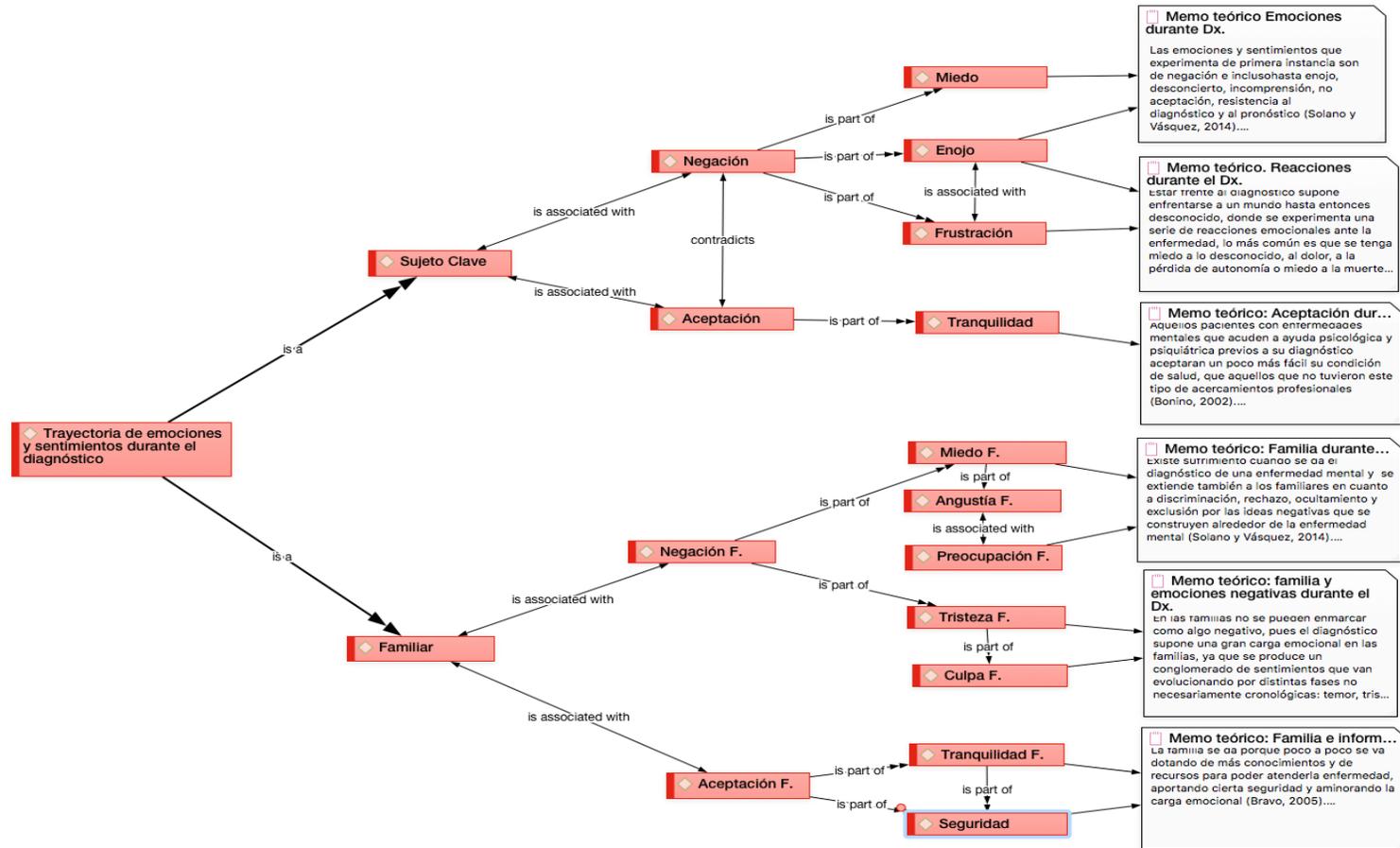
López (2007) dice que enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido, donde todo individuo experimenta una serie de reacciones emocionales ante cualquier enfermedad. Lo más común es que es que aparezca el dolor, la pérdida de autonomía o miedo a la muerte, reflejados en ansiedad o incertidumbre ante el futuro, depresión y rebeldía frente a un destino no deseado.

Si bien cada individuo reacciona de manera diferente al momento de recibir el diagnóstico del Trastorno Bipolar (véase Tabla 6), las emociones y sentimientos que se experimentan en primera instancia son de negación e incluso hasta enojo, teniendo como resultado sentimientos de resignación, preocupación, angustia, desconcierto, incomprensión, no aceptación, resistencia al diagnóstico y al pronóstico (Solano y Vásquez, 2014).

En 4 de los 5 SC el proceso de aceptación requirió de un periodo de tiempo prolongado y solamente 1 SC aceptó el diagnóstico casi de manera inmediata, pues estuvo acompañado de información. Por otra parte, este SC había acudido a terapia psicológica desde la infancia y en la adolescencia presentó problemas de salud involucrados con su alimentación, llevándolo a acudir a psiquiatras.

Todo este proceso dio las bases para comprender y aceptar el diagnóstico de forma prácticamente inmediata. En este sentido, la literatura menciona que aquellos pacientes con enfermedades mentales que acuden a ayuda psicológica y psiquiátrica previos a su diagnóstico aceptan con mayor facilidad su condición de salud (Bonio, 2000).

Imagen 7. Trayectoria de emociones y sentimientos durante del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Emociones y sentimientos del sujeto clave cuando reciben el diagnóstico

Sujeto clave	Emociones y sentimientos al recibir el diagnóstico
E2/SC/M/45años/Divorciada/Lic.	<i>Ya tenía un antecedente de mi hermana que tiene Trastorno Bipolar, aún y eso sentía impotencia y frustración porque no sabía que tenía yo, eso es lo más feo no saber. En 2001 me diagnosticaron y no fui la más feliz, porque yo sentía primero negación ¡claro que no ¿cómo yo? ¡Yo no tengo eso!, y luego después fue la aceptación.</i>
E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria	<i>Por dentro estaba desecho, yo le decía al doctor ¡Alívieme ya!, en eso me dice espéreme tantito, nos dejó ahí a mi esposa y a mí en el consultorio y se fue con sus colegas y ya les platicó. En eso entra y cierra la puerta, me dijo ¡Hijo de tu pin pon, ya sé lo que tienes! Tienes bipolaridad tipo dos y yo ¡Este sonso doctor o qué le pasa! Yo con mi machismo ¿Cómo voy a ser bipolar? ¡Está mal o qué! ¡Es la última vez que vengo con usted! nos salimos y ya mi señora se enojó mucho conmigo.</i>
E9/SC/H/33años/Soltero/Preparatoria	<i>Cuando me dijeron que tenía hubo coraje, era como coraje, me preguntaba, ¿Por qué me enferme? ¿Qué estoy pagando? ¿Soy malo? ¿Qué estoy pagando para estar así? No lo aceptaba, simplemente no lo aceptaba</i>

<p>E5/SC/M/22años/Soltera/Lic.</p>	<p><i>El doctor me dijo, tú lo que tienes es Trastorno bipolar y dije no, ¡No es cierto, yo no soy de esas!, dijo a ver espérame y regresa con un librito chiquito, me dijo tienes esto mira léelo esto, y yo lo leí, no pues si es cierto. Mi periodo de negación duró en lo que me explicó el diagnóstico.</i></p>
<p>E14/SC/H/33años/Soltero/Lic. trunca</p>	<p><i>En Monterrey empiezo a ver al psiquiatra, me había dado unas diez o nueve sesiones y me dijo tú tienes Trastorno Bipolar y yo ¿Cómo?, le dije, no puede ser tiene que haber un error, me sentía bien mal y decía que no. Entonces él me dijo sí, tienes TB</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, la identidad del SC se ve amenazada debido a la presencia del TB. 1 de los 5 SC negó la presencia del Trastorno Bipolar debido a su masculinidad. En este sentido, la literatura menciona que una de las premisas básicas de lo que significa socialmente ser “hombre” y ser “mujer” no está dado por la naturaleza. Sin embargo, los mandatos de género se interceptan con otros factores, como son la clase social, la raza, el origen étnico, entre otras más, presentándose prejuicios sobre la masculinidad: si se expresan emociones, si no hay un poder adquisitivo y si la salud se ve comprometida (Vela, 2015).

Por otro lado, las emociones y sentimientos suscitados en la familia frente al diagnóstico del TB fueron principalmente de tristeza, culpa y miedo, existiendo una preocupación y desesperanza por las expectativas puestas en el SC. Es decir, en

el momento cuando se da a conocer el diagnóstico la familia presenta incompreensión e incluso hasta estigmatización por la enfermedad.

E4/ Mamá del SC/ 61 años/Casada/ Licenciatura: Sentí muy feo, me quería morir, decía yo, mi único hijo varón, pues yo no esperaba esto. Mi miedo, mi pendiente fue ¿ira el a tener un hijo igual? esa es la pregunta que todos nos hacemos, yo quiero que sea feliz, pero quien me garantiza que no lo va a tener.

E11/Mamá del SC/61 años/Casada/Licenciatura: Cuando supe qué tenía a mí se me vino el mundo encima. Yo soñaba con mis nietos y ser la mejor abuela, cuando pasa esto yo ya no quise nietos, ¡Yo ya no quiero nada! yo vi todo gris, todo triste, a mí se me acabó la vida.

La estigmatización constituye un problema de grandes repercusiones, no solo por el sufrimiento propio de la enfermedad de quien lo padece, sino que se extiende también a los familiares en cuanto a: discriminación, rechazo, ocultamiento y exclusión por las ideas negativas que se construyen alrededor de la enfermedad mental.

Lo anterior indica que el diagnóstico afecta al espacio familiar, pese a estar como espacio de contención ante diversas situaciones de inseguridad, como ámbito de interacciones y convivencia así como agente para el equilibrio psicológico, el afecto y los cuidados. Se presenta según Solano y Vásquez (2014)

como un escenario protector de sus miembros por excelencia, pero también en él se suele discriminar al miembro de la familia que padece la enfermedad mental.

Este tipo de reacciones en las familias no se pueden enmarcar como algo negativo, pues el diagnóstico supone una gran carga emocional. En este sentido, Bravo (2005) menciona que se desencadenan un conglomerado de sentimientos que van evolucionando por distintas fases, no necesariamente cronológicas: temor, tristeza, vergüenza, culpabilidad, inseguridad, desconcierto, hostilidad y estigmatización. La red social familiar se debilita en este proceso de tener la enfermedad presente en uno de sus miembros porque se instalan sentimientos de miedo, soledad y tristeza en el hogar.

A pesar de presentarse esta carga emocional, cabe señalar que con el paso del tiempo las familias aceptaron el diagnóstico, entendiendo primeramente qué es la enfermedad y el por qué del comportamiento del miembro con TB. Por lo tanto, las familias pasaron de un estado emocional negativo a un estado de tranquilidad y seguridad, debido a la información y educación que se recibe por parte de los profesionales.

E15/Hija del SC/33 años/Casada/ Licenciatura: Cuando nos dicen qué tenía, pues en un principio no se acepta, pero después cuando te informan que es yo dije si es cierto, los comportamientos que tiene mi papá no son normales, de repente andaba súper eufórico y luego nada. La verdad fue un alivio saber que no era normal que mi papá se comportara así, que había algo más, que lo hacía comportarse así, o sea que así no era la personalidad de mi papá, eso fue un alivio.

Al leer la narrativa de arriba, la familia, al conocer el diagnóstico se tranquiliza porque va adquiriendo conocimientos y de recursos para poder entender el Trastorno Bipolar y al SC, les va aportando cierta seguridad y aminorando la carga emocional. Como señalan diversos autores (Bravo, 2005; Lemos, Vallina, Fernández, Fonseca, Paino, 2010), es esencial proporcionar información formal constantemente durante los primeros estados de una psicosis.

A manera de conclusión, las familias y el SC experimentan en primera instancia emociones de miedo, enojo, vergüenza, culpa entre otras más, donde los sentimientos de dolor y pérdida aumentan y disminuyen a través del proceso poder lograr la aceptación de la enfermedad. Con el paso del tiempo y suministro de información y apoyo familiar, estas emociones se van transformando en sentimientos de alivio y tranquilidad, alcanzando la aceptación del TB, teniendo como propósito lograr un bienestar tanto individual como familiar.

CAPÍTULO VI. TRAYECTORIAS EN EL MOMENTO “DESPUÉS” DEL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

6.1 Trayectorias familiares después del diagnóstico

Como se observó en los apartados anteriores, el diagnóstico del Trastorno Bipolar incide directamente en la familia. Los síntomas extremos de carácter cíclico que sufren las personas con TB tienen un impacto profundo en su trayectoria de vida y de quienes conviven con ellos. Aunque conocer el diagnóstico es preciso para entender el TB, esto no prepara automáticamente a los individuos para saber cómo lidiar con este trastorno, pues la aceptación y comprensión de esta noticia conlleva un largo periodo de tiempo.

Este momento de análisis, es a su vez, un *para siempre* en la vida familiar, puesto que la enfermedad se instala de manera permanente. Es crucial comprender las trayectorias de vida de las familias afectadas por el TB, ya que las familias se ven inmersas en un ciclo constante de adaptación y aprendizaje.

Es importante destacar que el diagnóstico de los SC se dio en diferentes etapas de la vida, como ya se mencionó con anterioridad. A causa de ello, el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico oscila entre 5 y 18 años, presentándose procesos diferentes entre cada una de las familias, pero con ciertas coincidencias.

Es así que el tiempo que lleva diagnosticado el SC será el eje rector que guiará el análisis, donde se conjugarán las diversas trayectorias en dos grandes categorías. La primera de ellas será la unión de las trayectorias individual-familiares y la del proceso de salud-enfermedad-atención. La segunda estará

comprendida por la trayectoria de relaciones y redes sociales de apoyo. Dentro de estas dos grandes categorías, se encontrarán reflejadas las emociones y sentimientos, logrando con ello una mayor comprensión del proceso social que hasta la fecha han vivido las familias de estudio.

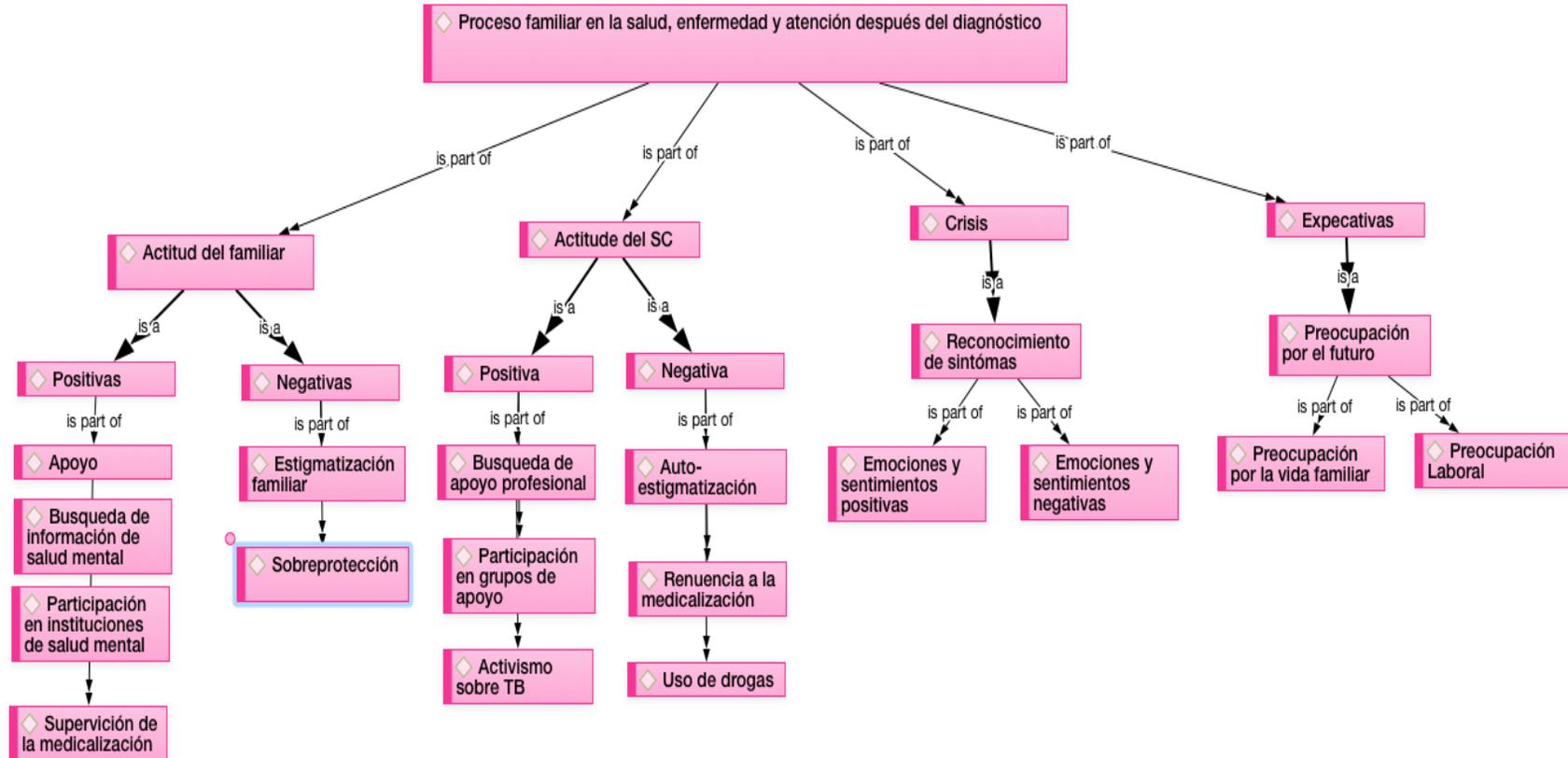
6.1.2 Trayectoria del proceso salud-enfermedad y atención después del diagnóstico

Las actitudes y acciones que tienen las familias en este proceso contraen connotaciones ambivalentes que oscilan entre cuestiones negativas y positivas (véase Imagen 8). Conocer el diagnóstico y todas sus implicaciones, representa grandes retos para la familia y el contexto social en que esta se desenvuelve.

En términos teóricos, de alguna manera el diagnóstico ayuda a comprender el Trastorno Bipolar, pero en referencia al contexto social esto es aún más complejo, ya que es difícil expresar o dar a conocer que un miembro de la familia padece este tipo de trastorno, enfrentándose a una serie de dificultades en la medida que se vive con él.

A pesar de esta situación, el conocimiento que se adquirió sobre el TB significó entender qué pasaba y a partir de ahí tratar de buscar el bienestar familiar. Si bien las actitudes frente al diagnóstico del TB fueron diversas (situaciones normales al recibir una noticia de esta naturaleza), se encontró que si la actitud es positiva en el SC, lo será también en sus familiares.

Imagen 8. Trayectoria del proceso salud enfermedad y atención después del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: A partir del diagnóstico hemos sacado cosas positivas, podíamos seguir dormidos en cosas que teníamos que trabajar, de no haber sido por esto no hubiéramos ido a terapia, no hubiéramos hablado de todo lo que pasaba en la casa y como me impactaba a mí. Todo esto me quitó el miedo sobre lo que me pasaba, realmente quise aprender y me dio seguridad saber que era algo que existía, que no estaba loca y que se podía hacer algo al respecto.

Conocer el diagnóstico, obtener información sobre los problemas de salud mental y contar con la ayuda profesional adecuada ha logrado una mayor comprensión de la enfermedad, trayendo consigo un mayor bienestar familiar. Santibáñez, Henson y Troncoso (2013) argumentan que las familias que se ven comprometidas en el bienestar de sus integrantes son capaces de adaptarse a diferentes roles para intentar satisfacer las necesidades familiares, tienen un sentido de pertenencia y un alto nivel de lealtad.

Por lo tanto, la familia representa el principal apoyo para el SC, tratando de brindar las mejores condiciones para el bienestar de miembro con TB. Sin embargo, en el ambiente familiar siguen presentándose transiciones que provocan en el SC nuevas crisis que se manifestaron en conductas disruptivas tanto para ellos y sus familiares.

Continúan emergiendo elementos recurrentes que marcan cambios en algunos aspectos de la vida de los entrevistados, tales como: cambios de escuela, cambios de ciudad, aspectos laborales-económicos, matrimonios, embarazos, entre otros. Estos acontecimientos son *estresores* que propician en los SC una serie de manifestaciones del TB, aunque no se presentan con la misma intensidad como

los previos al diagnóstico producen emociones y sentimientos que derivan en nuevas crisis.

Dichos acontecimientos son desestabilizadores que se reflejados en las conductas de los SC, los cuales pueden derivar en conductas dañinas para ellos mismos. Se debe poner especial atención en los factores de riesgo que impactan en la persona con algún trastorno. Como lo señalan Reiser y Thompson (2006), ejemplo de ello serían los estresores psicosociales, ambientales, educativo, laboral, legal y familiar.

Se encontró que los 5 SC estaban expuestos a factores de riesgo. En 2 de ellos que fueron diagnosticados en la juventud y adultez eran mayormente vinculados con aspectos laborales, mientras que en el resto estuvieron relacionados con cambios de vivienda y aspectos académicos.

El SC más joven de la población de estudio, quien fue diagnosticado en la adolescencia y tiene 5 años bajo tratamiento, narra que al principio del diagnóstico se sintió bien, pero en un momento determinado la familia tuvo que migrar de estado, conllevando con ello cambios de escuela, haciéndola sentir estresada y ansiosa, experimentando nuevamente cambios de conducta vinculados con los síntomas del TB, los cuales no fueron con la misma intensidad de la primera vez.

En contraste, el SC con 45 años de edad fue diagnosticado en la juventud y llevaba 17 años bajo tratamiento, expuso que en un principio no aceptaba el TB, pero que con el paso de los años, con ayuda profesional y familiar aceptó el diagnóstico, logrando identificar los detonantes de posibles crisis, donde los aspectos de tipo laboral eran determinantes para que se manifestaran los síntomas del TB.

Los estresores o detonantes variaron según la etapa en que fueron diagnosticados y el tiempo que llevan padeciendo el TB. A pesar ello, existen conductas repetitivas relacionadas con la enfermedad, sin importar la etapa del diagnóstico, donde los periodos depresivos y eufóricos se manifiestan, pero estos se intensifican si se hace uso de sustancias como el alcohol y/o drogas.

E14/SC/H/31 años/Soltero/Carrera trunca: A mí no me gusta tener esto, es muy difícil, por eso yo uso la droga, como que me relaja, me da sueño, me pone arriba, me pone abajo es un trampolín de emociones, cuando fumo marihuana me da mucha hambre, me siento muy eufórico, muy alegre, es un placer que yo tengo, pero pues ese placer es malo. Por ejemplo, una vez me escapé de la prepa para fumar marihuana con mi novia, con la que solía fumar, pero en esa ocasión yo andaba en manía y tuve una pelea con una muchacha, le pegué y ella me pego a mí, entonces le tiré un cabezazo y se hizo la bronca bien grande, tanto que después me llevaron a internar.

Los periodos de crisis siguen estando presentes en los SC, pero estos se agudizan si se hace uso de alcohol y/o drogas. Esto se corrobora en el discurso antes mostrado, el cual pertenece a un SC que fue diagnosticado en la adolescencia y lleva 18 años bajo tratamiento. A pesar de tener esta cantidad de años bajo tratamiento, este SC no ha logrado aceptar del todo que padece TB y continúa presentando conductas negativas como el consumo de drogas, bajo el supuesto de sentir alivio o mejoría.

Estas conductas no son un ente aislado, analizando detalladamente el contexto familiar y social del SC, se encontró que la violencia era una constante en sus diferentes entornos. La literatura menciona que las personas que viven en un ambiente hostil, donde la violencia y el consumo de sustancias están presentes, tiene mayor dificultad para adaptarse social y psicológicamente a su entorno, lo cual resulta en conductas de riesgo como: suicidio, autolesión, daños a otro y comorbilidad con alcohol y/o drogas (Romero, 2011; Alonso et al., 2012).

Este escenario representa un reto tanto para el SC como para su familia, puesto que estas conductas dan como resultado nuevas crisis, llegando incluso a requerir de internamientos en instituciones de salud mental. Newman, et al (2009) señala que la comorbilidad entre trastornos maniacodepresivos y el abuso de sustancias termina en dobles hospitalizaciones, las sustancias interfieren con la farmacoterapia, acentuando la impulsividad, afectando el juicio y aumentando el riesgo del suicidio.

Se encontró que el desarrollo de la enfermedad dependerá de la actitud que tengan los SC y familiares, así como el periodo en que ésta fue diagnosticada. Romero (2011) menciona que los sujetos con alguna afección de salud mental presentan comorbilidad con trastornos de tipo ansioso, depresivo, de conducta alimentaria, de personalidad limítrofe, sobre todo si los primeros episodios maniaco/depresivo se dieron durante la infancia y la adolescencia.

Es decir, se tiene mayor probabilidad de presentar otras enfermedades mentales sí las primeras manifestaciones del TB se presentan en etapas tempranas. Esto se corrobora con los SC, pues aquellos que fueron

diagnosticados durante la adolescencia padecieron trastorno de alimentación y depresión.

Resultado de esto, fue que estos 3 SC experimentaron en reiteradas ocasiones internamiento en instituciones de salud mental, lo cual no ha sucedido con los SC que fueron diagnosticados en la juventud y adultez. Si bien, estos internamientos en la mayoría de los casos son beneficiosos para el SC y su familia, las emociones y sentimientos frente a un posible internamiento fueron de tristeza, desolación, preocupación, culpa y enojo.

Con todo y este cúmulo de emociones y sentimientos, el actuar de las familias e incluso en algunas ocasiones en el propio SC, fue de aceptación pues consideraban que esta era la vía más adecuada para lograr una estabilidad y bienestar. Sin embargo, no contaban que en estas instituciones hubiera situaciones de vulnerabilidad, a tal grado que uno de los SC fue víctima de abuso sexual en las instalaciones de la clínica de salud mental.

E14/SC/H/33 años/Soltero/Carrera trunca: Cuando tenía 15 años me internaron, ahí fue donde sufrí más pues tuve un abuso sexual por parte de un paciente más grande que yo, él me obligo, yo al tipo le tenía mucho miedo y nunca dije nada.

Este pone de manifiesto que, las experiencias en instituciones de salud mental, no siempre son positivas, incluso llegan a ser tan negativas que a partir de ellas se marcará un actuar de los individuos. Es por eso que el abuso sexual durante la adolescencia repercutió de forma directa en las actitudes que tiene el

SC, puesto que es el que manifiesta las conductas más violentas y adicciones en las siguientes etapas de la vida.

Al respecto, Funk, Drew y Saraceno (2006) mencionan que las personas con trastornos mentales internadas en instituciones de salud mental muchas veces se enfrentan a condiciones de vida pésimas, donde sus derechos suelen verse violados en diferentes momentos, teniendo un impacto en la vida de los pacientes.

Este tipo de actos violentos que se viven en instituciones mentales suelen abarcar agresiones físicas, sexuales y emocionales y en muchas ocasiones es el personal de salud quien se ve involucrado en este tipo de agresiones. Autores como Funk, Drew y Saraceno (2006) y Vicens (2006) señalan que la violencia que se vive dentro de las instituciones de salud mental no suelen ser denunciadas a los familiares o autoridades correspondientes.

Como lo menciona la referencia anterior, el SC no denunció el abuso sexual, incluso en la actualidad, los familiares no conoce este hecho. Si la familia desconoce las condiciones y sucesos vividos por los SC, podrían seguir internándolos en este tipo instituciones, ignorando la gravedad del asunto.

Cuando una familia decide internar en una institución de salud mental a uno de sus integrantes, debe informarse en qué tipo de lugar está dejando a su familiar. Ahora bien, esta decisión puede verse empañada, ya que los sentimientos y emociones derivados de las constantes crisis e internamientos impactan en la familia. Según las narrativas de los familiares, existe un constante devenir de emociones.

E4/ Mamá del SC/ 61 años/ Casada/ Licenciatura: La última vez lo internamos, porque cayó en crisis, pero eso fue hace poco, a raíz de cuando falleció mi papá. Haga de cuenta que se encerraba en un closet, decía que era su ratonera, me rayo paredes, me jalo cortinas me tiro todo, sacó su ropa, rompió revistas. Fue impresionante y doloroso ver a mi muchacho así y peor porque sabía que debíamos llevarlo a internar, aunque uno sabe eso, pues uno sentía feo, pero era lo que se debía hacer.

Este actuar de las familias, a pesar de las múltiples emociones que experimentan delante de este tipo de situaciones, es un elemento a destacar. Por lo que es muy importante, de acuerdo a lo que menciona Newman, et al (2009), que los pacientes y los familiares interpreten de manera más positiva los cambios estresantes que forman parte del ciclo vital y los pueden derivar en crisis.

Para lograr una mejor comprensión y manejo de las emociones, es indispensable la educación sobre salud mental de todos los integrantes de la familia, logrando así hacer frente de manera más adecuada cuando se presenten situaciones que representen una amenaza al bienestar familiar. Por medio de la información, las familias y sujetos claves pueden reconocer los síntomas previos a una crisis, contactar a sus diversas redes de apoyo y darle la importancia que tiene la medicalización sobre todo en estos momentos.

Para que las familias lleguen a este nivel de entendimiento sobre el TB, el tiempo del diagnóstico y el conocimiento por medio de la información son relevantes. Es así que en estas familias se encontró que entre más tiempo se tenga con la enfermedad, existe un mayor reconociendo de la sintomatología.

E10/Papá del SC/61años/Casado/Licenciatura: Nosotros ya sabemos cuándo algo anda mal, después de tantos años uno ya sabe. Cuando notamos un comportamiento extraño, en su forma de hablar en sus acciones, todo eso son llamaditas y entonces lo platicamos mi esposa y yo, luego acordamos hay que ir con el psiquiatra para que ajuste el medicamento.

Este reconocimiento de la sintomatología habla de un entendimiento del TB, donde la medicación toma protagonismo, como se vio en el discurso anterior que por medio de ella se pueden evitar algunas posibles crisis. La información juega un papel primordial en el reconocimiento de las primeras señales que indican un episodio de crisis, el reconocer estas señales ayudará para realizar cambios en las conductas, evitando estos episodios (Newman, et al., 2009).

E14/SC/H/33 años/Soltero/Carrera trunca: He estado tomando medicamentos desde los quince años, pero es muy cansado estar tomándote la pastilla en las noches, en las mañanas en las tardes. Sé que debo tomármelas, pero hay momentos en los que me hartó. Hace como un mes no me tome mi medicamento y andaba en manía, andaba en tables dance, andaba presumiendo cosas que no tenía, te sientes arriba y luego abajo y dices “ya no quiero vivir, no sirvo para nada no tengo ni ambiciones, ni porque estar aquí”.

Dentro de la múltiple información en este tipo de enfermedades la medicación es valiosa, ha permitido una mejor funcionalidad y sentimientos de bienestar en los SC, los cuales se expanden a la familia. Según Reiser y Thompson (2006), el tratamiento más usual para el Trastorno Bipolar es la medicación, para estabilizar los estados de ánimo, dicho tratamiento coadyuva a controlar los síntomas y mantener una rutina social aceptable.

Aun y toda esta información, 3 de los SC presentan renuencia a la toma del tratamiento farmacológico, sobre todo cuando no hay una aceptación del TB, como es el caso del discurso antes expuesto. Ante este escenario, la familia debe fungir como vigilante para que la medicación se lleve a cabo.

E7/Esposa del SC/58 años/Casada/Primaria: A él no le gusta tomarse el medicamento nada más se siente bien y ya no se lo toma, cuando no se lo toma anda bien violento, no duerme nada en la noche, se sale, se sienta, se acuesta, come en la madrugada. Y pues yo debo ponerme firme y darle el medicamento de ¡aquí está el agua tómatelo! porque cuando está medicado anda bien tranquilo.

Este fragmento corresponde al SC que fue diagnosticado en la adultez, llevando 7 años bajo tratamiento. A pesar de esto, continúa teniendo ciertas renuencias sobre el tratamiento del TB. Este aspecto coincide con Newman, et al (2009), donde se encontró que cuando hay una aceptación del diagnóstico, el tratamiento tiene más posibilidades de éxito si se aplica en tiempo y de forma continua.

Cuando se logra esta aceptación, las conductas empiezan a mejorar por periodos más largos de tiempo. Incluso los SC comienzan a sentir que su vida no termina cuando la enfermedad aparece y sus conductas psicosociales se ven reflejadas en el bienestar individual y familiar.

Con la aceptación del TB, el tratamiento médico y el apoyo familiar, aumenta el respeto a la pareja e hijos, y en la familia se construyen relaciones favorables que aparecen a partir de la comunicación (Moreno, 2013). Por lo tanto, estas familias adoptan conductas positivas en pos del bienestar individual y familiar.

E2/SC/M/45años/Divorciado/Licenciatura: Yo creo que he mejorado pues con muchos años de terapia y con todo eso aprendí a conocerme, aprendí a ver mis fortalezas y mis puntos débiles. En mi familia están muy orgullosos de mí porque siempre he seguido al pie de la letra el tratamiento y ahora hasta doy testimonio. Eso me causa una satisfacción que le da sentido a mi vida, cuándo estás al frente tienes que estar bien para poder guiar a las otras gentes y porque eres como un ejemplo, es un reto para mí y una satisfacción.

Este discurso habla de una aceptación y entendimiento del Trastorno Bipolar, pues el SC fue diagnosticado en la juventud y tiene aproximadamente 17 años bajo tratamiento, contando con una amplia experiencia. El conocimiento que fue adquiriendo con el paso del tiempo lo transmitió a familiares y otros pacientes con este mismo trastorno.

Estas actitudes se ampliaron al resto de la familia, pues en todos los entrevistados han tomado cursos en distintas instituciones y en algunos casos han llegado a ser facilitadores de información para promover el conocimiento de las enfermedades mentales.

Pese a este tipo de acciones y actitudes positivas de las familias, existe una identidad estigmatizadora, la cual se acentúa en los momentos de tensión y/o discusiones familiares. Este tipo de actitudes tiene un impacto profundo en las familias con un paciente mental, pues no hay un conocimiento ni entendimiento sobre el TB.

E14/SC/H/33 años/Soltero/Carrera trunca: Mis hermanos cuando nos peleamos me han dicho ¡pinche enfermo, pinche loco, tú estás loco, tú estás loco! y me agarran de loco. Una vez me enojé con mi hermana y me dijo ¡pinche loco, trastorno bipolar, te vas a morir me da lástima tu vida a los veinte!

Esta actitud de la familia se acentúa durante los conflictos familiares, a pesar de la información que se tiene, puesto que en estas familias existía ya la conflictividad. En el discurso anterior se puede observar que hay una falta de reciprocidad de aquel con quien se interactúa (poco respeto o atención, negligencia, insulto, desprecio) acompañado por una secuencia de emociones negativas, lo que da pie a un sentimiento de humillación precursor de la ira y el conflicto, y no pocas veces de la violencia (Ariza y Oliveira, 2010).

La estigmatización suele ser recurrente en el entorno familiar, sobre todo al presentarse conflictos familiares. Para Homet (2013), los actos de violencia cometidos por individuos con trastornos mentales suelen ser inferiores a los cometidos por la familia y población en general, dado que desde el imaginario social, el padecer este tipo de enfermedades es sinónimo de desacreditación.

Autores como Newman, et al (2009), señalan que la desacreditación y estigmatización está arraigada en la sociedad, incluso existe el mito de violencia extrema en pacientes con trastornos, constituyéndose de esta manera barreras para la inclusión de estos individuos a oportunidades relacionadas con el matrimonio, formar una familia, tener acceso a la vivienda, trabajo, ingresos, entre otras más.

Esto da como resultado una estigmatización social, la cual se ve reflejada en la situación laboral de los SC, solo 2 de los 5 actualmente están laborando. La explicación a esta situación, es que al momento del diagnóstico ya estaban inmersos en el mercado laboral, mientras que en el resto de los SC, el diagnóstico se dio en la adolescencia y aún no incursionaban en el contexto laboral.

La literatura menciona que este trastorno está asociado a dificultades en la actividad laboral, un 57 % de las personas con enfermedades mentales son incapaces de conservar un empleo y un 89 % de los que han recibido tratamiento durante la adolescencia están incapacitadas para trabajar a los 30 años (Newman, et al., 2009).

Lamentablemente, esta última aseveración se puede ver reflejada en estos 3 SC, los cuales siguen siendo dependientes económicos de sus padres y no han logrado establecerse en un trabajo. En reiteradas ocasiones manifestaron que

trabajar sería importante, pues lograrían tener una estabilidad y en consecuencia podrían tener una familia.

E9/SC/H/33 años/Soltero/Preparatoria: A futuro me veo yo trabajando en un buen trabajo, quiero tener un buen trabajo, porque no me pienso quedar así toda la vida sin trabajo, sin ambiciones, realmente pues si me gustaría tener un buen trabajo, un buen sueldo y una buena novia y tener un hijo.

Se observa que el trabajo es considerado por las personas con TB como una fuente importante de bienestar, mejorando la adaptación social (Alonso et al., 2012). Sin embargo, en el ámbito social ocurre lo contrario ya que son estigmatizados y los espacios son limitados o nulos repercutiendo en las expectativas de vida de los SC.

El mismo Gobierno suele discriminar al excluir a las personas con enfermedades mentales de muchos aspectos, como el laboral. Las leyes de un país pueden proteger contra el despido arbitrario pero no establecen la obligación de reinstalar a una persona en un puesto de acuerdo a sus necesidades (Funk, Drew y Saraceno, 2006).

En este aspecto, se encontró que las expectativas de los familiares con respecto al futuro de los SC son variadas, imperando aquellas de preocupación. Después del diagnóstico se instalaron emociones y sentimientos de temor, angustia e incluso de culpa, dado que el futuro de los SC es incierto, sobre todo en el aspecto laboral y familiar.

E4/ Mamá del SC/ 61 años/ Casada/Licenciatura: Mi miedo es porque no tiene una estabilidad, es inestable, él no puede laborar, me preocupa que llegue a casarse, pues no tiene un trabajo, económicamente nunca ha trabajado. Ahora imagínese que tiene hijos y si también salen así ¿qué van a hacer?

Este discurso expone una fuerte carga emocional ante el futuro del SC. Newman, et al (2009) menciona que los familiares de quienes padecen este trastorno llevan una fuerte carga psicológica, sobre todo en aquellas circunstancias que están fuera de su alcance. A pesar de ello, con el paso del tiempo, ayuda profesional e información constante, las expectativas a futuro comienzan a ser favorables.

E3/Hermana del SC/49 años/Divorciada/ Preparatoria técnica: Yo admiro mucho a mi hermana, porque después del diagnóstico ella ha avanzado, ha progresado, se superó mucho, está muy tranquila a pesar de que tiene la enfermedad del trastorno bipolar, es una persona muy valiosa, antes se le hacía muy difícil hablar en público y ahora da testimonios en diferentes lugares.

La presencia de la enfermedad también produce importantes cambios positivos en la familia. Vallina, Fernández y Lemos (2011) nos dicen que el modificar los valores en todos sus miembros, cambiar su apreciación de lo que es verdaderamente importante, se modifican sus prioridades.

Al generarse este tipo de actitudes en las familias, no se puede negar que el TB y su tratamiento repercuten en las familias. En este sentido, Post y Altshuler (2005) mencionan que los síntomas extremos y de carácter cíclico que sufren las persona afectadas pueden tener un impacto profundo en la vida de quienes conviven con ellos.

El SC ejerce una fuerte influencia positiva o negativa en la familia, sobre todo en el cuidador primario y las familias conciben el cuidado como un bien que se dona. El tener un familiar enfermo rompe con la normalidad y puede impactar en la salud de otros miembros del hogar (Newman, et al, 2009).

E11/Madre del SC/M/52 años/Casada/Licenciatura: Mi salud sí se ha visto afectada, pero como madre primero es la vida de un hijo. Hay ocasiones que estoy bien cansada y mi hija quiere platicar y la tengo que escuchar, nos dan las 2 de la mañana y yo me tengo que levantar a las 5am, ahí te das cuenta de la carga tremenda que tienes, pero luego digo “con todo y mi cansancio es una buena inversión, atender a mi hija”.

A pesar de todas estas situaciones, en las familias existe una resignificación de la enfermedad. Dicho de otro modo, es en este nuevo espacio familiar donde los valores aprendidos, el aumento del cariño y el respeto vienen reflejándose en el nuevo espacio cotidiano familiar y logrando un bienestar (Moreno, Norman, 2013).

Para la mayoría de los SC y familiares, el vivir con TB no significa tener que abandonar ambiciones y metas personales, pues con el paso del tiempo han

aprendido que la enfermedad no los define como persona, logrando entender y aceptar el asesoramiento de profesionales para gestionar las situaciones cotidianas de la vida.

Esto significa, poder actuar a través de la resignificación de la *locura*, lo cual implica ser más tolerante y comprensivo, aceptar la heterogeneidad con más facilidad y valorar las pequeñas cosas de la vida.

La solidaridad familiar es necesaria, permitiendo superar el estigma, comprendiendo que la persona es mucho más que un diagnóstico, en concordancia con Alegre (2016), esto ayuda a construir relaciones sanas, donde ambas partes deben esforzarse para lograr una mejor interacción.

En resumen, el caminar de las familias y SC es un proceso de constantes cambios. Si bien, existen acontecimientos que podrían estar enmarcados como negativos, las familias han experimentado cambios positivos después de conocer el diagnóstico. Al tener la certeza de lo que sucede, se abre una ventana de posibilidad para hacer frente a esta enfermedad y con una buena contención familiar, profesional y un tratamiento médico adecuado se hará frente a las diversas complicaciones que puede presentar la vida.

Tabla 9. Resignificación del Trastorno Bipolar en Sujetos Clave y Familiares

<i>Sujeto Clave</i>	<i>Familiar</i>
<p><i>E2/SC/M/45años/Divorciada/Lic.:</i> <i>La enfermedad es una condición de vida, tienes que vivir conforme a</i></p>	<p><i>E6/Padre del SC/76 años/Secundaria trunca:</i> <i>Es una enfermedad como cualquier otra,</i></p>

<p>esa situación, cuidarte más, alimentarte bien, ejercitarte, descansar, no tomar, no fumar y llevar una vida espiritual para poder estar estable. A partir de saber qué es lo que tengo he enfrentado mis miedos, aprendí a conocerme, a ver mis fortalezas y también mis puntos débiles. Ahora valoras muchas cosas que antes no valoraba, se sufre mucho en los días malos, pero valoras mucho los días buenos.</p>	<p>nada más que hay gente que tiene mucho estigma, hay que afrontarla. Es muy duro para la persona que tiene esa enfermedad y hay que apoyarlas.</p>
<p>E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria: Con el Trastorno Bipolar he aprendido muchas cosas, aunque aún le hago la lucha. Con los programas he aprendido que tengo que llevar una vida más tranquila, aprender a tratar a la gente, a no aislarme, a saber, tratar a mis hijos, a mi señora y a los que me rodean.</p>	<p>E7/EsposaSC/58años/Casada/Secundaria: La enfermedad mental es algo muy difícil para la familia y para ellos que la padecen. Uno no debe seguirles el juego y debe saber distinguir cuando algo está pasando. No debemos quedarnos así, debemos actuar, llevarlo con un especialista porque en realidad nosotras no estamos educadas para eso.</p>

<p>E9/SC/H/33</p> <p>años/Soltero/Preparatoria:</p> <p><i>Para mí después de todo lo que he vivido, ahorita representa, algo muy bueno. Porque me está enseñando a saber cómo tratar a las personas, a poder ayudar a otros que tienen algo como yo, decirle que el apoyo es importante</i></p>	<p>E10/Papáde SC/61años/Casado/Lic.:</p> <p><i>En un principio si me desmotivaba, ahorita ya lo estoy empezando aceptar un poco más. Pero hay que enfrentarlo, uno debe aprender sobre el TB y siempre hay que seguir aprendiendo. uno debe apoyarlos porque ellos solos no lo van a lograr.</i></p>
<p>E5/SC/M/22años/Soltera/Lic.:</p> <p><i>Para mí la enfermedad es el cerebro que está enfermo, es todo un reto, pero no significa que seamos menos. Me he dado cuenta de que somos personas diferentes, sobresalientes, muchos genios han padecido el Trastorno Bipolar. Pero para mucha gente esto es discapacidad y yo no lo acepto, soy capaz de hacer cualquier cosa. Con el tiempo he aprendido mucho, de hecho, nunca me imaginé que</i></p>	<p>E12/Papá del SC/52 años/Casado/Lic.</p> <p><i>Pues esta enfermedad es todo un proceso, para el cual yo no estaba preparado y ni pensaba que lo fuera a vivir. Pero si ya nos tocó este camino pues hay que recorrerlo, sin lamentarse y llorar, porque eso no me ayuda en nada, mejor uno debe informase.</i></p>

<p><i>viviría así, pero es algo real, es algo que nos está pasando a muchísimas personas, más de lo que la gente cree o se da cuenta.</i></p>	
<p>E14/SC/H/33 años/Soltero/Lic. trunca</p> <p><i>Tener esto no me gusta, para mí es un insulto, que te vayas de la realidad, pero tengo que aceptarlo por más dura que sea.</i></p>	<p>E13/Mamá del SC/52 años/Preparatoria:</p> <p><i>Me obligue a aprender, pero todo lo que hemos pasado como familia, nos ha separado pero también unido, solo nosotros nos entendemos y tenemos la capacidad de entender que pasa</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

6.3 Trayectoria de relaciones y redes de apoyo después del diagnóstico

El análisis de este apartado se centra en las interacciones sociales tanto al interior como el exterior del contexto familiar, enfocándose en las etapas de la juventud y adultez (véase Anexo 2), en la actualidad, todos los SC se encuentran en este periodo de la vida. La importancia del análisis de las interacciones sociales se debe a que el comportamiento cotidiano está vinculado en cómo situaciones de la interacción en contextos pequeños influye en los grandes procesos sociales y, a su vez, los sistemas de gran tamaño influyen en los ámbitos más recónditos de la vida social (Álvarez-Gayou, 2009; Giddens, 2009).

Debido a la importancia e impacto que tienen las interacciones sociales en la vida de todos los individuos, en este apartado se fusionarán las trayectorias de

relaciones y redes de apoyo (véase Imagen 9). En ellas, se plasman las múltiples formas de interacción de los diversos familiares del SC y el efecto que tienen las relaciones y redes de apoyo a nivel tanto individual como familiar.

Entre los resultados que se derivan de las interacciones sociales, se percibió que las relaciones y redes de apoyo se modificaron después del diagnóstico del TB. Estas relaciones tuvieron una serie de cambios y transformaciones que se pueden enmarcar como positivas, pues la información psicoeducativa fue fundamental para lograr dichos cambios.

La presencia de afectividad en el ámbito familiar se vincula con el mundo de las emociones y la subjetividad, la búsqueda del cuidado, la atención y el bienestar emocional de aquellos a quienes se quiere y por quienes se vela (Ariza y Oliveira, 2010). Es así que, las interacciones sociales positivas ofrecen a las personas con enfermedades mentales: comprensión, aceptación, fraternidad, libertad de expresión, entre otras y al haber este tipo de relaciones los pacientes se dan cuenta de que ya no están solos, lo cual contribuye a mejorar su bienestar (Newman, et al., 2009). Estas interacciones sociales positivas llevan consigo acciones emocionales⁴, dirigidas hacia uno mismo o hacia los demás (Ariza y Oliveira, 2010), las emociones dependen de la percepción del sujeto histórica y contextualmente localizado (Hochschild, 1978).

El bienestar subjetivo depende en cierta manera en cómo perciben los integrantes de la familia la cercanía física y emocional dentro del complejo mundo de la dinámica intrafamiliar. En ese sentido, Levi y Anderson (1975) definen el

⁴ La acción emocional es una estructura simbólica conformada por la relación entre la experiencia vivida en la cotidianidad y los referentes normativos que la regulan. (Mora, 2005).

bienestar subjetivo como una medida compuesta por el bienestar mental, físico y social, tal como es percibida por un individuo o un grupo, que en nuestro caso es la familia.

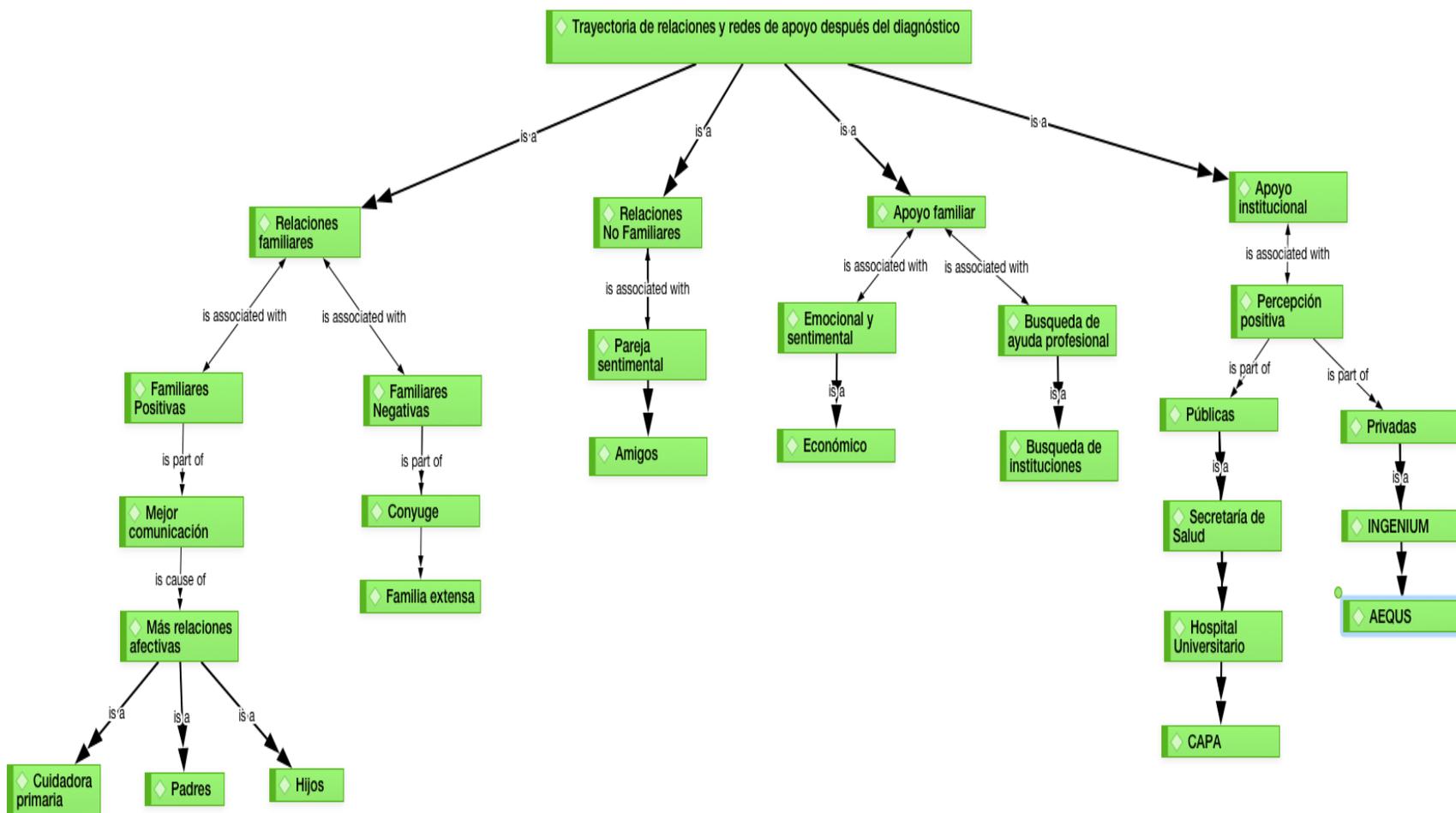
Por otra parte, se encontró que entre las diversas relaciones y redes de apoyo, las vinculadas con la familia son las que tienen la mayor relevancia para los familiares del SC, seguidas de las relaciones de pareja (sobre todo en los SC), después la relación con profesionales y por último, aquellas vinculadas con la amistad.

Lo anterior evidencia que este tipo de relaciones no se ajustan solo al núcleo familiar o del hogar, sino que se extienden fuera de sus límites y advierten sobre los riesgos que implica restringir el análisis exclusivamente a las familias (Tuirán, 2001).

En virtud de esto, se puede decir que en las familias que viven esta situación, las diversas relaciones y redes sociales de apoyo contribuyen de manera significativa para entender las nuevas formas de interacción.

Con respecto a las relaciones familiares, estas mostraron los cambios más significativos, puesto que la violencia intrafamiliar presentó una disminución notable después del diagnóstico, sobre todo en las etapas de la juventud y adultez del SC. La literatura expone que la violencia que se vive en el entorno familiar suele ser más frecuente en la infancia o adolescencia que en etapas posteriores (Janin, 2002).

Imagen 9. Trayectoria de relaciones y redes de apoyo después del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia.

Esta transformación de las relaciones y redes de apoyo familiar, según la narrativa de los entrevistados, son resultado del conocimiento y educación psicosocial que han recibido por profesionales e instituciones especializadas en salud mental. Previamente, las familias no lograban dimensionar las implicaciones que conlleva tener un miembro con TB.

Las relaciones que tuvieron una mejoría significativa fueron las del SC con el cuidador primario, quienes han sido exclusivamente mujeres. En los 3 SC que fueron diagnosticados en la adolescencia, ha sido la madre, mientras que en los otros 2 casos fue la esposa y la hija. En este sentido, la literatura expone que, si bien la responsabilidad del cuidado en ocasiones recae en varios miembros de la familia, en la mayoría de los casos el peso del cuidado, recae sobre una única persona, que con frecuencia es una mujer (Jiménez y Moya, 2018).

Por las características que debe tener el cuidador primario, suele asociársele a la figura femenina y ella es el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos a los enfermos. En ellas se deposita el compromiso de preservar el bienestar del otro (Rivas y Ostiguín, 2011). Si a esto se le suma la creencia de que las personas con enfermedades mentales son consideradas incapaces de responsabilizarse de sus propios cuidados y deben estar bajo la tutela de su familia, la sociedad o los psiquiatras. Esto se ve sopesando sobre el principal cuidador y le genera una carga enorme (Solano y Vásquez, 2014).

Lo anterior es evidente en 4 de los 5 cuidadores primarios, donde incluso la salud de los mismos se ve afectada por estar al cuidado del SC (ver Apartado 4.4.1). No obstante, en el caso donde la hija es considerada como el cuidador primario, es importante resaltar que esta no es percibida como tal, debido al nivel

funcional que presenta el SC. Ella es considerada de esta forma debido a que es la red de apoyo más inmediata, ya que es la única que vive con la SC.

Este hecho refleja que hay una serie de factores que son determinantes de cómo se han transformado las relaciones familiares, ya que la etapa del diagnóstico sigue siendo fundamental para comprender los distintos procesos que han experimentado las familias del estudio.

6.3.2 Interacciones sociales de las familias donde el Sujeto Clave fue diagnosticado en la adolescencia

Al hacer el análisis bajo esta óptica, se encontró que al ser diagnosticados durante la adolescencia, los SC de las familias 3, 4 y 5 (véase Tabla 6) presentan una serie de características similares. Esto se debe a que su rol en la interacción familiar es de hijos, donde la principal cuidadora es la madre y carecen de independencia económica. Dichas características repercuten en las relaciones familiares, las cuales mayormente son positivas y de colaboración entre sus diversos miembros.

Siendo generalmente ambos padres la principal red de apoyo para el SC, es con la madre con quien se sigue estableciendo una relación de mayor cercanía y de afecto (este mismo patrón se observa en el apartado 5.2.2 antes de que se diera el diagnóstico). Sin embargo, la relación con el padre presenta mejoría, pues en los momentos de antes y durante dicha relación solía estar fracturada e incluso llegó a ser conflictiva y de violencia.

E12/Papá del SC/52 años/Casado/Licenciatura: Si a mi hija no la hubieran diagnosticado yo seguiría igual...yo me metí a este mundo para conocer y tratar de entender a mi hija. Para entenderla y tener una mejor relación con ella, porque al principio cuando la veía decía "esta chiflada", definitivamente yo no me llevaría con ella como ahora si no me hubiera informado yo estaría como la mayoría de toda la gente.

Para que la relación estuviera en estos términos, tanto el SC como su padre pasaron por una serie de obstáculos, la figura paterna expresó mayor rechazo ante el diagnóstico y les implicó un esfuerzo mayor lograr entender la enfermedad. La relación parental en 2 de las 3 familias ha mejorado con el tiempo. En 1 familia, aún existe cierta renuencia, sobre todo cuando se presentan las crisis en el SC.

E14/Mamá del SC/52 años/Divorciada/Preparatoria: Mi hijo tiene episodios de odio amor con su papá, él ha tenido mucho maltrato de su papá desde que era muy chico y su relación sigue siendo agresiva, esa siempre ha sido la única forma en cómo se comunican, aunque ahora ya casi no hablan, mucho menos se ven.

Mientras que en el caso del SC de la Familia 5, la relación con el padre actualmente es prácticamente nula, esto se constata en el discurso antes mostrado y recordando las narrativas de esta familia, la relación con el padre siempre ha sido fracturada y es justamente la familia 5 es quien presentó mayores porcentajes de violencia.

La familia es relevante en la dinámica de la vida cotidiana, lo cual la centra como el lugar idóneo donde sus integrantes adquirirán los patrones de respuestas emocionales y de los cuales echarán mano durante su vida. Ariza y Oliveira (2010) mencionan que en la dinámica de las familias mexicanas el conjunto de emociones que el padre propicia se inclina más hacia la distancia afectiva que hacia la proximidad. Al respecto, Solano y Vásquez (2014) exponen que al instalarse la enfermedad mental en un hogar, es la familia la red de apoyo más importante y también es ahí donde emergen una serie de problemáticas derivadas de la obligación del cuidado y la culpa haciéndose presente por medio de la tensión y quiebre ante esta situación.

Las interacciones familiares de tensión se dieron principalmente entre los cónyuges (padres del SC). Según los discursos de los entrevistados, después del diagnóstico, los problemas de pareja se acentuaron, sobre todo cuando se vieron implicadas cuestiones de cuidado y atención al SC. Se ha encontrado que hasta en un 80% de las familias con un hijo que padece una enfermedad mental, las parejas conyugales presentan disfunciones graves en su relación, pues se enfrentan a cambios y roles importantes (Holmgren, et al., 2005).

E11/Madre del SC/M/52 años/Casada/Licenciatura: La verdad es que yo cedo mucho con mi esposo, aunque me canse, aunque no soporte muchas cosas de él, pero digo, “yo debo aguantar, se lo debo a mi hija”. Porque él sí ha sido un apoyo, aunque en un inicio el no aceptaba la enfermedad, aunque todavía discutimos pues él quiere que ella sea normal, independiente que haga sus cosas y yo soy más de cuidarla.

A pesar de la relación entre cónyuges, las madres de los SC, quienes son las cuidadoras primarias, manifiestan que su principal red de apoyo para aspectos relacionadas con el TB es precisamente la pareja conyugal. Esto coincide con lo mencionado por Salles y Tuiran (1996), quienes exponen que las relaciones entre parejas implican usos y costumbres, donde se dan situaciones de consenso y conflicto enmarcadas en un contexto determinado, como lo es la presencia de una enfermedad mental.

En este sentido, Ariza y Oliveira (2010) señalan que es en las mujeres, ya sea en su calidad de madres, hijas o esposas, sobre quienes recae la mayor carga del trabajo emocional⁵. Es a través de la provisión de una serie de necesidades (y deseos) de la otra persona que la inclinación afectiva hacia ella se revela, más allá de que dicha persona sea perfectamente capaz de proveérselas por si misma (cuidado, alimentación, vestido, bienes materiales, contención emocional, calidez física).

Como se puede observar, las relaciones familiares oscilan entre positivas y negativas, siendo más frecuentes aquellas donde la interacción familiar es favorable, ya que es la familia la principal red de apoyo en todos los aspectos, como es la cuestión económica.

Para estos 3 SC diagnosticados durante la adolescencia, el hecho de no ser económicamente independientes y no estar laborando ha afectado la economía familiar, debido a que el acceso a profesionales y al tratamiento médico representa un gasto fuerte.

⁵ Entendido como el acto de proveer las necesidades afectivas de otra u otras personas, en donde la interacción cara a cara posee un valor estratégico (Andersen, 2000; Bubeck, 1995).

E10/Papá del SC/61años/Casado/Licenciatura: A veces yo no tengo para las medicinas o para las consultas, de hecho, ahorita sí siento el apoyo en parte económico de mi otra hija, ella aporta, no mucho, pero algo es algo, ya ve que las medicinas son bien caras.

Para subsanar las diversas dificultades que orbitan alrededor del TB, los familiares recurren a otro tipo de redes de apoyo, siendo primeramente otros miembros de la familia nuclear quienes brindan este apoyo. En este aspecto, González (1986) argumenta que la familia constituye uno de los recursos fundamentales para la satisfacción de necesidades básicas tanto de las unidades domésticas como de los núcleos familiares, aportando seguridad afectiva y de supervivencia.

Además de las relaciones familiares, los SC tuvieron a la fecha de la entrevista otro tipo de relaciones y a las cuales Giddens (2009) denomina pariente ficticio, quien es aquel que no tiene lazo biológico, pero sí emocional. Por ejemplo, las relaciones amorosas y de amistad que se presentaron en estos SC como algo muy importante, siendo la confianza un soporte fundamental para ellos.

E5/SC/M/22años/Soltera/Licenciatura: Si ahorita estoy con mi novio, ya de cuatro años, lo conocí en INGENIUM y pues es mi mejor amigo, lo que más me gusta de él [...] yo pienso que para mantener una relación es importante que el otro entienda lo que se vive, porque si no vives lo que yo es muy difícil tener empatía, nosotros nos llevamos bien, aunque cuando tengo problemillas con él me pongo muy ansiosa.

El fragmento anterior concuerda con Márquez (2019), quien menciona que las personas con TB establecen relaciones afectivas como cualquier otra, pero su relación será más complicada, tendrá sus altibajos, quizá más profundos y severos que en otras parejas. En este mismo sentido, Ariza y Oliveira (2010) exponen que la afectividad está inmersa en el mundo de las emociones y subjetividad.

La afectividad, asimismo, posee un elemento cognitivo, una suerte de dispositivo o señal que alerta al sujeto sobre cómo actuar u operar. Al mismo tiempo, esto suscita pensamientos asociados a aquello que es sentido (Hochschild, 1975; Mora, 2005). A las personas que padecen TB les es más difícil manejar su estado de ánimo y sus emociones, a pesar de esto, al día de hoy, con una medicación psiquiátrica adecuada se estabiliza el estado de ánimo, terapia y seguimiento psicológico, la persona con TB puede mantener relaciones estables.

En forma general y en concordancia con Newman, et al (2009), la mayoría de las relaciones sociales hacia los SC se basan en el entendimiento y ayuda, sobre todo las vinculadas con la familia. Para que se ofrezca un entorno estable y afectuoso, el apoyo familiar es preciso para establecer relaciones de afecto que contrarrestaran los efectos de la enfermedad.

Una vez entendido este proceso, el afecto y el cariño serán concebidos como una forma de gratificación o recompensa voluntaria, lo que en palabras de Kemper (1978,1989), ocasiona estatus, esto quiere decir: estima, reconocimiento, deferencia y respeto a la persona que lo reciba.

6.3.3 Interacciones sociales de las familias donde el Sujeto Clave fue diagnosticado en las etapas de juventud y adultez

Las familias 1 y 2 presentaron también mejoría en sus interacciones sociales, siendo dentro del hogar el primer lugar de cambio. Dadas las características de estos SC y el rol que juegan en la dinámica familiar al ser principales proveedores económicos del hogar las interacciones familiares y sociales son diferentes.

El hecho de haber sido diagnosticados en etapas posteriores a la adolescencia, marcó un rumbo diferente en las relaciones y redes de apoyo sociales, tanto individuales como familiares. Como se mencionó anteriormente, el aspecto laboral juega un papel importante en los roles sociales que los SC interpretan en el día a día.

La interacción e independencia de estos SC, favoreció las relaciones familiares, sobre todo con la familia nuclear (la esposa y los hijos). Según los relatos de los familiares, las conductas y actitudes del SC previo al diagnóstico llegaron a generar conflictos. Estos se acentuaron en la Familia 2, ya que el SC era quien ejercía violencia intrafamiliar. Posterior al diagnóstico, la familia logró entender muchos de los comportamientos que éste tenía y aunque a la fecha la dinámica familiar ha mejorado, es el SC quien no ha podido perdonarse las múltiples situaciones que les hizo vivir.

E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria: Yo a mis hijos si les digo sí los mandan llamar algún profesional, vayan porque ustedes también necesitan por todo lo que han pasado conmigo, les digo “vayan, vayan, no odien a su padre” pero ellos me contestan todo lo contrario. Cada vez que pienso en

todo lo que hice me da depresión, no me perdono lo que les hice, y ellos me dicen “ya perdónate”. A mi hijo le pedí perdón por todo lo que le hice, le dije “hijo en su momento si te maltrate mucho perdóname” y me contesto con un amor tan grande, “no papá todo lo que sé es por ti, no soy ningún mantenido y esto que hago es por ti, yo te quiero demasiado” No pues yo me sentí como un pavorreal, pero sé que les hice mucho daño.

En este fragmento, el sentimiento de culpa está presente en el SC y frente a estos sentimientos los familiares pueden contribuir a la recuperación suministrando apoyo, reduciendo el malestar y ayudando en el tratamiento, haciendo que la vida en el hogar y las relaciones mutuas sean tranquilas (Vallina, Fernández y Lemos, 2011).

Este tipo de actitudes de la familia dan como resultado relaciones familiares de afectividad y un contexto familiar favorable para todos los miembros del hogar. En un estudio realizado por Pérez (1994), se encontró que los factores de afectividad, sentimientos y emociones que se desarrollan dentro del núcleo familiar después del diagnóstico generan un espacio donde la solidaridad afectiva es la concepción más importante de su agrupación.

Otra de las relaciones familiares que manifestó mejoría fue con el cónyuge del SC, pero en ocasiones existen momentos de tensión debido al peso que representa ser el principal cuidador, como la vigilancia constante del tratamiento, los cambios drásticos de los estados de ánimo, entre estos aspectos más al convivir día a día con el SC.

E7/Esposa del SC/58 años/Casada/Primaria: Ahorita siento que nos llevamos mejor, después de que nos dieron el diagnóstico han cambiado muchas cosas, por ejemplo, ya no dormimos juntos porque mi esposo casi no duerme, se levanta mucho, ve la tele, se sale y entra a cada rato, prende la luz y así no podía descansar. Sé que él es así por su enfermedad, pero discutíamos mucho por eso, porque luego no se toma la medicina, es bien necio. Muchas veces he pensado que no quiero seguir así, le digo que me voy a ir, que lo voy a dejar y me dice “no me dejes, no que haría sin ti” y ya me hace caso, esto es una estira y afloja.

El mantener una relación de pareja es complejo cuando se presenta una enfermedad mental. Un estudio realizado por Holmgren et al (2005) en matrimonios donde uno de los cónyuges tenía TB se encontró que en el 42 % de las familias hubo ruptura de la relación en el sistema conyugal y en un 35 % hubo una disfunción importante. Pero a pesar de la enfermedad, prevalece la confianza y la seguridad que cada uno tiene como pareja.

Los cambios en el estado de ánimo y la inestabilidad emocional hacen que las relaciones de pareja sean complicadas. El conocimiento del otro, comprensión, flexibilidad, pero sobre todo estabilidad (Márquez, 2019) son aspectos esenciales para mantener una relación. Tener una relación con alguien que experimenta cambios tan drásticos en su estado de ánimo dificulta las relaciones afectivas.

A pesar de esta situación, estos cambios en las relaciones familiares han favorecido la comunicación entre sus miembros, la participación y el apoyo familiar

están más presentes, aunque se puedan presentar posibles conflictos derivados de la enfermedad mental.

Como ejemplo de lo mencionado, se encontró que estos 2 SC, al ser percibidos por los familiares como individuos plenamente funcionales, han generado que en ocasiones las familias lleguen a tener comportamientos y actitudes como si la enfermedad mental no estuviera presente. Este es un posible factor de riesgo para el bienestar del SC.

E1/Hija del SC/21 años/Soltera/Licenciatura: Yo nunca la he visto mal, ella siempre se toma sus medicinas y hace sus cosas, yo no me tengo que preocupar por eso. Digo si tengo buena comunicación con ella y todo, platicamos, pero como no la he visto mal yo me voy con mis amigos, con mi novio, ya si veo que se la pasa mucho tiempo acostada ahora sí voy a ver que tiene, porque ella no es así.

Las expectativas de los familiares son elevadas cuando el paciente presenta funcionalidad y los tratamientos permiten mantenerse eutímico de manera temporal, recuperando su nivel de funcionalidad. Es decir, que pueda volver a desarrollar todas las actividades a nivel social, familiar, laboral, que se sienta bien y tener una buena calidad de vida. No obstante, según Montes, (2018), estas expectativas llegan a ser perjudiciales en la interacción familiar, ya que el paciente puede enfrentarse sólo a aquellos desafíos que la enfermedad le presente.

En conclusión, se puede decir que las relaciones y apoyo familiar han mostrado mejoras, sobre todo en las relaciones vinculadas con el afecto. A partir

de las características de los SC, las familias han generado diversas estrategias para tener un mejor entendimiento con el SC, donde la comunicación juega un papel sumamente relevante.

6.4 Redes de apoyo institucionales para las familias

Para que las familias lograran tener relaciones familiares óptimas y que estas fueran su principal red de apoyo, tuvieron que acercarse a instituciones y profesionales que brindaran información y un mayor entendimiento del TB. Es indispensable la participación de la familia y pacientes en programas y cursos que imparten diversas instituciones de salud mental.

Estas instituciones tienen por objetivo brindar educación psicosocial en temas de salud mental a familiares y pacientes, logrando así una comprensión y entendimiento cuando un familiar presenta una enfermedad mental. Ramos y Robles (2015) sostienen que hay que crear un entorno emocional favorable, cultivar la curiosidad por la enfermedad, donde las familias busquen apoyo profesional e institucional.

Como ya se mencionó, todas las familias incursionaron en la búsqueda de apoyo profesional e instituciones que brinden información para entender el TB. En esta búsqueda, las familias se han enfrentado a una serie de desafíos que se suman a la carga personal, social y económica de lo que significan las enfermedades mentales.

Además del evidente sufrimiento debido a los trastornos mentales, existe una carga escondida de estigma y discriminación que enfrentan los pacientes y las familias de éstos (OMS, 2006). Para aminorar estas problemáticas, es esencial la

intervención del Estado y Organismos de Sociedad Civil que ayudan a erradicar el estigma social que gira en torno a las enfermedades mentales y que ofrecen un espacio de contención y apoyo para las familias que viven esta realidad.

Para subsanar estas necesidades, el Estado mexicano tiene políticas públicas vinculadas con la salud mental que brindan una serie de servicios por medio de instituciones públicas para lograr el bienestar de sus habitantes. Sin embargo, en México existe una desigualdad en la distribución de los servicios de salud, ya que hay mayor concentración de recursos en las ciudades principales y una grave desatención en las áreas de escasos recursos del país, aunque en los últimos años, México ha desarrollado estrategias innovadoras para aumentar el gasto público en salud, dicha inversión ha sido enfocada en gran medida, a reducir los rezagos históricos de la atención a poblaciones pobres (ONU, 2006).

A pesar de este intento por parte del Estado mexicano para tener un acceso a los servicios de salud, esto se ve aún más complicado si se habla de salud mental, pues son pocas las instituciones públicas que atienden a la población más vulnerable y el impacto económico que tiene el padecer alguna enfermedad de este tipo en muchas ocasiones conlleva un costo elevado, más aún si se diagnostica en la niñez o adolescencia (OMS, 2004).

Que el Estado invisibilice de alguna manera a esta población y que se cuente con pocas instituciones de salud pública que den atención a las personas con alguna enfermedad mental, e incluso no se imparta contención y psicoeducación a las familias, plantea una seria crítica al tan anhelado estado de bienestar. Ejemplificando lo antes mencionado, en Nuevo León existen algunas instituciones

del orden público que se enfocan a esta área, como el Hospital Universitario, la Clínica Buenos Aires, los Centros CAPA, entre otras.

En lo que respecta al acceso en estas instituciones, 4 de las 5 familias mencionaron que después del diagnóstico acudieron a ellas. La percepción que tienen los SC sobre los servicios que les brindaron las instituciones públicas son positivas e incluso en la actualidad continúan asistiendo a ellas.

E5/SC/M/22años/Soltera/Licenciatura: Definitivamente tuve mucha suerte de llegar al Hospital Universitario, yo recomiendo mucho este hospital, porque ahí me han ayudado mucho. De hecho, yo he estado dos veces internada ahí y me han ayudado tanto, han sabido contenerme. La verdad yo estoy muy pero muy agradecida.

El impacto que han tenido estas instituciones en las familias es múltiple, pues no sólo han favorecido a los SC, también la familia se ha visto inmersa en una serie de beneficios. Las terapias familiares son importantes para los ellos, incluso han llegado a formar parte activa en estas instituciones.

E12/Papá del SC/52 años/Casado/Licenciatura: En un principio no quería asistir a los cursos y terapias, pero con el paso del tiempo entendí que eran muy importantes y ahora nosotros hemos ido a varios programas que ofrece la Secretaría de Salud, ya ahora soy mentor de gobierno.

La función del Estado en aspectos vinculados con la salud mental es de suma importancia, pues éste debe ser el garante para tener un bienestar social en la población. Para lograr que se conserve la salud mental, depende en gran parte, de la realización exitosa de acciones de Salud Pública que incluyan a los pacientes, familiares y sociedad en general con la finalidad de prevenir, tratar y rehabilitar (Sandoval y Richard, 2005).

Para lograr este bienestar, la Salud Pública debe contar con los recursos necesarios, pero se enfrenta a una serie de retos de orden estructural y económico. Ejemplo de esto es que las familias en más de una ocasión presentaron dificultades para acceder al suministro de medicamentos que estas instituciones deben brindarles, repercutiendo en la economía familiar, pues es sabido que el costo de los medicamentos es elevado en este tipo de enfermedades. Para mejorar esta situación, el Estado en conjunto con Organizaciones de Sociedad Civil y el Sector Privado han hecho sinergia para contrarrestar los estragos que implican las enfermedades mentales.

E7/Esposa SC/58 años/Casada/Secundaria: En una institución del gobierno, nos atendía una doctora y ella nos mandó AEQUS, nos dice “mira te vamos a mandar a una asociación que pertenece al tecnológico” ahí les pueden ayudar también. Cuando no hay medicamentos en el Hospital ahí nos han apoyado.

E5/SC/M/22 años/Soltera/Licenciatura: Del Hospital Universitario nos mandaron INGENIUM, ahí mis papás tomaron el curso que se da a las familias con un

enfermo mental en casa. Esto cambió mucho a mi papá, lo cambió tanto que él también tomó el curso para mentor y ahora él es mentor.

Se puede decir que al tener un respaldo institucional, las familias exponen tener un bienestar, pues el apoyo que reciben no se limita a cuestiones económicas. El contar con una red de apoyo de este tipo representa un avance en el entendimiento y comprensión de la enfermedad. Recibir terapias para pacientes y familiares, formar parte de cursos/programas donde se brinda información, motiva a las familias a seguir preparándose y tomar parte activa de diversas formas para contrarrestar las secuelas del Trastorno Bipolar.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

En el presente estudio, cuya base teórica es el curso de vida, se mostraron las trayectorias, transiciones y reconstrucciones familiares cuando uno de sus integrantes presenta TB; para comprender su proceso se analizaron sus diversas trayectorias, mismas que dividimos en tres momentos esenciales: *antes, durante y después* del diagnóstico.

7.1 Antes del diagnóstico

Previo al diagnóstico del TB, se detectó que todas las familias experimentaron durante sus trayectorias, transiciones tanto individuales como familiares que implicaron desajustes y/o modificaciones al interior y exterior del hogar. Dichas transiciones estuvieron vinculadas con eventos que formaban parte de su ciclo vital como, por ejemplo, la cotidianidad del matrimonio, el nacimientos de hijos, divorcios, cambios de vivienda, etcétera.

Uno de los aspectos más relevantes a destacar fue la presencia de la violencia intrafamiliar, pues nuestros grupos de estudio contaban un patrón repetitivo con un amplio historial con este tipo de situaciones, desde las familias de origen hasta las familias actuales (familias de estudio). Por otra parte, es importante señalar que en la perpetuación de la violencia se encontró que los principales agresores fueron hombres —padres, cónyuges y hermanos— y los tipos de violencias más constantes que se vivieron fueron la física, psicológica y sexual.

La violencia sexual se presentó en la mitad de los entrevistados; los tipos de abuso iban desde los tocamientos hasta la penetración, siendo los familiares

varones y con mayor edad al de las víctimas los agresores. El periodo cuando ocurrieron estos hechos fue mayormente durante la infancia y adolescencia; siendo las mujeres las más propensas a sufrir este abuso.

En lo que respecta a los SC, 4 de 5 fueron víctimas de algún tipo de agresión sexual y sólo en uno de los casos el agresor no formaba parte del núcleo familiar. Al suceder el abuso sexual en el seno familiar, implicó el silencio de las víctimas, pues ninguna de ellas, hasta la fecha del estudio, había comunicado a la familia lo que les había sucedido, evidenciándose así relaciones familiares ausentes de afectividad, seguridad y bienestar, combinadas con una falta de confianza y comunicación. Al darse este tipo de situaciones dentro del seno familiar, las emociones y sentimientos que emergieron fueron de índole negativo, creando así uno de los principales factores de riesgo que pudieron haber contribuido a la detonación y posterior agravamiento del TB.

Al hacer una reflexión, se encuentra que entre las primeras manifestaciones del TB, en los SC se detectaron cambios de conducta que se evidenciaba es un aislamiento atípico, desmotivación, pérdida de habilidades físicas, intelectuales y sociales; tales conductas originaron cambios en el funcionamiento psicosocial del SC y, a su vez, impactó directamente en la dinámica familiar y, por ende, en relaciones cotidianas tensas y conflictivas.

Entre las principales emociones y sentimientos que estuvieron presentes por estos hechos fueron el miedo, angustia, enojo, frustración e impotencia, tristeza y culpa; esta última apareció como la principal protagonista, sobre todo en los familiares. Es importante señalar que la experiencia emocional experimentada

antes del diagnóstico fue compleja, pues colocó a las familias frente a algo desconocido, inquietante y preocupante.

Este escenario propició que las familias tejieran redes de apoyo con otros familiares cercanos y amigos, tratando de obtener respuestas a los nuevos comportamientos de los SC. Cabe señalar que la búsqueda de ayuda profesional —especializada en salud mental— fue lenta, pasando periodos muy largos a pesar de que en 4 de las 5 familias ya había un historial de enfermedades mentales.

Por lo tanto, antes del diagnóstico las familias vivieron situaciones complejas vinculadas estrechamente con la violencia y relaciones familiares conflictivas, las cuales se acentuaron durante las primeras manifestaciones del TB. Si bien la familia en un momento determinado buscó formar redes de apoyo, la negación, ausencia o desconocimiento sobre salud mental fue un impedimento importante para haber iniciado algún tratamiento.

Es así que, la vulnerabilidad en la que se vio sumergido el SC propició la aparición inminente de la primera crisis, representando para todo el núcleo familiar momentos de angustia, desconcierto y desesperación. Esta primera crisis marcó el inicio del proceso de salud-enfermedad-atención, evidenciando un camino sinuoso tanto para las familias como para los SC.

7.2 Durante el diagnóstico

En lo que respecta al periodo en el que se encontraba el SC —etapas del ciclo vital— cuando se dio el diagnóstico de Trastorno Bipolar fue variable. En 3 de los 5 SC se presentó en la adolescencia, en 1 de los SC en la juventud y en otro de los SC en la adultez. Al analizar la información se encontró una relación entre el

periodo del diagnóstico y el nivel de participación de la familia, mientras a más temprana edad fue diagnosticado la participación e involucramiento de la familia fue mayor; para los 3 SC diagnosticados en la adolescencia, la familia fue crucial para la búsqueda de ayuda profesional, mientras que en los otros 2 SC fueron ellos mismos quienes buscaron ayuda.

Sin embargo, para llegar al diagnóstico adecuado, todas las familias atravesaron por una serie de retos y desafíos, donde la violencia profesional se hizo presente por medio de maltrato, diagnósticos equivocados y estigmatización por parte del personal de salud, colocando a los SC y sus familias en una situación de extrema vulnerabilidad.

Una vez diagnosticados, las reacciones tanto en los SC como en los familiares fueron principalmente de negación; la duración de esta etapa fue variable en cada caso, pues las características como edad, género, escolaridad, estado civil, rol familiar y laboral en los SC, así como el de sus familiares, influyeron en el tiempo transcurrido para la aceptación del diagnóstico.

En este sentido, es importante resaltar que el género del SC impactó en la aceptación del diagnóstico; en el caso de las mujeres y sus familiares aceptaron de forma más rápida el diagnóstico, pero a los hombres y familiares la aceptación les llevo un tiempo más prolongado, incluso uno de los SC no lo ha aceptado en su totalidad hasta la fecha, aun cuando el tiempo del diagnóstico hasta la actualidad es más de una década, esto se debe a que considera que su masculinidad se ve comprometida ante la presencia del Trastorno Bipolar.

Las emociones y sentimientos presentes en las familias al momento del diagnóstico fueron mayormente negativas. En los SC hubo tristeza, enojo y miedo

mientras que en los familiares culpa y miedo, de forma general existió preocupación y angustia ante el panorama incierto que representaba la certeza de esta enfermedad mental.

En resumen, se puede afirmar que este momento fue devastador en los SC y sus familias, el proceso que vivieron como familia una vez dado el diagnóstico fue caótico. U aunque cada miembro lo experimentó de manera diferente en todos impactó en otras áreas de su trayectoria individual. Asimismo, ese momento representó una ruptura en la dinámica familiar, pero esta no fue permanente, pues se pasó de un estado de negación a uno de aceptación que implicó la modificación de sus dinámicas, relaciones y redes de apoyo de toda la familia.

7.3 Después del diagnóstico

Lo que se vive después del diagnóstico del TB es un *para siempre* en la vida personal y familiar. Para poder entender este proceso es importante señalar que en el momento después del diagnóstico emergen una serie de elementos que influyen de forma distinta en el proceso de la salud, enfermedad y atención. El tiempo transcurrido desde que se da el diagnóstico es un factor clave para cada etapa del ciclo vital en la que se presentó el TB en los SC.

Las diferencias que existen entre las 5 familias de estudio son tan significativas como reveladoras. En aquellas donde el diagnóstico se obtuvo en la adolescencia presentan una mayor cantidad de semejanzas en comportamientos y actitudes en los SC y sus familiares; mientras que en los 2 SC diagnosticados en la juventud y adultez las características eran muy particulares a partir de cada caso y, por ende, el proceso de salud, enfermedad y atención fueron diferentes.

A pesar de estas diferencias, las familias presentan similitudes en ciertos aspectos, casi todos relacionados con la manifestación de emociones y sentimientos. En uno de los casos, después de recibir el diagnóstico, el SC y sus familiares iniciaron una intensa búsqueda de ayuda profesional para lograr un bienestar individual, familiar y social. En este sentido, se puede afirmar que la familia —para bien y para mal— es la principal red de apoyo, seguida de los profesionales e instituciones de salud mental.

Al lograrse la sinergia entre las distintas redes de apoyo, existen mejores condiciones familiares, institucionales y sociales para obtener un bienestar, principalmente para los SC y en consecuencia para sus familias. Sin embargo, el trayecto para conocer, entender y comprender la enfermedad no puede enmarcarse sólo en cuestiones positivas, ya que las familias se ven sumergidas en un proceso cíclico que representa altas y bajas en estados de ánimo, redes de apoyo, estigmatización social y conflictos familiares, entre otros más.

Aún así, estas familias procuran darle un sentido a cada efecto derivado del TB y, por sobre todo, consideran que la información científica, que es proporcionada por psiquiatras, redes de apoyo e instituciones de salud, es crucial porque les ofrece herramientas con las cuales pueden lograr un estado de mayor bienestar.

Al obtener esta información, las familias consiguen identificar cambios en conductas y estresores que detonan posibles crisis en cada SC, permitiéndoles intervenir de forma inmediata y oportuna para tratar de evitarlas. En este aspecto, el tiempo que llevan diagnosticados los SC es relevante, pues en aquellos casos donde han trascurrido entre 15 y 18 años con TB la identificación de estos

síntomas se vuelve más evidente a diferencia de los casos en donde han pasado tan sólo 5 años.

La identificación de síntomas y posibles estresores es de gran ayuda, sin embargo no detiene las crisis ya que son inevitables porque dependen de múltiples factores: individuales, familiares y sociales. Todos los SC han experimentado crisis, pero sólo aquellos que fueron diagnosticados en la adolescencia mencionaron haber estado internados en diversas ocasiones, mientras que los otros 2 SC no habían experimentado ningún internamiento.

Previo a que la familia procediera a internar al SC, pasaron por situaciones complejas donde emergieron diversas emociones y sentimientos en su mayoría de naturaleza negativa. Por parte del SC, estuvieron presentes miedo, enojo y frustración, mientras que en su familia se presentó miedo, angustia y culpa. La culpa tuvo —y sigue teniendo— un impacto importante en las familias, aun sabiendo que con el ingreso a la institución de salud el SC tendría mayores oportunidades de regresar a un estado eutímico.

Para sobrellevar un internamiento, la información y apoyo profesional son fundamentales para que los SC y familiares no estigmaticen la enfermedad, sino que la entiendan y comprendan sus mecanismos. Aún así, en los momentos de crisis, las familias se sienten vulnerables por la incertidumbre que estas pueden propiciar. Esto no quiere decir que la información no sea importante, pero se debe comprender que no existen recetas mágicas que les brinden una seguridad total, más bien implica estar en constante capacitación, terapias individuales y familiares para conllevar todas aquellas vicisitudes que presente el TB, ya que estas no sólo impactan en el SC, sino en todos aquellos contextos en los que se desenvuelven.

Tras el diagnóstico, las familias de estudio han alcanzado un bienestar subjetivo que se percibe tanto en lo individual como en lo colectivo por medio de la información y diversas redes de apoyo, y se refleja también en el mejoramiento de las interacciones sociales, sobre todo dentro del entorno familiar. Un claro ejemplo es que la violencia intrafamiliar prácticamente desapareció en 4 de las 5 familias. Las relaciones familiares ahora son principalmente amorosas-afectivas y, en consecuencia, la estigmatización derivada del TB comenzó a desaparecer de su núcleo familiar.

Las familias continúan enfrentando retos tales como los conflictos en el interior del hogar, los cuales se acentúan en las cuidadoras principales, pues son las que llevan la mayor carga del cuidado del SC. Todas las cuidadoras han enfrentado situaciones complejas, en un primer momento fue la vigilancia del tratamiento médico, ocasionado diversos altercados con los SC quienes se rehusaban a tomar los medicamentos; este hecho cambió luego del diagnóstico y posterior aceptación del TB por el SC.

De igual manera, las cuidadoras han enfrentado problemáticas con otros integrantes de la familia relacionadas con el cuidado, llegando a ser percibidas como sobreprotectoras. Los cambios de roles familiares desde la instalación de la enfermedad pueden ayudar y a la vez perjudicar, sobre todo al inicio del proceso dado que las familias se deben adaptar a una nueva realidad.

El cuidado ha llegado a repercutir en la salud de los familiares del SC, afectando principalmente a la cuidadora principal que, además de que por lo general mantiene una relación de parentesco de madre, se han visto más

afectadas en su salud, sobre todo en las familias que tienen más tiempo con la certeza del diagnóstico.

Si al estado de vulnerabilidad del SC, las cuidadoras y demás integrantes del núcleo familiar se le suman las complicaciones económicas derivadas de los gastos que implican la asistencia profesional y el costo elevado de los medicamentos, se crea un ciclo complicado en el cual los conflictos familiares germinan de manera constante.

Es destacable que los conflictos que se dan con menor intensidad —en comparación con el antes y durante el diagnóstico— sobre todo cuando se cuenta con una cuidadora principal, es decir, cuando ella es el pilar de acción y colaboración familiar. Este hecho sólo se presenta en la familia 2; el resto no cuenta con una cuidadora proactiva, aunque el trabajo que las familias han realizado con las diferentes redes de apoyo ha impactado positivamente en diversos aspectos, en particular en lo que respecta al reconocimiento de los sentimientos, emociones e interacciones sociales.

Esto se ve reflejado en las relaciones interpersonales de los SC diagnosticados en la adolescencia, existiendo nuevamente relaciones amorosas y de amistad, las cuales les brindan una realización personal y bienestar. Las relaciones sociales positivas en las familias conllevan preocupaciones, considerando que las expectativas para el futuro de los SC están permeadas por la enfermedad. Como estos 3 SC no han laborado o formado su propia familia, se tiene un temor constante porque ni la sociedad ni sus familias los perciben como personas funcionales.

En contraste, se encuentran los otros 2 SC, quienes previos al diagnóstico ya habían incursionado en el mercado laboral y habían formado una familia. Este hecho evidencia que la etapa del ciclo vital en que se da el diagnóstico sí hace una diferencia. En las etapas de juventud y adultez las personas suelen ser económicamente activas y es más probable que hayan formado una familia, mientras que en la infancia o adolescencia estas transiciones de vida no se han presentado. Por lo tanto, las expectativas familiares hacia los SC orbitan en un orden diferente a partir de la etapa en que se encontraba el SC cuando fue diagnosticado.

Al analizar estas experiencias, notamos que existen resignificaciones en las familias con un SC con TB. En las familias hubo una recuperación en cuanto a las experiencias vividas antes del momento del diagnóstico a través de los relatos de vida de los SC y familiares al recordar la niñez, adolescencia, juventud y adultez. Dentro de estos relatos, las relaciones familiares estaban principalmente vinculadas a experiencias negativas abundando los conflictos, violencia, abusos sexuales, mala comunicación, ausencias, falta de amor, afecto, etc. Aunado a esto, estuvo presente un enajenamiento en lo que respecta a la salud mental.

Es hasta el momento en que se da el diagnóstico cuando los SC y familiares empiezan a movilizarse. La dinámica familiar comienza a modificarse e inician un proceso de búsqueda de ayuda para obtener información, ampliar las redes de apoyo con la finalidad de entender y comprender el Trastorno Bipolar.

La resignificación se hace más evidente después del diagnóstico, pues por medio de los conocimientos y las múltiples redes de apoyo se mejoran las interacciones familiares. La dinámica presenta transformaciones, la comunicación

es más asertiva, la violencia casi desaparece y, aunque continúan existiendo conflictos en el interior del hogar, no son con la misma intensidad como en los momentos anteriores al diagnóstico.

El concepto de *locura* se modifica por medio de la experiencia y el acercamiento que tienen con el TB. Es decir, la enfermedad adquiere otro significado pues es entendida y comprendida desde una nueva visión, dado que la estigmatización comienza a desaparecer tanto dentro como fuera del hogar.

Casi todos los SC y las familias forman actualmente parte activa en diversas redes institucionales especializadas en salud mental por medio de grupos de apoyo e incluso algunos son mentores e instructores de dichas instituciones con la finalidad de derribar los mitos que giran en torno al TB y la salud mental.

Con toda esta información, se generaron tres tipologías de familia a partir de que el Trastorno Bipolar se instala en el hogar. Estas fueron el resultado de diversas características que presentaron los SC y familiares a partir de los tres grandes momentos: *antes, durante y después* del diagnóstico.

- Familia en Reconstrucción
- Familia en Transición
- Familia en Conflictividad

Para lograr la clasificación de cada una de las tipologías se tomó como eje central los discursos brindados por SC y sus familias vinculados con las actitudes, conductas y acciones que tuvieron después del diagnóstico. A partir del conocimiento de la enfermedad, las familias realizan una serie de acciones estrechamente relacionadas con el TB.

En la primera tipología aparece la familia en reconstrucción (véase Tabla 11), para ser considerada de esta forma tuvieron que haber cambios positivos tanto el interior como exterior de la dinámica familiar. Las relaciones y roles también se modificaron en forma positiva después del diagnóstico.

Tabla 11. Tipologías de familia con un miembro con Trastorno Bipolar

<i>Familia en Reconstrucción</i>	<i>Familia en Transición</i>	<i>Familia en Conflictividad</i>
-Antes de las manifestaciones del TB, la dinámica en el interior del hogar era conflictiva.	-Antes de las manifestaciones del TB, la dinámica en el interior del hogar era conflictiva.	-Antes de las manifestaciones del TB, la dinámica en el interior del hogar era conflictiva.
-Las relaciones familiares en su mayoría eran fracturadas, con pocas relaciones afectivas.	-Las relaciones familiares eran fracturadas, con pocas relaciones afectivas.	-Las relaciones familiares eran fracturadas, con nulas relaciones afectivas.
-La comunicación familiar era deficiente.	-La comunicación familiar era deficiente.	-La comunicación familiar es distorsionada
-La violencia intrafamiliar estuvo presente por lo menos en dos de sus	-La violencia intrafamiliar estuvo presente por lo menos en dos de sus	-La violencia intrafamiliar estuvo presente en todas sus modalidades.

modalidades, siendo la violencia física y psicológica las más recurrentes.	modalidades, siendo la física y psicológica las más recurrentes.	
-Cuando comienzan a presentarse los síntomas del TB, la familia realiza cambios al interior del hogar para hacer frente a este nuevo desafío.	-Cuando comienzan a presentarse los síntomas del TB, la familia realiza algunos cambios al interior del hogar, pero existe renuencia por parte de algunos integrantes.	-Cuando se comienzan a presentarse los síntomas del TB, la familia no realiza cambios en la dinámica familiar.
-Por lo menos uno de los familiares busca diversas redes de apoyo para tratar de comprender lo que sucede.	-Estas familias no buscan redes de apoyo de manera inmediata, más bien tardan un periodo considerado de tiempo para hacer uso de ella.	-El tiempo para buscar ayuda es largo y esto se dificulta más porque prácticamente no cuentan con redes de apoyo.
-La ayuda profesional sobre todo de índole psicológica se hace	-Es la ayuda profesional la que se prolonga más tiempo.	-La ayuda profesional se hace presente, cuando los síntomas del TB se hacen más evidentes.

<p>presente.</p> <p>-Cuando se brinda el diagnóstico del TB en un principio existe un rechazo. Pero al poco tiempo se da la aceptación ya sea por el SC o algún familiar.</p>	<p>-Cuando se brinda el diagnóstico del TB existe un rechazo. Pero con el paso del tiempo se da la aceptación, primeramente, con el cuidador primario y después en el SC. Sin embargo, aún hay miembros de la familia que no aceptan el diagnóstico.</p>	<p>-Cuando se brinda el diagnóstico del TB existe un rechazo. Incluso en la actualidad no es aceptado del todo y es el cuidador primario quien procura aceptarlo. Sin embargo, el SC y el resto de la familia continúan teniendo rechazo hacia el TB.</p>
<p>-Después del diagnóstico las relaciones familiares al interior mejoraron, siendo más afectivas.</p> <p>-La comunicación familiar mejoró.</p>	<p>-Después del diagnóstico las relaciones familiares mejoraron, ahora son más afectivas.</p> <p>-La comunicación familiar mejoró, pero no ha llegado a ser buena del todo.</p>	<p>-Después del diagnóstico las relaciones familiares no han mejorado del todo.</p> <p>-La violencia continúa estando presente, pero en menor medida.</p>

<p>-Los roles establecidos en la dinámica familiar son más flexibles.</p>	<p>-Los roles familiares se han modificado.</p>	<p>-Los roles familiares no se modificaron.</p>
<p>-Las responsabilidades del cuidado son compartidas, entre los miembros existe cooperación con el tratamiento y atención.</p>	<p>-Las responsabilidades del cuidado recae principalmente en el cuidador primario, el cual está plenamente involucrado con el TB.</p>	<p>-Las responsabilidades del cuidado recae en el cuidador primario, el cual presenta cierta enajenación hacia el TB.</p>
<p>-Si bien en un inicio la estigmatización se hizo presente con la aceptación, información y búsqueda de ayuda, ésta desapareció.</p>	<p>-La estigmatización continúa estando presente, aunque en menor medida por la información y búsqueda de ayuda profesional.</p>	<p>-La estigmatización sigue estando presente.</p>
<p>-La familia acude a terapias, grupos de apoyo e instituciones de forma</p>	<p>- La familia acude a terapias e instituciones.</p>	<p>-La familia no acude a terapias e instituciones, a excepción de la cuidadora primaria.</p>
		<p>-La información y ayuda profesional no es tan</p>

<p>recurrente.</p> <p>-La familia participa en diversas actividades que involucren la enfermedad.</p>		<p>relevante, a excepción de la cuidadora principal.</p>
---	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Para lograr estos cambios fue necesario que por lo menos un integrante de la familia —generalmente cuidador primario o incluso el propio SC— estuviera comprometido con la búsqueda de ayuda e información para entender y comprender lo que representaba el TB.

Las actitudes y conductas de este familiar *en reconstrucción* fueron suficientes para movilizar al resto de los familiares, porque pudo involucrarlos en el tratamiento y actividades de las instituciones de salud mental que participaran en las acciones a tomar, mismas que los ayudarían a comprender la condición del TB.

Las características de una persona con iniciativa son necesarias para lograr un cambio, ya que actúan de un modo productivo, toman decisiones ante situaciones difíciles, se responsabilizan de lo que les corresponde hacer, activan sus recursos y son capaces de controlarse a sí mismas y dirigir a aquellos que los rodean (Rodríguez, 2017).

Existen diversas formas de afrontar una circunstancia tan compleja como el padecimiento de una enfermedad mental. Las familias que son dinámicas pueden modificar sus relaciones familiares, basándolas en afecto y aceptación en lugar de

rechazo, comprensión en vez de juicio, participación en el cuidado, cooperación del tratamiento y conocimiento de la enfermedad (Morales, 2012) en vez de negarla.

Respecto a las familias en *transición*, muestran dificultades para enfrentar situaciones inesperadas tales como la enfermedad (Rodríguez, 2017). Si bien hay mejoría en diversos aspectos, sobre todo en los involucrados con el SC, continúa existiendo un nivel nocivo de rechazo hacia el diagnóstico del TB porque aún permea la ignorancia, el prejuicio y la negación sobre el tema y eso implica que la comprensión, la empatía y la búsqueda de recursos para enfrentarla sea muy limitada.

Aunque en este tipo de familia las relaciones al interior del hogar muestra mejoría tras la certeza del diagnóstico, aún está permeada por conflictos recurrentes que giran en torno al TB, sobre todo cuando se trata del cuidado y atención del SC. Es decir, que aunque los conflictos no son vividos con la misma intensidad que en los momentos previos al diagnóstico, en lo que respecta a los roles establecidos en la dinámica familiar, continúan estando delimitados entre el proveedor económico y cuidador primario, pero llegando a ser más flexibles.

Además, cuando se presentan situaciones de riesgo como las crisis, existe un involucramiento más activo de los familiares (Rodríguez, 2017); esto implica que en estas familias hay relaciones más simétricas que tratan de mejorar las condiciones de sus integrantes, pero aún no se abandonan viejas creencias, por lo cual continúan reproduciéndose prácticas que afectan su dinámica familiar.

Un aspecto esencial en este tipo de familias es que no existe un integrante proactivo que logre movilizar al resto de la familia, aunque alguno de sus miembros traten de involucrarse en aspectos relacionadas con el TB, esto no se logra del todo porque la participación en actividades institucionales es baja.

Por lo tanto, se puede decir que las familias en *transición* se encuentran en un debate constante entre la aceptación y el rechazo del TB, impactando directamente en las interacciones sociales de sus integrantes, sobre todo aquellas vinculadas con la familia como son las relaciones, roles, dinámica, tratamientos y participación en actividades relacionadas con la enfermedad mental.

Por último, están las familias en *conflictividad*, cuyas relaciones, actitudes y acciones conducen de manera constante a sus integrantes a situaciones de riesgo psicosocial (Morales, 2012); es por ello que este tipo de familia no muestra mucha mejoría en las interacciones familiares tales como: relaciones, roles y dinámica. Incluso hay un rechazo generalizado hacia el diagnóstico del TB, si bien el cuidador primario procura aceptarlo, este proceso se ve nublado debido a las características que presenta la familia.

Además, la violencia intrafamiliar continúa siendo una constante —aunque hasta cierto punto en menor medida— que es resultado de las múltiples fracturas vividas en la familia como, por ejemplo, un divorcio. Tales circunstancias inciden en que cada familiar actúe de forma aislada e independiente, provocando que su participación en los aspectos y necesidades relacionados con el TB sea prácticamente nula.

El cuidador primario procura involucrarse en la atención y cuidado del SC, pero dadas las características conflictivas que presenta la familia, esto no se logra del

todo y, al contrario, dificulta la búsqueda de ayuda profesional e información pertinente que les ayude a aceptar, entender y comprender la enfermedad mental.

De esta forma, la estigmatización hacia el TB toma protagonismo en cada uno de los integrantes, incluido el SC. En este sentido, las familias con riesgo psicosocial no cuentan con las herramientas necesarias para hacer frente a las adversidades de su entorno, incluso se dejan de realizar funciones elementales como el cuidado de menores y enfermos, lo cual perjudica el desarrollo personal, familiar y social de sus miembros (Rodrigo, Maíquez, Martín y Byrne, 2008).

Por ello, con este tipo de familias, se deben buscar diversos mecanismos para lograr, primero, una aceptación del diagnóstico y, en seguida, un entendimiento de lo que implica el TB. Para alcanzar este fin la información juega un papel primordial, pues por medio de ella se podría establecer una sinergia entre los integrantes de la familia, profesionales e instituciones de salud.

A través de la literatura consultada y los resultados expuestos en este documento podemos constatar que se cumplieron los objetivos de investigación: comprender los procesos de las trayectorias, transiciones y reconstrucciones familiares a partir de las historias de vida en los momentos en que se presenta el trastorno mental en las familias, lo cual sirvió de base para construir tipologías de análisis (véase la Tabla 11).

La importancia de generar estas tipologías de familias radica en que esta clasificación servirá de base para futuras intervenciones sociales, pues a través del análisis minucioso donde se abordaron desde aspectos generales hasta situaciones muy particulares, se logró establecer determinados patrones y

características de una diversidad de familias con un miembro diagnosticado con TB.

Por otra parte, las narrativas de los relatos de vida respecto al curso de su trayectoria, tanto individual como familiar ante la presencia del TB, permitió constatar la premisa de que la familia es una red de apoyo fundamental para el funcionamiento de vida del sujeto que presenta una enfermedad mental y, mediante el conocimiento de las transiciones que este hecho significó, se logra dar cuenta de que acontecimientos tan específicos como roles, los cuidados y la violencia que vive cada familia inciden de manera incuestionable en la presencia tanto del TB como en la frecuencia e intensidad de las crisis que manifiestan los pacientes.

Para despejar cualquier incertidumbre al respecto, se expusieron las características de las situaciones que se presentan en la dinámica familiar, además de identificar las relaciones y experiencias entre sus miembros de la familia detectando a su vez las transformaciones en las expectativas de vida que se manifiestan en los padres o hijos. Se dio cuenta de los estresores psicosociales que se presentan en el entorno familiar. A menudo quien padece TB aparenta ser una persona saludable hasta que existen momentos de crisis: es entonces cuando se dificulta lidiar con los obstáculos cotidianos de la vida y sus emociones se presentan de modo distinto.

Estos posibles escenarios sociales están vinculados con la interacción social que se tenga con el que padece el TB, no obstante, es importante mencionar que la enfermedad mental suele convertirse en un estigma debido a la poca información que se tiene. Esta premisa se constató en esta investigación debido a

que los 5 SC mencionaron que preferirían que las personas no se enteraran de su condición, ya que la sociedad no estaba preparada para entenderlos.

Todo lo antes mencionado se originó ante la presencia de un miembro con Trastorno Bipolar, a partir de las etapas del *curso de vida* en donde se encontraba el SC, quien es el que padecía la enfermedad y en los integrantes del hogar referente a los momentos antes, durante y después del diagnóstico del TB.

El enfoque teórico metodológico *curso de vida* fue de suma importancia dentro de esta investigación porque nos permitió ir conformando las trayectorias de la enfermedad tanto individuales como familiares ante la presencia del TB, lo cual sirvió para comprender las trayectorias, transiciones y reconstrucciones de las historias de vida a partir de 3 grandes momentos: *el antes, el durante y el después* del diagnóstico.

Por otra parte, es importante mencionar que si bien la familia es un elemento sumamente importante para un desarrollo positivo de los que padecen TB, en mucho de los casos estos carecen de los conocimientos necesarios para hacerle frente a esta situación; en esta circunstancia, la dinámica familiar suele verse trastocada después del diagnóstico del TB, los roles y funciones son modificados ocasionado en un gran porcentaje situaciones difíciles y de riesgo.

Aunado a ello, los altos costos que implica padecer una enfermedad mental como el TB abonan a que emerjan conflictos familiares que se profundizan cuando se sabe que el Estado, a través de las instituciones públicas que deben brindar servicios de salud y educación para comprender y entender dichas enfermedades, son casi inexistentes. Además, el mercado laboral no se encuentra abierto, y

parece que poco dispuesto, para incluir a estas personas, pues ante la falta de educación e información general el estigma sigue estando presente.

Por todos estos factores, es necesario profundizar en el estudio de las enfermedades mentales, pero no sólo desde el ámbito clínico sino también en lo individual, familiar, social y cultural, con la finalidad de comprender el entramado que rodea el padecer algún tipo de afección de salud, como es el caso del TB. Por ello, como futuras aristas de investigación que abre este estudio podrían incluirse factores tales como el nivel socioeconómico, el costo económico de la enfermedad, promoción de información confiable sobre salud mental, programas de psicoeducación y promoción de instituciones públicas que brinden soporte y contención a las familias vulnerables.

Otro pendiente social e institucional es la implementación de políticas públicas que giren en torno a las nuevas necesidades que presentan las familias y las problemáticas sociales a las que se enfrentan, accionando mecanismos dentro y fuera de la familia que les permitan el fortalecimiento de la empatía y relaciones afectivas que puedan darles seguridad ante las circunstancias que enfrentarán en su trayectoria vital como herramientas para saber cómo actuar ante las situaciones de riesgo.

Además se detectó que hacen falta más investigaciones que apunten hacia el reconocimiento de elementos y factores que determinen la salud mental de la sociedad, donde se clarifiquen las políticas intersectoriales en materia de salud, educación, recreación y laborales de tal manera que se articulen considerando la diversidad en las estructuras, composiciones y reconfiguraciones de hogares y/o

familias cuyo bienestar social sea la base para consolidar leyes y acciones pro-salud.

Todo lo anterior implica, como ya se ha mencionado, realizar más investigaciones sociales que articulen los derechos a cuidar y ser cuidado, no sólo en el ámbito familiar, sino desde la participación en cuanto a política pública.

A manera de conclusión es imperante reflexionar en los retos que representan las enfermedades mentales para la familia y la sociedad, porque es innegable que son espacios vitales en los que pareciera que no se tienen las herramientas necesarias para una integración e inclusión de las personas que padecen de estas enfermedades.

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA PARA RECONSTRUIR HISTORIAS DE VIDA

Datos generales

Para todos los miembros de la familia:

1. Nombre de cada uno de los miembros de la familia.
2. Identificación de cada miembro y la relación de este con el resto de la familia.
3. Sexo de cada uno de los miembros de la familia.
4. Edad de cada uno de los miembros de la familia al momento de la entrevista.
5. Lugar de nacimiento.
6. Si viven aun con el miembro con Trastorno Bipolar.

Para todos los miembros de la familia mayores a 14 años:

7. Escolaridad.
8. Estado Civil.
9. Empleado o desempleado, tipo de trabajo.
10. Si es estudiante, grado que cursa y lugar de estudio.

Para las mujeres:

11. Número de hijos.

PREGUNTAS

- 1) ¿Dónde nació? ¿Cómo fue su infancia? ¿En qué trabaja? ¿Cómo es su rutina en un día común y corriente?
- 2) ¿Cómo conoció a su pareja? ¿Cómo es su relación con su pareja? ¿Se llevan bien? ¿Están contentos con los hijos que tienen? ¿Cómo se llevaban entre si sus padres? ¿Cómo se llevaban cada uno de ustedes con sus padres?
- 3) ¿Cómo es tu día a día en familia? ¿Cómo es la comunicación con los miembros de tu familia? ¿Qué actividades hacen en familia? ¿Qué costumbres tienen como familia? ¿Hay reglas en la casa? ¿Cómo son los roles?
- 4) ¿Cómo fue el primer momento en que te das cuenta de que existe esta situación diferente a causa de la enfermedad mental en tu hijo, hija, hermano o familiar? ¿Cómo lo viviste, que pasó, quiénes estaban? ¿Qué representa para ti? ¿Cómo te sientes al respecto? ¿Cuáles son tus vivencias y percepciones desde el inicio hasta la época actual?
- 5) Una vez que te das cuenta de la enfermedad, ¿Cómo es la relación con él? ¿Hace cuánto tiempo de esto?
- 6) ¿Para ti qué es la enfermedad mental?
- 7) ¿Cómo son las relaciones con tu esposa? ¿Cómo es la relación con tu esposo? ¿Cómo es la relación con tu hijo? ¿Cómo es la relación con tus hijos? ¿Cómo es la relación con tu hermano? ¿Cómo es tu relación con el miembro con TB? ¿Es diferente la relación con él que con los demás miembros de la familia?
- 8) ¿Qué cambios en las expectativas se manifiestan en los padres ante un hijo con Trastorno Bipolar? ¿Cambiaron tus expectativas a futuro en cuanto a tu hijo con TB? ¿Qué cambios se presentaron en tu hijo en cuanto a habilidades escolares? ¿Cómo ves el aspecto emocional de tu hijo con TB? ¿Cómo son sus relaciones amorosas y de amistad? ¿Hay algún aprendizaje a partir de esta experiencia?

9) ¿Qué situaciones se presentan en los momentos de crisis? ¿Qué lo provocan?
¿Cuáles son? ¿Cómo se hace frente a ellas?

10) ¿Qué es lo que han aprendido ante estas situaciones? ¿Cómo son las relaciones de ayuda? ¿Qué redes sociales de apoyo tienen ante los momentos de crisis?

11) ¿Qué aspectos positivos sacas de esta situación? ¿Esto los ha unido más como familia? ¿Esta situación les ha afectado como familia

ANEXO 2

MATRIZ HERMENÉUTICA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Etapa Momentos	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Familiar
Antes		<ul style="list-style-type: none"> -Red de apoyo familiar (S, F) -Red de apoyo Profesional (S) -Ausencia de red de apoyo familiar (S) -Importancia de Dios/religión 	<ul style="list-style-type: none"> -Red de apoyo familiar (S, F) -Ausencia de red de apoyo familiar (S, F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Red de apoyo familiar (S, F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Red de apoyo familiar para otros familiares con enfermedades mentales -Red de apoyo profesional para otros miembros con enfermedades mentales
	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio de escuela (S) -Conductas psicosociales (S) -Adicciones familiares (S) -Divorcio de los padres (S) -Sujeto clave y 	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio de escuela (S, F) -Conducta intelectual(S) Conductas psicosociales positivas (S) -Conductas psicosociales (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Embarazo (S) -Decisión importante del sujeto clave -Aspiraciones y metas escolares (S) -Conductas psicosociales (S) -Conductas 	<ul style="list-style-type: none"> -Sujeto clave principal proveedor económico (S, F) -Sujeto clave y contexto laboral (S) -Funcionalidad laboral (F) -Recuerdos negativos (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Baja autoestima en familiares -Cambio de dinámica familiar -Adicciones familiares -Características de la familia de origen

	<p>contexto laboral (S)</p> <p>-Recuerdos negativos (S)</p> <p>Recuerdos positivos (S)</p> <p>-Violencia escolar (S)</p> <p>Violencia familiar (S)</p> <p>-Violencia física (S)</p> <p>-Conductas psicosociales dañinas (S)</p> <p>-Violencia Psicológica (F)</p> <p>-Violencia sexual (S)</p> <p>-Posible abuso sexual (F)</p>	<p>-Experiencias con el alcohol y las drogas(S)</p> <p>-Sujeto clave y contexto laboral (S)</p> <p>-Violencia escolar (S, F)</p> <p>-Violencia familiar(S)</p> <p>-Violencia física (S)</p> <p>-Violencia profesional (S)</p> <p>-Violencia propiciada por el SC (S, F)</p> <p>-Violencia sexual(S)</p>	<p>psicosociales positivas (S)</p> <p>-Sujeto clave principal proveedor económico (S, F)</p> <p>Sujeto clave y contexto laboral (S)</p> <p>-Importancia del trabajo laboral (S)</p> <p>-Funcionalidad laboral (F)</p> <p>-Violencia familiar (S)</p>	<p>-Violencia familiar(S)</p> <p>-Violencia física (S)</p> <p>-Violencia profesional(S)</p> <p>-Violencia propiciada por el Sujeto clave (S, F)</p>	<p>-Características de la familia de nuclear</p> <p>-Características de su personalidad familiares</p> <p>-Casamiento de familiares</p> <p>-Contexto laboral del familiar</p> <p>-Divorcio de padres</p> <p>-Divorcio</p> <p>-Fallecimiento de familiares</p> <p>-Familiar como principal proveedor económico</p> <p>-Problemas de salud</p> <p>-Problemas económicos</p> <p>-Recuerdos negativos de familiares</p> <p>-Separación de familiares</p> <p>-Violencia</p> <p>-Violencia</p>
--	---	---	--	---	--

					familiar -Violencia psicológica -Violencia Física -Violencia sexual -Demanda de divorcio
	-Búsqueda de ayuda profesional(F) -Percepción de características conductuales(F) - Percepción de presencia de enfermedades mentales(F) - Primeros síntomas (S)	-Búsqueda de ayuda profesional(F) -Crisis (S) -Desconocimiento de las enfermedades mentales (S) -Diagnóstico equivocando (S, F) -Manifestación de la enfermedad mental (S) -Percepción de las características conductuales (F) -Percepción hacia las enfermedades mentales (S) -Pérdida de habilidades físicas (S) -Pérdida de habilidades intelectuales (S) -Posible detonante de la enfermedad mental (F)	-Crisis (S) -Desconocimiento de las enfermedades mentales (S) -Diagnóstico equivocando(S) -Manifestación de la enfermedad mental (S) -Percepción de funcionalidad (F) -Percepción de las características conductuales (F) -Posible detonante de la enfermedad mental (S, F) -Posibles estresores del TB (S) -Primer acercamiento a instituciones de	-Búsqueda de ayuda profesional (F) -Crisis (S) -Desconocimiento de las enfermedades mentales (S) -Diagnóstico equivocando(F) -Manifestación de la enfermedad mental (S) -Percepción de funcionalidad (F) -Percepción de las características conductuales (F) -Posible detonante de la enfermedad mental (S, F) -Primer acercamiento a instituciones de salud (S, F) -Primera Crisis (S, F)	-Acciones de los familiares ante la manifestación del TB -Acciones de los familiares ante la manifestación del TB en otros miembros de la familia -Conflictos derivados por el TB -Actitud de la familia ante el diagnóstico de otros familiares -Crisis en otros miembros - Desconocimiento de síntomas - Desconocimiento

		<ul style="list-style-type: none"> -Posibles estresores del TB (S) -Primer acercamiento a instituciones de salud (F) -Primera Crisis (S) -Primeras manifestaciones de la enfermedad mental (S) -Síntomas de crisis del sujeto clave (S) -Sujeto clave con comorbilidad (S, F) 	<ul style="list-style-type: none"> salud (S) -Primera Crisis (S) -Primeras manifestaciones de la enfermedad mental (S) -Síntomas de crisis del sujeto clave (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Síntomas de crisis sujeto clave (S) 	<ul style="list-style-type: none"> de las enfermedades mentales -Dificultad económica para el acceso de ayuda profesional -Estigmatización hacia las enfermedades mentales -Expectativas para futuro del sujeto clave -Falta de atención profesional para familiares -Género y familia -Importancia de la medicalización -Internamiento de otros familiares con enfermedades mentales -Negligencia profesional -Percepción negativa de la
--	--	---	---	--	---

					<p>familia hacia las enfermedades mentales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Posible detonante en otros miembros -Posible detonante del TB -Posible enfermedad mental no diagnóstica en otros miembros -Posible estresor -Presencia de enfermedades mentales -Reconocimiento de la primera crisis -Reconocimiento de posible detonante del TB -Reconocimiento de los primeros síntomas
	<ul style="list-style-type: none"> -Relación con el padre (S) -Relación con la madre (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación con el padre (S) -Relación con la madre (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación con los hermanos (s) -Relación con los padres (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación complicada con la familia (S) -Relación con los 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación amorosa -Relación con los amigos

	<ul style="list-style-type: none"> -Relación de amistad (S) -Relación con los hermanos (S) -Relación con los padres (S) -Relación familiar (S) -Cambio de dinámica familiar (S) -Comunicación familiar mala (S, F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación de amistad (S) -Relación íntima (s) -Cambio de dinámica familiar (S) -Comunicación familiar (S) -Comunicación familiar mala (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación con los médicos (s) -Relación negativa con los médicos (S) -Cambio de dinámica familiar (S) -Comunicación familiar mala (F) -Interacción familiar (F) 	<ul style="list-style-type: none"> hijos (S) -Relación familiar (S) -Comunicación Familiar (F) -Interacción familiar (s, F) -Comunicación familiar mala (F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación con el esposo/a -Relación con el ex esposo/a -Relación con el papá -Relación con el sujeto clave -Relación familia política -Relación con la madre -Relación con los hermanos -Relación familiar afectiva -Relación conflictiva por el TB -Roles de la familia -Comunicación familiar -Comunicación familiar mala -Interacción familiar -Interacción familiar mala
--	--	---	---	--	---

	-Pensamientos y sentimientos (S, F)	-Emociones (S) -Pensamientos y sentimientos (S, F)	-Emociones (S) -Pensamientos y sentimientos (S)	-Emociones (S) -Sentimientos de culpa (F)	-Emociones del familiar cuando hay crisis en otro miembro -Pensamientos y sentimientos del familiar -Pensamientos y sentimientos del familiar cuando hay crisis
Durante				-Red de apoyo familiar (S, F)	
			-Ingreso a penal -Violencia Profesional (S)		
	-Posible detonante de la enfermedad mental (S)	-Edad cuando se diagnostica TB (S) -Aceptación del diagnóstico (S) -Actitud por el diagnóstico (S) -Afrontamiento del diagnóstico (S) -Momento del diagnóstico (S) -Negación ante el diagnóstico (S)	-Aceptación del diagnóstico (S) -Actitud por el diagnóstico (S) -Afrontamiento del diagnóstico (S) -Negación ante el diagnóstico (S)	-Edad cuando se diagnostica TB (S) -Aceptación del diagnóstico (S) -Actitud por el diagnóstico (F) -Afrontamiento del diagnóstico (S) -Momento del diagnóstico -Negación ante el diagnóstico (S) (S)	-Actitud de la familia ante el diagnóstico -Género y familia -Momento del diagnóstico

		-Emociones (S) -Pensamientos y sentimientos (S)	-Emociones (S)		-Emociones del familiar frente a la presencia del TB -Pensamientos y sentimientos
Después		-Red de apoyo familiar (S) -Red de apoyo profesional (S) -Ausencia de red de apoyo familiar(S)	-Red de apoyo familiar (S, F) -Importancia de ayuda profesional (S, F) -Red de apoyo otras (S, F)	-Red de apoyo económico familiar (S, F) -Red de apoyo familiar (S, F) -Red de apoyo institucional (S, F) -Red de apoyo profesional (S, F) -Importancia de ayuda profesional (S, F) -Ausencia de red de apoyo familiar (S, F) -Red de apoyo otras (S, F)	-Red de apoyo familiar para familiares -Red de apoyo familiar para otros familiares con enfermedades mentales -Red de apoyo institucional para otros familiares con enfermedades mentales -Red de apoyo

					<ul style="list-style-type: none"> profesional con familiares -Red de apoyo profesional para otros familiares con enfermedades mentales -Ausencia de red de apoyo familiar -Red de apoyo religioso para familiares -Red de apoyo institucional para familiares -Importancia de Dios en familiares -Importancia de ayuda profesional para familiares
		<ul style="list-style-type: none"> -Cambio de escuela (S) -Conductas psicosociales dañinas (s) -Conductas psicosociales (s) -Experiencias con el 	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio de escuela (S) -Aspiraciones y metas escolares (S) -Conductas psicosociales (S) -Sujeto clave principal proveedor 	<ul style="list-style-type: none"> -Conductas intelectual(S) -Conductas psicosociales dañinas (S) -Conductas psicosociales(S) -Conductas 	<ul style="list-style-type: none"> -Características de su personalidad familiares -Casamiento de familiares -Contexto laboral del familiar

		<p>alcohol y las drogas (S)</p> <p>-Recuerdos negativos (S)</p> <p>-Violencia escolar (F)</p> <p>-Violencia familiar (S)</p> <p>-Violencia propiciada por el Sujeto clave (S)</p> <p>-Violencia sexual (S)</p>	<p>económico (S, F)</p> <p>-Sujeto clave y contexto laboral(S)</p> <p>-Violencia familiar(S)</p> <p>-Violencia profesional (S)</p>	<p>psicosociales positivas (S)</p> <p>-Adicciones familiares (S)</p> <p>-Experiencias con el alcohol y drogas (S)</p> <p>-Sujeto clave principal proveedor económico (s, f)</p> <p>-Sujeto clave y contexto laboral (S, F)</p> <p>-Importancia del trabajo laboral (S)</p> <p>-Funcionalidad laboral (F)</p> <p>-Recuerdos negativos (S)</p> <p>-Violencia familiar (S)</p> <p>-Violencia física (S)</p> <p>Violencia propiciada por el Sujeto clave (S)</p> <p>-Violencia psicológica (S)</p>	<p>-Adicciones familiares</p> <p>-Afecciones de salud por el cuidado del sujeto clave en familiares</p> <p>-Baja autoestima en familiares</p> <p>-Cambio de dinámica familiar</p> <p>-Cambio de vivienda</p> <p>-Características de la familia de origen</p> <p>-Características de la familia nuclear</p> <p>-Fallecimiento de familiares</p> <p>-Familiar como principal proveedor económico</p> <p>-Problemas de salud</p> <p>-Problemas económicos</p> <p>-Recuerdos negativos en</p>
--	--	--	--	--	---

					familiares -Separación de familiares -Violencia familiar -Violencia Física -Violencia psicológica -Violencia profesional -Embarazo
		-Crisis (S) -Experiencia con otros medicamentos (S) -Percepción positiva de los familiares ante el TB (F) -Pérdida de habilidades intelectuales (S, F) -Síntomas de crisis del Sujeto clave (S) -Problemas económicos (S) -Reanudación de la medicalización (S) -Auto Estigmatización (S) -Efectos del medicamento (S) -Estigmatización (S)	-Crisis (S) -Experiencia con otros medicamentos (S) -Percepción positiva de los familiares ante el TB (F) -Percepción de funcionalidad (F) -Percepción de las características conductuales (F) -Percepción hacia las enfermedades mentales (S) -Percepción negativa de la familia ante el TB (S)	-Crisis (S) -Experiencia con otros medicamentos (S) -Pérdida de habilidades físicas (S, F) -Percepción positiva de los familiares ante el TB (F) -Pérdida de habilidades intelectuales (S, F) -Percepción de funcionalidad (F) -Percepción de las características conductuales (F) -Percepción hacia las enfermedades	-Acciones de los familiares ante la manifestación del TB -Acciones positivas de los familiares -Actitud de la familia ante el diagnóstico -Conflictos derivados por el TB -Auto estigmatización -Búsqueda de información sobre enfermedades mentales

		<ul style="list-style-type: none"> -Importancia de los medicamentos (S) -Internamiento por TB (S, F) -Momento de la medicalización (S) -Experiencia negativa en instituciones de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> -Percepción positiva hacia el SC y los medicamentos -Posibles estresores del TB (S, F) -Auto Estigmatización (S) -Efectos del medicamento (S) -Importancia de los medicamentos (S, F) -Internamiento por TB (S, F) -Acciones positivas TB (S) -Actitud ante el diagnóstico (S) -Auto reconocimiento de síntomas (S) -Concepto de la enfermedad mental (S) -Expectativas para el futuro (F) -Falta de información sobre temas de salud mental (S) 	<p>mentales (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Percepción negativa de la familia el TB (S) -Percepción positiva hacia el SC y los medicamentos -Posibles estresores del TB (S, F) -Síntomas de crisis del sujeto clave (S) -Sujeto clave con comorbilidad (S, F) -Auto Estigmatización (S) -Efectos del medicamento (S, F) -Estigmatización (S) -Importancia de los medicamentos (S) -Internamiento por TB (S, F) -Momento de la medicalización (S) -Acciones positivas TB (S, F) -Actitud diagnóstico (S) -Auto reconocimiento de síntomas (S) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento negativo hacia el sujeto clave por parte de familiares -Conducta de los familiares ante la manifestación del TB -Conflictos laborales por el TB - - Desconocimiento de las enfermedades mentales -Dificultad económica para el acceso de ayuda profesional para familiares -Dificultad económica para el acceso de medicamentos -Estigmatización hacia las enfermedades
--	--	---	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> -Comunicar sobre el TB a terceros (S) -Re significación de la enfermedad mental -Conocimiento de enfermedades mentales (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Concepto de la enfermedad mental (S) -Conocimiento de enfermedades mentales (S) -Re significación de la enfermedad mental -Expectativas para el futuro (S, F) -Falta de información sobre temas de salud mental (S) -Comportamiento del SC (S) -Dificultades económicas para el acceso de ayuda profesional -Falta de atención profesional (S) -Género y TB (S) -Comunicar sobre el TB a terceros (s) -Renuencia a la medicalización 	<ul style="list-style-type: none"> mentales -Expectativas para futuro del sujeto clave -Expectativas para el futuro del sujeto clave y género -Experiencias con otros medicamentos -Falta de información sobre temas de salud mental -Género y familia -Importancia de conocer el diagnóstico -importancia de ayuda profesional para familiares -Importancia de la medicalización -Importancia de trabajar con el sujeto clave y la familia -Negación del diagnóstico
--	--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none">-Negligencia profesional-Percepción negativa de la familia hacia las enfermedades mentales-Posible enfermedad mental no diagnosticada en otros miembros-Posible estresor-Presencia de enfermedades mentales-Preocupación por el futuro del sujeto clave-Reconocimiento de síntomas-Reconocimiento de crisis-Resignificación de la enfermedad mental-Vulnerabilidad del sujeto clave relacionada con el TB
--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> -Renuencia a la medicalización -Percepción positiva de familiares hacia las enfermedades mentales
		<ul style="list-style-type: none"> -Relación con el padre (S) -Relación con la madre (S) -Relación con los hermanos (s) -Relación con los padres (S) -Relación familiar (S) -Relación negativa con los médicos (s) -Comunicación Familiar (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación amorosa (s) -Relación con los hermanos (S) -Relación con los padres (S) -Relación familiar (S) -Relación positiva con los médicos (s) -Comunicación Familiar (S, F) -Interacción familiar (F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación amorosa (S) -Relación complicada con la familia (S) -Relación con el padre (S) -Relación con la madre (S) -Relación con los hijos (S) -Relación con los hermanos (S) -Relación familiar (S) -Relación íntima (S, F) -Comunicación familiar (S, F) -Comunicación familiar mala (S, F) -Interacción familiar (S, F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Relación amorosa -Relación con los amigos -Relación con el esposo/a -Relación con el ex esposo/a -Relación con el papá -Relación con el sujeto clave -Relación familia política -Relación con la madre -Relación con los hermanos -Relación conflictiva por el TB -Roles de la familia

					<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración familiar -Comunicación familiar -Comunicación familiar mala -Comunicación buena con el sujeto clave -Interacción familiar -Interacción familiar mala
		<ul style="list-style-type: none"> -Emociones por internamiento (F) -Pensamiento y sentimientos (S) 	<ul style="list-style-type: none"> -Emociones (S) -Pensamientos y sentimientos (S, F) Sentimientos de culpa (F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Pensamientos y sentimientos (S) -Sentimientos de culpa (F) 	<ul style="list-style-type: none"> -Empatía hacia el SC por el TB -Pensamientos y sentimientos del familiar -Pensamientos y sentimientos cuando hay crisis -Emociones del familiar cuando hay crisis -Sentimientos de frustración

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acurio D. (2011). *La salud y la vida*. Vol.3. Primera Edición. Ecuador.
- Alegre-Agís, E. (2016). La experiencia sintomatológica: significación y resignificación del diagnóstico en tres casos de trastorno mental severo. *Rev. Arx d'Etnografia Catalunya*.
- Almonacid, C., Burgos, N., Maldonado, V. y Polo, J. (2007). Representaciones sociales existentes en una familia hacia uno de sus miembros con trastorno afectivo bipolar. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 183-204. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996004.pdf>
- Alonso, J., y Castellanos, J. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Psychosocial Intervention*. Vol.15 no.3. Madrid 2006. Versión on-line ISSN: 2173-4712, versión impresa: ISSN: 1132-0559.
- Alonso, M., Arce, Benabarre, Bravo, de Dios, Ezquiaga. (2012). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Universidad de Alcalá Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid.
- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Andersen, B. (2000). *Doing the Dirty Work, The Global Politics of Domestic Labor*. New York, New York: Zed Books.
- Annells, M. (1996). *Grounded theory method: Philosophical perspectives, paradigms of inquiry, and postmodernism*. *Qualitative Health Research*. Vol. 6 (3). Pp. 379-393
- Apter, T. (1994). *Difficult Mothers. Understanding and overcoming their power*. New York. London. W.W. Norton & Company, Inc.
- Ariza M, y Oliveira, O. (2004). *Universo familiar y procesos demográficos. Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: UNAM.
- Ariza, M., y Oliveira, O. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio del siglo*. México: UNAM.
- Ariza, M., y Oliveira, O. (2010). *Desigualdades sociales y relaciones intrafamiliares en el México del siglo XXI*. México: UNAM.
- Armon, C. (1986a). "The thesis of constructionism", en Harré, Rom (ed.), *The social construction of emotions*, Basil Blackwell, Oxford.
- Armon, C. (1986b). "The social functions of emotion", en Harré, Rom (ed.), *The social construction of emotions*, Basil Blackwell, Oxford.

- Armus, D. (2012). Historia/historia de la enfermedad/historia de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol. 16 (3). Pp. 264-271.
- Arriagada, I. (1998). Familias latinoamericanas: Convergencia y divergencia de modelos y políticas. *Revista de la CEPAL*, 65. Recuperado de <http://archivo.cepal.org/pdfs/revistaCepal/Sp/065085102.pdf>
- Arrom C, C., Samudio, M., Routi, M y Orue, E.. (2015). *Síndrome depresivo en la adolescencia asociado al género, abuso sexual, violencia física y psicológica*. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. Vol. 13 (3). Pp. 39-44.
- Barrera, L., Sánchez, B., Mabel, G., y González (2013). *La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica*. *Revista cubana de enfermería*, 29 (1).
- Basco, M, y Rush, A. (1996). *Cognitive- behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Bazdresch, M (2000). *Vivir la educación, transformar la práctica*. Guadalajara: Secretaria de Educación Jalisco.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex*. Recuperado en línea el 13 de Marzo de 2018 <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Berenzon, S., Galván, J. , Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L., Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud mental* vol.37. No.4.: México.
- Bericat, E., (1998). En *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social: significado y medida*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Berrios, R. (2000): *La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa*. *Paidea puertorriqueña*, 2(1), 1-17.
- Bertraux, D. (1999). *Los relatos de la vida en el análisis social*. En Aceves L. (compilador). *Historia oral* (pp 23-45). México: Instituto Mora
- Blanco, M. y Pacheco, E. (2003). *Trabajo y Familia desde un enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas*. *Papeles de población* 9(38). UAEM.
- Blumer (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Editorial Hora.

- Bolaños, F. (2014). *Malestar psicológico determinado socialmente y abuso expresivo en varones*. Salud mental vol.37, no.4, México jul. /ago. 2014.
- Boltansky, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Periferia.
- Boltvinik, J. (1999). *Población y crecimiento económico. ¿Tiene fundamentos científicos el control de la población?* Demos, Revista UNAM. Bonino, L. (2002). *Masculinidad hegemónica o identidad*. Recuperado en línea el 23 de enero del 2020 de.
- Bonilla, M. (2016) *Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada*. Cinta moebio. N° 57. Pp. 305-315.
- Bonino, L. (2002) *Masculinidad hegemónica o identidad*. Recuperado en línea el 23 de enero del 2020 de
- Bonino, L. (2002) *Varones, género y salud mental: Deconstruyendo la normalidad masculina*. Recuperado en línea el 10 de febrero del 2020, de <http://bivir.uacj.mx/Reserva/Documentos/rva200676.pdf>
- Bott, E. (1971). *Family and social network*. London: Tavistock publications.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, Paraninfo.
- Bravo, R. (2005). La enfermedad del silencio. Relato de la madre de un paciente esquizofrénico. *Índex Enfermería*. Vol.14 (51) Pp. 59-62.
- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Cuernavaca, UNAM-CRIM.
- Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere. Redes sociales y muerte infantil*, Editorial: Argentina, ISBN-109508921315, ISBN-13: 978-9508921314, P. 288.
- Browne, K. Herbert, M. (1997) *Preventing family violence*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Bubeck, D. (1995). *Care, Gender and Justice*. Oxford: Clarendon Press.
- Builes, M.V. y Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa, comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 35(4).
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Ciencia y enfermería*. 9(1), pp. 9-14.
- Burín, M, Moncarz, E. y Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada (Ideas y perspectivas)*, Editorial Paidós, Buenos Aires.

- Burke, R. (1999). *Examining the validity structure of qualitative research*. In Milinki Andra K., *Cases in Qualitative Research*. Los Angeles: Pyrczak Publishing
- Burton, P. et al (2007). *Association scan of 14,500 nonsynonymous SNPs in four diseases identifies autoimmunity variants*. *Nat Genet.* Vol. 39 (11) Pp. 1329–1337
- Calvo, F (2005). *Acontecimientos Vitales. En el Trastorno Bipolar: una guía ampliada para pacientes y familiares*. Conselleria de Sanitat de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2005.
- Caraveo, J., Colmenares, E. y Martínez, N. (2002). *Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México*. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v44n6/14038.pdf
- Casados, O. (2016). *Coordinador del Capítulo en Monterrey de la Asociación Psiquiatría Mexicana*. Recuperado de <https://www.doctoralia.com.mx/medico/casados+bazan+oscar+noe-12808675>
- Casanova-Rodas, I., Rascón-Gasca, M., Alcántara-Chabelas, H y Soriano-Rodríguez, A. (2014). *Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental*. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v37n5/0185-3325.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000.
- Castro, R. (2002). *En busca del significado, supuestos, análisis y limitaciones del análisis cualitativo*. En Ivonne Szasz y Susana Lerner. *Para comprender la subjetividad* (57-85). México: Ed. Colmex.
- Cava, M. J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). *Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo*. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151-161.
- Cerón, A. y Gutierrez L.J. (2016) *Cambios en las dinámicas Familiares y apoyo social percibido por cuidadores de niños con leucemia*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Departamento de Ciencias sociales. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.
- Chant, S. (2007). *Género en Latinoamérica*. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Coulter, J. (1989). "Cognitive penetrability and the emotions", En Franks, David D. y Doyle McCarthy (eds.), *The sociology of emotions: original essays and research papers*, Jai Press: Greenwich.
- Crespo, E. (1986). "A regional variation: emotions in Spain", en Harré, Rom (ed.), *The social construction of emotions*, Basil Blackwell, Oxford.
- Creswell, J. W. (2009) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks, California, Sage
- Crow, G. y Hardey, M. (1992): "Diversity and ambiguity among loneparent households in modern Britain", en Catherine Marsh y Sara Arber, (eds.): *Families and Households: Divisions and Change. Explorations in Sociology*. Macmillan Press, London.
- Dallos, M., Pinzón, A., Barrera, C., Mujica, J. y Meneses, J. (2008). *Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas de Bucaramanga, Colombia*. Revista Colombiana de psiquiatría. Vol. 37 (1). Pp. 56-65.
- Day, R. L. (1987). *Relationships between life satisfaction and consumer satisfaction*. En Coskun Samli, A., *Marketing and the quality of life interface*. Nueva York: Quorum Books.
- De la Serna, P. (2001). *Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal*. Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Valencia, 28. España.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2012). *Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica*. En N. Denzin y Lincoln, Y. (comps.). *Manual de la investigación cualitativa*, vol. 1. El campo de la investigación cualitativa, pp. 43-102. España: GEDISA.
- Deslauriers, J. P. y López Estrado, R. E. (2011). *La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social*. Recuperado de [http://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/Investigación Posgrado/Entrevista.pdf](http://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/Investigación%20Posgrado/Entrevista.pdf)
- Devault, M. (1991). *Feeding the Family. The Social Organization as Gendered Work*. United States: The University of Chicago Press.
- Díaz Llanes, G. (2001). El bienestar subjetivo: actualidad y perspectivas, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), pp. 572-579.
- Díaz, R. y Díaz, R. (1994). *Introducción a la Psicología: Un enfoque ecosistémico*. México. Editorial Trillas.
- Echarri, C. (2009). *Estructura y composición de los hogares en la Endifam*. En: Rabell, C. (coord.), *Tramas familiares en el México contemporáneo*. Una

- perspectiva sociodemográfica (pp. 143-175). México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Elder, G.H. (1985). *Life course dynamics, trajectories and transitions, 1968-1980*. Ithaca, Cornell University Press
- Enríquez, R. (2008). *El crisol de la pobreza. Mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*. Guadalajara: ITESO.
- Escandón, R. (2000). *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En M. Castillo Nechar (coord.). *Salud mental, sociedad contemporánea*. México: UAEM.
- Esping-Andersen, G. (2000) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel. Cap. 3. Riesgos sociales y Estado del Bienestar.
- Espinosa, K., y Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería, XVIII (2)*, pp. 23-30.
- Fernández, R. (2005). *Redes sociales, apoyo social y salud*. Periferia: Revista de Reserva e Investigación en Antropología, 3. Recuperado de http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf
- Fernández, S. P. (2009). *Familia y sociedad ante la salud mental*. Revista de Derecho UNED, 4. Recuperado de <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:RDUNED-2009-4-70060/Documento.pdf>
- Fernández-Berrocal, P. y Ruiz, D. (2008). *La inteligencia emocional en la Educación*. Education & Psychology. Recuperado de orientacion.educa.aragon.es/admin/admin_1/file/.../A_contador.pdf
- Ferreirós, C. E. (2007). *Salud mental y derechos humanos: La cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. Madrid: Edita CERMI, 27. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Saludmentalyderechoshumanos.pdf>
- Flanagan, J.C. (1978). *A research approach to improving our quality of life*. American Psychologist, 33, Pp. 138-147.
- Flores, S., Moreno, B., Romero F. y Wynne, E. (2015). *La situación de la salud en México*. En Lopez, M. (coord.). *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*. Encuesta Nacional de Salud, Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- Flórez, J. (1997). *Psicopatología de los cuidadores habituales ancianos*. Revista Departamento de Medicina. Barcelona: Universidad de Oviedo.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). *Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder*. Biological psychiatry, 48(6), 593–604. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00969-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00969-0)

- Frank, J. (1994). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Franks, P. Campbell, T. y Shields, C. (1992). Social Relationships and Health: The relative Roles of Family Functioning and Social support. *Soc. Sci. Med.* v.34, no. 7.
- Freudenberguer HJ. (1974). *Staff burnout*. *Soc Issues.*;30:159-65.
- Frijda, N. (1988). "Moods, emotion episodes, and emotions". En Lewis, Michael y Jeannette Haviland-Jones (eds.) *Handbook of emotions*. Guilford Press, Nueva York.
- Funk, M., Drew, N. y Saraceno, B.(2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Si a la atención, no a la exclusión*. www.Who.Int/mental-health/policy/legislation/wito-Resouce-Book-MH-LEG-Spansh.pdf.
- García B., Blanco M. y Pacheco E. (1999) Género y trabajo extra doméstico en México. En García B.(coord.) *Mujer, género y población en México*. México, D.F: COLMEX.
- García, B. y de Oliveira, O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*, El Colegio de México, México.
- García-Silberman, S. (2002). *Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental*. *Salud Pública Mex*, 44(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400001
- Garduño, L., Salinas, B. y Rojas, M.(coords.) (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Ed. Plaza y Valdés y Universidad de las Américas, Puebla. Rojas, M. (2005). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos. Consideraciones para la política pública.
- Gelles, R. J. (1993) Family violence, en Hampton, R. L; Gullota, T. P. (eds) Family violence. Prevention and treatment. Londres: Sage Publications. [[Links](#)]
- Giddens, A. (1998). *La transformación de la intimidad*. Madrid, España: Ed. Cátedra
- Giddens, A. (1998). *Sociología*, Alianza, Madrid.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid, España: Taurus.
- Giddens, A. (2004). *Sociología*. México: Alianza Editorial.
- Giddens, A. (2009). *Sociología*. México: Alianza Editorial.

- Gil, P. (2014). *Reconociendo las emociones. ¿Qué son? Y ¿Para qué sirven?*, recuperado en línea el 14 de febrero del 2020 de https://extension-uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/reconociendolasemocionesquesonyparaquesirvenpdf.
- Giráldez, L., Vallina, Fernández, O., Fernández Iglesias, Purificación, Fonseca, E., y Paino, M. (2010). Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3),299-318. [fecha de Consulta 22 de febrero de 2020]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180615360008>
- Giráldez, S. (2003). *La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio*. Madrid, España: Papeles del psicólogo, 24(85). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf>
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press
- Glick, P. (1947) *The family life cycle*. American Sociological Review.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. London: Penguin.
- Goldani, A (2005) *Reinventar políticas para familias reinventadas: entre la realidad brasileña y la utopía*. CEPAL, 45. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/6822>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona, España: Kairós Editores.
- Gonzalbo, P. y Rabell, C. (1999). *Familia y vida privada en la historia de Iberoamérica*. México: Colmex / UNAM.
- González de la Rocha, M. (1986). *Los recursos de la pobreza: familias de bajos ingresos de Guadalajara*. México: Ed. El Colegio de Jalisco.
- González, F., Gonzalez, J., Lopez, M., Olivares, D., Polo, C., y Rullas, M. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastornos graves. *Norte de salud mental*. Vol. 11 (45). Pp. 23-32.
- Goode, W. J. y Hatt, P. (1991). *Métodos de investigación social*. México: Trillas
- Gordon, S. (1990). "Social structural effects on emotions". En Kemper, Theodore D. (ed.), *Research agenda in the sociology of emotions*. State University of New York Press, Nueva York.
- Greenwald (2003) *Long-term semantic memory versus contextual memory in unconscious number processing*. *Journal of Experimental Psychology Learning and Memory and Cognition* (29), 235-247.

- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. En N.K. Denzin y S. Lincoln (eds.), *Handbook of quality research*, Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications.
- Guillemette, F. (2006). *L'approche de la Grounded Theory; pour innover? Recherches qualitatives*, Vol. 26 (1). Pp. 32-50.
- Gunderman, K. (2004). *El método de los estudios de caso*. En María Luisa Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Miguel Ángel Porrúa-El Colegio de México. FLACSO, 251-288.
- Gutiérrez, L. (2008). *Curso evolutivo y calidad de vida en el trastorno bipolar*. Universidad de Granada (España) Tesis doctoral.
- Gutiérrez, S. y Valladares, E. (2006). *La perspectiva "curso de vida" como eje interdisciplinario en la investigación sociodemográfica en la "nueva" formación familiar: una reflexión sobre el caso mexicano*. En Rocío Rosales Ortega (coord.), *La interdisciplina en las ciencias sociales*. España: Ed. Anthropos.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, K.S (2009). *El método historia de vida: alcances y potencialidades*. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/economia/metodo-de-investigación-cualitativa.htm>
- Hochschild, A. (1990). *"Ideology and emotion management: a perspective and path for future research"*, en Kemper, Theodore D. (ed.), *Research agenda in the sociology of emotions*, State University of New York Press, Nueva York.
- Hochschild, A.R. (1978). *Emotion, Work, Feeling Rules and Social Structure*. *American Journal of Sociology*.
- Holmgren G., Dagmar, & Lermenda S., Víctor, & Cortés V., Clara, & Cárdenas M., Isabel, & Aguirre A., Karen, & Valenzuela A., Karem (2005). *Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(4),275-286.[fecha de Consulta 16 de Julio de 2020]. ISSN: 0034-7388. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3315/331527700002>
- Homet M. G., (2013). *Violencia y enfermedad mental*. Recuperado en línea el 14 de marzo del 2018 de <http://www.salutmental.cat/la-enfermedad-mental/temas-asociados/violencia-y-enfermedad-mental.html>
- INEGI (2012). *Panorama de violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos*. ENDIRE, 2011. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

- INEGI, (2015). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado en línea el día 23 de junio del 2019 de <http://www.inegi.org.mx/>
- Ingenium A.B.P. Educación en Salud Mental (2017). Recuperado en línea el día 23 de junio del 2019 de <http://ingenium.org.mx/site/>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos no. 21005. Madrid: Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*. Núm. 33/34. Pp. 149-171
- Jiménez, I. y Moya, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*. Número 49. Pp. 420-433.
- Johnson, J. (2001). El papel del padre puede influir en la salud mental de su hijo. Estudio publicado en la revista médica *Archives of General Psychiatry*. Mayo 2001.
- Kaztman, R. (1992). "¿Por qué los hombres son tan irresponsables?", en *Revista de la cepal*, núm. 46, cepal, Santiago de Chile, abril. (coord.) (1999). *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*, pnud / cepal, Uruguay.
- Kemper, Th. D. (1978). *Toward a Sociology of Emotions: some Problems and some Solutions*. The America Sociologist.
- Kemper, Th. D. (1989). *Love and like love and love*. En D.D. Franks, E.
- Kessler, R. (1999). The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 2-9.
- Kornblit, A. (1996). *Somática familiar*. En *Enfermedad orgánica y familia*. España: Gedisa S.A.
- Kuthy M. I. (1993). *El paciente terminal y su familia*. Revista del Residente de Psiquiatría. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Lam, D., Jones, S., Hayward, P. y Bright, J. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concept, methods, and practice*, Chichester, New York: Wiley.

- Larrahondo, B F. (2016). *La Carrera del paciente mental: un estudio de tres familias*. Revista de Sociología y Antropología VIRAJES, 18(1), 263-287. DOI: 10.15151/rasv.2016.18.1.12
- Larson y Almeida, D. (1999). *Emotional transmission in the daily lives of families: A new paradigm of studying family process*. Journal of marriage and family, 61(1), 5-20.
- Levi, L. y L. Anderson (1975). *Psychosocial stress: population, environment and quality of life*. Nueva York, S.P. Books Division of Spectrum Publications Inc.
- Lin, N., Simeone, R.S., Ensel W.M. y Kuo, W. (1979). Social support stressful life events and illness: a model and empirical test. *J. Health Behaviour*, 20(2), 108-119.
- Lolich, M., Vásquez, G., Álvarez, L. y Tamayo, J. (2012). *Intervenciones psicosociales en el Trastorno Bipolar: una revisión*. Actas Esp. Psiquiatría 40(2), 84-92. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-84-92-211350.pdf>
- Lomintz, L.A (1975). *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI Editores.
- Lonergan, B. (2008). *Conocimiento y Aprendizaje*. Universidad Iberoamericana: México, D.F.
- López Romo, H., Rodríguez, M. y Hernández, M. (2012). *Ilustración de las familias en México*. México: Ed. Instituto de Investigaciones Sociales.
- López, A. D. y Murray, C. (1998). *The global burden of disease, 1990-2020*. *Natural Medicine*, 4(11).
- López, M. (2007). *Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*. *Anales de medicina Interna*. Vol.24 (5). Pp. 209-211.
- Lucca, I. N. y Berríos Rivera, R. (2003). *Investigación cualitativa en educación y ciencias sociales*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Lutz, C. (1986). "The domain of emotion words on Ifaluk", en Harré, Rom (ed.), *The social construction of emotions*, Basil Blackwell, Oxford.
- Macías, A. (2004). Roles parentales y trabajo fuera del hogar. *Psicología desde el caribe*. Núm. 13. Pp. 15-28.
- Mannheim, K. (1928): *El problema de las generaciones*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 62 [1993].

- Márquez, J. (2019). *El trastorno bipolar y las relaciones afectivas*. Psicología clínica febrero 2019.
- Martínez, M. y Camarero, L. (2015). *La reproducción de la violencia de género: una lectura desde las áreas rurales*. Estudios sobre despoblación y desarrollo rural. Núm. 19. Pp. 1-30.
- Martínez, M., López, A., Díaz, A. y Teseiro, M. (2015). *Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas*. *Revista de Medicina Electrónica*. Vol. 37 (3). Pp. 237-245.
- Mauthner, M. (2005). Distant Lives, Still Voices: Sistering in Family Sociology. *Sociology*. Vol. 39 (4). Pp. 623-642.
- Mckernan, J. (1999). *Investigación, acción y curriculum*. Madrid: Morata.
- Medellín, M., Rivera, M.E., López, J., Kanán, G. y Rodríguez A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Revista Salud Mental*, 35, 147-154. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3502/sm3502147.pdf>
- Medina Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, A. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22,
- Medina-Mora M, Borges G, Benjet C. (2007). *British Journal of Psychiatry* (190) 521-528.
- Miklowitz, D. (2004). *El trastorno bipolar, una guía práctica para familias y pacientes*. Barcelona: Paidós.
- Miles, S. (2000). *Youth Lifestyles in a Changing World*. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Moliner, R. (2005). La familia como espacio de socialización en la infancia. En *Antología del Diplomado Derechos de la Infancia. Infancia en Riesgo*. UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 59-65. Recuperado de <http://www.uam.mx/cdi/derinfancia/4moliner.pdf>
- Montes, J.M. (2018). El trastorno bipolar evoluciona mucho mejor con un paciente empoderado. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramon y Cajal. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/-el-trastorno-bipolar-evolucion-a-mucho-mejor-con-un-paciente-empoderado--1683>

- Mora, M. (2005). *Emoción, género y vida cotidiana: apuntes para una intersección antropológica de la paternidad*. Espiral, XII.
- Morales, E. (2012). Familias Eficientes. Sitio web <http://www.stmarys.edu.do/>
- Moreno, N. (2013). Familias cambiantes, paternidad en crisis. *Psicología desde el Caribe*, 30(1),177-209. [fecha de Consulta 22 de febrero de 2020]. ISSN: 0123-417X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21328600009>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. México: Ed. Manual Moderno.
- Mueser, K., Corrigan, P., Hilton, D.W., Tanzman B., Schaub, A., Gingerich, S. Essock S.M., Tarrier N., Morey B., Vogel-Scibilia S., y Herz M. (2002). *Illness management and recovery: A review of the research*, Psychological Association
- Muñoz F., Espinosa, J., Portillo J., Benítez, M.A. (1992) La valoración multidimensional del paciente y su familia. Revista.
- Murray, C. y López, A. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020*. USA: Harvard University, Boston. Recuperado en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf;jsessionid=9F24FEEC2934FFDC0A00EC5097454667?sequence=1
- Newman, C., Leahy, R., Beck, N., Reilly-Harrington M. y Gyulai, L. (2009). *El trastorno bipolar, una aproximación hacia la terapia cognitiva*. España: Paidós.
- Nigenda, G., López, M., Matarazzo, C. y Juárez, C. (2007). *La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar*. Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Pública Mex.*, 49(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400008
- OECD (2014) *Making Mental Health Count*. OECD.ORG Recuperado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>
- Oliveira, O. (1998). "Familia y relaciones de género en México", en Schmukler, Beatriz (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación*, Population Council / Edamex, México.
- Omran, A. (1971) "The Epidemiologic Transition'. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 49(4).
- OMS (2003). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental*. Ginebra: O.M.S.; 2003

- OMS (2006a). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2006b). *Manual de los recursos de la OMS sobre Salud Mental. Derechos Humanos y legislación. Sí a la atención, no a la exclusión.* Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2007). *¿Qué es la salud mental?* Recuperado en línea el 15 de abril del 2019 de <http://www.who.int/features/qa/62/es>.
- OMS (2011). *Informe sobre sistema de salud mental en México.* Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013). Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf?sequence=1
- OMS (2015). “Esperanza de vida por entidad federativa (2014)”. Recuperado en línea el 23 de marzo de 2020 de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>.
- ONU. (2006) *Panorama social de América Latina 2005.* Organización de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Ortega R. (2004). “Representaciones sociales de la pobreza y las prácticas sociales. Un estudio comparativo”. En Arriaga S. (Ed.) *Del pensamiento social a la participación. Estudios de psicología social en México.* México: UAM.
- Ospina M., Doris; Zuvic R., Fernando Ivanovic y Lolas S., Fernando. (2006). Trastorno bipolar desde la perspectiva de los familiares. *Revista Trastornos del Ánimo*, 5(1), 28-36.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2011). *Desarrollo Humano.* McGraw Hill.
- Parsons, T. & Shils, E. (2001). *Toward a General Theory of Action.* Theoretical Foundations for the Social Sciences. USA. Transaction Publishers
- Pérez Duarte, A, (1994). *Derechos de familias.* México: FCE.
- Perilla Lozano, L., y Zapata Cadavid, B. (2009). Redes sociales, participación e interacción social. *Revista de Trabajo Social*, 11, 148-151. Recuperado de <http://file:///C:/Users/Carmen/Downloads/Dialnet-RedesSocialesParticipacionE InteraccionSocial-4085233.pdf>
- Perinbanayagam, R. S. (1989). “Signifying emotions”. En Franks, David D. y Doyle McCarthy (eds.). *The sociology of emotions: original essays and research papers.* Jai Press, Greenwich.

- Pichot, P., López-Ibor, J. y Valdés Miyar, M. (2001). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Pinedo, M., Arce Cordón, R., Benabarre, A., Bravo, M., De Dios Perrino, C., Ezquiaga, E., Famoso, P. Fernández A., Freund, N. González, J., Goikolea, J.M., Jiménez, E., Lahera, G., Montes, J.M, Marinas L., Moreno, C., Pastor, C., Peña, M., Reinares, M., Rojas, P., Sevillá, J., Bravo M.F. Fernández, A. Lahera, G. y Lalucat, L. (2000). *Familia, género y pobreza*. México: Grupo Interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza (GIMTRAP)
- Piqueras Rodríguez, J., Ramos Linares, V., Martínez González, A., Oblitas Guadalupe, L Armando (2009). EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA. *Suma Psicológica*, 16(2),85-112. [fecha de Consulta 22 de febrero de 2020]. ISSN: 0121-4381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1342/134213131007>
- Post, R. y Altshuler, I. (2005). Preliminary observations of the effectiveness of levetiracetam in the open adjunctive treatment of refractory bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3).
- Prout, A. (2004) (ed.) *The Body, Childhood and Society*. London: Macmillan.
- Pullium, R. M. (1989). What makes good families: predictors of family welfare in the Philippines. *Journal of Comparative Family Studies*, 20(1), 47-66.
- Rabell Romero, C. (2014). *Los mexicanos, un balance en el cambio demográfico*. México: FCE.
- Rabell, C., y Murillo, S. (2016). Redes sociales de apoyo a necesidades de la vida cotidiana de las familias. *Coyuntura Demográfica*, 10. Recuperado de <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/pdf/numero10/rabell-murillo.pdf>
- Ramos Vidal, N. (2016). *Las redes de apoyo familiar en el afrontamiento de la enfermedad mental*. E-VOLUNTAS Voluntariado, sociedad civil e intervención comunitaria. Recuperado de <https://evoluntas.wordpress.com/2016/12/05/apoyo-familiar-enfermedad-mental/>
- Ramos, L. (2014) *¿Por qué hablar de género y salud mental?* Salud mental vol.37, no.4, México julio/agosto 2014.
- Ramos, S. (1991). *Las relaciones de parentesco y de ayuda mutua en los sectores populares urbanos*. Un estudio de caso. *CEDES*. 4(1).

- Ramos, S.; y Robles, B. (2015). "La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones". *Rehabilitación Psicosocial*, 12(1), 18-24.
- Rangel, J. (2010). *Trayectorias y representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de mujeres participantes en programas sociales*. Obtenido del Repositorio Institucional del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente se pone a disposición general bajo los términos y condiciones de la siguiente licencia: <http://quijote.biblio.iteso.mx/licencias/CC-BY-NC-2.5-MX.pdf>
- Rangel, J., Méndez, O, y Servín, B. (2015). *Reconfiguraciones familiares en el México de hoy miradas críticas*. México: Ed. Porrúa / UANL.
- Rangel, J., Villanueva, N, y Vásquez, I. (2015). Curso de vida familiar y trayectorias en salud de actores sociales adscritos a políticas públicas. pp. 19-40 del libro *Reconfiguraciones familiares en el México de hoy miradas críticas*. Mexico: Ed. Porrúa.UANL.
- Reig, E. y Dionne G. (2004). Relation between social representations of life satisfaction with perception of happiness in adults self-perceived as honest professionals. International Conference on Cognitive Systems.
- Reiser, R. y Thompson (2006). *Trastorno Bipolar*. México: Ed. Manual Moderno.
- Restrepo Rivera, A. M., & Acevedo Velasco, V. E. (2009). Evaluación del funcionamiento de una familia con un adolescente con Trastorno Afectivo Bipolar. [Performance evaluation of a family with an adolescent with bipolar affective disorder]. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 161–174. Colombia: Sello Editorial Javeriano
- Reyes, H., Gómez, H., Torres, L., Tomé, P., Galván, G., González, M. y Gutiérrez, G. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rpsp/2009.v25n4/328-336/>
- Ritzer, G. (1993). *Teoría Sociológica clásica*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Rivas, J. Y Ostiguín, M. (2011). *Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?* Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol. 8 (1). Pp. 49-54.
- Rivas, L. F., & Velasco, M. E. R. (2003). *Transiciones en salud mental*. En: *Anuario 2002, UAM-X*, pp. 287-297.
- Rodrigo, M. J., Martín Quintana J.C., Máiquez, M.L. y Byrne, S. (2008). *Preservación Familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.

- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, C. (2017) Personas proactivas: cómo tener una actitud proactiva. www.hacerfamilia.com
- Rodríguez, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. Vol. 16 (2) Pp. 85-112.
- Romero. (2011). *Mujeres y Adicciones*. CENADIC Editor: Romero Mendoza Martha, Medina-Mora María Elena, Rodríguez Ajenjo Carlos. 2da Edición.
- Rosales, R., Gutiérrez, S., y Torres, J. (2006). *La invisibilidad del cuidado de los enfermos, crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos, Guadalajara*. México: Editorial Universitaria /UdeG.
- Ruelas, M. y Salgado, V. (2014). Adultos mayores como cuidadores de otros. En: V. Montes de Oca (coord.), *Vejez, Salud y Sociedad en México*. (pp. 249-281). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ruiloba y Ferrer (2000). *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión*. Barcelona: Ed. Masson
- Ruíz Olabuénaga, J. I. (2012). Historias de vida. En *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. 267-313.
- Ruíz, M., Roperio, C., Amar, J. y Amarís, M. (2003). Familia con violencia conyugal y su relación con la formación del autoconcepto. *Psicología desde el caribe*. Núm. 11. Pp. 1-23.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 45(5), 486-495.
- Ryan, R y E. Deci. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social bevelopment and well-being*. *American Psychologist*, 55(1), 66-78.
- Sabrino, L. (2008). *Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos*. *AV. Psicol.* 16 (1). Pp.109-137.
- Salles, V. (1991). *Las familias, las culturas, las identidades*. México: Colmex.
- Salles, V., y Tuirán, R. (1996). *Mitos y creencias sobre la vida familiar*. *Revista Mexicana de Sociología*, UNAM.
- Sandoval, J. y Richard, M (2005). *La Salud Mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Comisión Bicamaral del sistema de bibliotecas. Secretaria de Servicios parlamentarios.

- Santamarina, C. y Marinas, J.M. (1995). *Historias de vida e historia oral*. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (coords), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Ed. Síntesis.
- Santibáñez, P., Henson, I. y Troncoso, E. (2013). *Utilización del Family functioning style scale en familias con un miembro diagnosticado con trastorno bipolar: Una mirada desde el paciente y la familia*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXII (3). Recuperada de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281935590008.pdf>
- Sapin, M., Widmer, E.D. e Iglesias, K. (2016). *From support to overload: Patterns of positive and negative family relationships of adults with mental illness over time*. Journal Social Networks, 47.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. y Ahadi, S. (2002). *Culture, personality and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction*. Journal of Personality and Social Psychology, 82(4).
- Schwandt, T. (1994): *Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry*. En Denzin, n. K. & Lincoln, y. S. (Eds.): Handbook of Qualitative Research in education. Sage, London.
- Secretaría de Salud (2005) Comunicado de Prensa 422, 16 ago. 2005.
- Secretaría de Salud (2017) Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México, 2017 p. 65
- Secretaría de Salud (2018) Programa de Acción Específico en Salud Mental, 2013-2018.
- Servín, B. y Osorio, J. (2015). Introducción al libro: *Reconfiguraciones familiares en el México de hoy, una mirada crítica*.
- Simmel, G. (1986). *El individuo y la libertad. Ensayos de crítica de la cultura*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Sluzki, C. (2002). *De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social*. En Davas E. y Najmanovich, D. *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Smart, C. (2007). *Personal life: new directions in sociological thinking*. Cambridge, UK Malden, MA: Polity. [ISBN 9780745639178](https://doi.org/10.1017/9780745639178).
- Solano, M., Vázquez, C. (2014). *Familia en la salud y en la enfermedad mental*. Vol. 43, núm. 4, paginas 194-202, (octubre-diciembre 2014). DOI: 10.1016/j.rcp-2014.05-001.

- Stones, M.J y Kozma. (1985). *Structural Relationships among Happiness Scales: A Second Order Factorial Study*, *Social Indicators Research*, (17), 19-28.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Szasz, I. y Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad" investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: Colegio de México.
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna*. Buenos Aires, Ediciones la Flor.
- Tuirán, R. (2001). *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica. Estructura familiar y trayectorias de vida en México*. México: Porrúa.
- Ullmann, H.: Maldonado, C. y Nives, M. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. Santiago de Chile: ONU/CEPAL-UNICEF.
- Ustun, T. (1999). *The global burden of mental disorders*. *Am J. Public Health*, 89(9).
- Vallina, O., Fernández, P. y Lemos, S. (2011) *La intervención temprana. Un nuevo marco y oportunidad para la prevención de la psicosis*. En Informe del Estado Actual de la Prevención en Salud Mental. Real Patronato de la Discapacidad
- Van Dierendonck, D., Haynes, C., Borrill, C. & Stride, C. (2004). *Leadership behaviors and subordinate well-being*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(2), 165-175.
- Vargas (2002). *Los huicholes y su salud. Una investigación cualitativa*. En Ivonne Szasz y Susana Lerner, *Para comprender la subjetividad*. México: Colmex.
- Vargas Huicochea, I. (2009). *Percepción de la enfermedad, prácticas de atención a la salud y contexto familiar en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar*. Tesis de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.remeri.org.mx/portal/REMERI.jsp?id=oai:tesis.dgbiblio.unam.mx:000650425>
- Vela Peón, F. (2004). *Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa*. En María Luisa Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y*

comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social, México: Porrúa / El Colegio de México / FLACSO, 63-95.

Vela, E. (2015). La masculinidad y la salud mental, recuperado en línea el 09 de febrero del 2010.

Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol. 8 (3).

Vieta, E. (1999). *Abordaje actual de los trastornos bipolares*. Barcelona: Masson.

Vieta, E., Colom, F. y Martínez, A. (2004). *La enfermedad de las emociones. El trastorno Bipolar*. Barcelona, España: Ars Medica.

Welti-Chanes, C. (2015). *¡Qué familia! La familia en México en el siglo XXI Encuesta Nacional de Familia*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

WHO-AIMS. (2013). *Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington: OMS.

Wilson, W. (1967). *Correlates of Avowed Happiness*. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.

Wolcott, H. (1993). Sobre la intención etnográfica. En H. Velasco, F. J. García Castaño y A. Díaz de Rada (eds.), *Lecturas de antropología para educadores: el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar*. Madrid: Trotta, 127-144.

Yanes, J., y González, M. (2015). Correlatos cognitivos y comportamentales de la violencia observada en los progenitores. Tesis España 2015. *Psicothema* ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2000. Vol. 12, nº 1, pp. 41-48

Zheng, L. y G. Tao. (2001). The influential factor son quality of life in children. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 105-107.

Znaniecki, F. (1934), *The Method of Sociology*, Nueva York, Rinehart.