

# Dinámicas familiares y riesgos sociales ante la presencia de trastorno bipolar: un análisis desde la perspectiva del portador y la ausencia de un Estado de bienestar

---

Family dynamics and social risks in the presence of bipolar disorder: an analysis from the carrier's perspective and absence of a welfare state

*Alma Yolanda Elguezabal Castillo*

Universidad Iberoamericana Torreón

*José Manuel Rangel Esquivel*

*Esmeralda González Almontes*

Universidad Autónoma de Nuevo León

## Resumen

En este documento se plantea cómo dos componentes esenciales en la consolidación del bienestar, la familia y el Estado, se implican mutuamente ante la presencia de la enfermedad mental como el trastorno bipolar (TB), así como las situaciones de riesgo presente en las familias de los sujetos portadores de esta enfermedad considerada como trastorno. A partir de aproximaciones cualitativas, mediante la reconstrucción de historias de vida, se detecta que las familias constituyen la red social de apoyo fundamental en las

## Abstract

In this document, it is proposed how two essential components in the consolidation of well-being: the family and the State, are mutually involved in the presence of mental illness such as bipolar disorder (BD), as well as risk situations present in families of the subjects carrying this disease considered as a disorder. From qualitative approaches, through the reconstruction of life stories, it is detected that families constitute the social network of vital support in the trajectories of health processes – illness– attention. However, there are also

trayectorias de los procesos de salud –enfermedad– atención, no obstante, también están presentes adversidades al interior de éstas, como son los diferentes tipos de violencia. Asimismo, se detectan emociones construidas en el cuidado del sujeto portador del TB, lo que permite reflexionar más a fondo sobre el papel que tienen en la actualidad los dos componentes del bienestar mencionados en la consecución de políticas públicas incluyentes.

*Palabras clave*

Estado de bienestar, familia, dinámica familiar, salud mental y riesgo social.

adversities presented within these, such as the different types of violence. Likewise, constructed emotions are detected in the care of the BD carrying subject, which allows reflecting more deeply on the role that the two components of well-being mentioned in the achievement of inclusive public policies currently have.

*Keywords*

Welfare state, family, family dynamics, mental health and social risk.

## Introducción

Actualmente, la familia es una institución social cuyo trasfondo contiene un cúmulo de historia y evolución en la vida del ser humano. Para que las familias estén constituidas como en la actualidad las conceptualizamos, han sufrido transformaciones que se ligan estrechamente a la sociedad en la que se desenvuelve, es decir, las familias como agentes de bienestar, como espacio de contención ante diversas situaciones de inseguridad, como ámbito de interacción y convivencia, así como agente para el equilibrio psicológico, el afecto y los cuidados, constituyen reconfiguraciones que hoy en día se analizan desde la demografía, la sociología, la antropología y la economía. Como se ha planteado desde el trabajo de investigación de tesis doctoral titulada *Transiciones y reconstrucciones familiares en el desarrollo del trastorno bipolar: estudios de caso de familias en Monterrey, Nuevo León*, la familia es un grupo primario en donde el ser humano comienza a interactuar con su entorno y aprende los valores, costumbres y prácticas sociales, ya que éste es el ambiente en donde se dan las primeras interacciones con otros seres humanos para posteriormente socializar con otros (Moliner, 2005).

Como el micro-fundamento de la sociedad, la familia ha sido reconocida como una institución social nuclear y su función más importante

es proporcionar una integración emocional. Es un nido seguro en donde los padres entregan nuevas generaciones a la sociedad (Salles y Tuirán, 1996); el misterio de su composición 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 la tendencia es cada vez más hogares monoparentales encabezados por mujeres y menos hogares biparentales, debido a su composición generacional y al ciclo de vida.

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 las 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 I se muestran los diversos tipos de estructuras de los hogares en Latinoamérica (Chant, 2007), pues es importante comprender las formas de interacción que se presentan cuando existe un miembro de la familia con enfermedad mental. Reconocer estas tipologías es de relevancia 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 (TB).

Tabla I  
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 (reconstituido)	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, o incluso de manera multigeneracional.
Hogar nuclear compuesto	Arreglo en el cual dos o más familias relacionadas comparten el mismo espacio (la vivienda o el 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 sola (generalmente de edad mayor).
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 (parientas 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 más amplio (normalmente el de sus padres). A veces llamada <i>subfamilia con cabeza femenina</i> .

---

Fuente: Chant (2007).

En este sentido, la diversificación de las estructuras y composiciones de las familias y hogares, así como la asignación de los roles dentro de ellas son importantes, sobre todo cuando en éstas existe la responsabilidad

de la supervisión y cuidado cuando uno de sus miembros se enfrenta al trastorno bipolar, 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 en la actualidad como señala Giddens (2009) las mujeres presentan una contradicción, por un lado, el ser independientes en los ámbitos profesional-económico, y por otro, ser madres que deben estar presentes en el crecimiento de sus hijos.

Respecto de los diferentes tipos de hogares contruidos para la Encuesta Nacional de las Dinámicas de las Familias en México –nuclear, extenso, compuesto, corresidentes y unipersonal–, Echarri (2009) analiza 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. No obstante, para el presente estudio se retoma la tipología de Chant (2007), ya que cuando se presentan padecimientos o enfermedades son las mujeres las principales encargadas de proporcionar los cuidados a la familia aun cuando tengan que laborar fuera del hogar. 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 a 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 trastorno bipolar son las mujeres –madre, abuela, hermana– las principales encargadas de esto. A pesar de este soporte, la familia e incluso el propio enfermo pueden o no tener acceso al bienestar, debido a la carencia de seguridad o protección social. Esto hace reflexionar en el argumento de Esping-Andersen (2000) respecto a que el Estado de bienestar es uno de los tres pilares para gestionar los riesgos sociales para los miembros de una sociedad; el bienestar se debe identificar como una hélice en la que sus aspas se nombran cada una como Estado, mercado y familia y se interrelacionan entre sí para funcionar en conjunto.

Por lo anterior, el concepto de familia como una 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. Bajo estos aspectos enunciados hasta el momento, el objetivo principal de este escrito es comprender el tema de la enfermedad mental dentro de las dinámicas de las familias u hogares, ante la ausencia del 'Estado de bienestar' y los riesgos sociales asociados al trastorno bipolar, ubicando a la familia como la principal red de apoyo y de atención/cuidados cuando se carece de seguridad social.

## El Estado de bienestar, el trastorno bipolar y las familias

La Organización Mundial de la Salud (oms, 2013) define a la salud mental como 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. Esto quiere decir que un individuo mentalmente saludable tiene la capacidad de enfrentarse exitosamente a tensiones normales o complicadas en su vida, mismas que conllevan el trabajar de forma fructífera y contribuir a su comunidad. Sin embargo, las personas que han sido diagnosticadas con algún tipo de enfermedad mental no son totalmente independientes y su realidad social suele ser muy distinta al promedio de las personas con quienes convive (Escandón, 2000).

Lo antes mencionado forma parte de las bases establecidas para la consecución del Estado de bienestar, el cual se sustenta en tres principios: el primero es la ayuda, donde todos los ciudadanos tienen derecho a recibir ayuda de aquellos que la pueden dar, como la familia; el segundo es la seguridad social para los trabajadores, fundamentándose bajo la idea de salario justo de quien es productivo económicamente, pero aquellos que por alguna razón no tienen acceso al trabajo deberán recibir apoyos; por último están los derechos sociales de los ciudadanos, donde todos tienen derecho a los servicios públicos que son financiados por instituciones públicas a través de impuestos (Offe, 2002).

Por lo tanto, el Estado de bienestar, desde su fundamentación teórica, ha intentado responder a las necesidades y demandas de derechos sociales de los individuos, sobre todo cuando éstos no pueden acceder a ellos por sus propios medios (Pérez, 1996). Que un individuo porte una enfermedad mental, como es el trastorno bipolar (TB), requiere hacer valer sus derechos desde la presencia y participación de un Estado de bienestar, por ende, en estos casos no se puede considerar una separación entre las acciones del Estado y de las familias, pues a través de la política social se establecería la gestión pública de este riesgo social ante la presencia de enfermedad.

Reiser y Thompson (2006) definen al trastorno bipolar “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” (p. 1).

Los trastornos bipolares se agrupan en cuatro categorías mutuamente excluyentes, según presenten o no episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos: a) trastorno bipolar I; b) trastorno bipolar II; c) trastorno ciclotímico y d) trastorno bipolar no especificado. Según Pichot; López-Ibor y Valdés (2001), en la actualidad la Asociación Americana de Psiquiatría, en el *Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V)*, define al 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 hipomaniacos y afectan los mecanismos que regulan el estado de ánimo.

Algunos riesgos son perennes, mientras que otros oscilan conforme el flujo de la historia avanza. La enfermedad mental, y en este caso el TB que en ciertos momentos pudiese provocar discapacidad en un miembro de una familia, constituye un riesgo social, por esto, desde la perspectiva de Esping-Andersen (2000) los riesgos sociales representan bloques de construcción de los regímenes del bienestar. Éstos se pueden clasificar 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).

Cuando una familia convive con una situación de salud mental, como el TB, puede generar un riesgo social que impacta tanto en el portador como en 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 el TB 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 trastorno bipolar, así como la situación de riesgo en la que se ve envuelta en su trayectoria vital.

Esto, en su momento, coadyuvaría a que se implementen procesos de intervención en lo social, desde las mismas políticas sociales hasta como parte de la Ley General de Salud para el Estado mexicano, como ya se ha propuesto en otros contextos y desde la misma Organización Mundial de la Salud (Rentería, 2018; Casanova-Rodas, Rascón-Gasca, Alcántara-Chabelas *et al.*, 2014; Fernández, 2009; oms, 2004).

La familia es considerada como un espacio de refugio, incluso si sus miembros experimentan situaciones inseguras y de vulnerabilidad, tal es el caso cuando la enfermedad mental se anida en la familia haciendo que el desarrollo y la interacción familiar se modifiquen, no obstante, los miembros familiares adquieren roles individuales que a su vez actúan como piezas de un sistema, donde la familia es una pieza de equilibrio para sus miembros, brindando apoyo psicológico y afectivo cuando más se necesita.

Para entender la importancia de la familia es sustancial reflexionar en cómo los gobiernos e instituciones civiles la han considerado como una institución que es preciso resguardar y ocupa un sitio privilegiado en los planes, programas y políticas. Sin embargo, ante la diversidad de arreglos y configuraciones de las familias es difícil pensar en acciones que desde el Estado se dirijan hacia las situaciones de hogares y familias con integrantes con TB, tal pareciera que se invisibiliza la presencia de estas personas y de los cuidados que requieren.

Dentro de esta reflexión es conveniente comprender qué es la familia y todo lo que ella conlleva, con respecto al cuidado de la salud

mental. Es importante entender su dinámica, pues es interesante como el concepto familia se ha convertido en lo que Giddens (2000) llama acertadamente instituciones concha, es decir, mantienen su nombre conceptual pero en realidad han ido modificándose en su interior; al respecto, en la antigüedad los miembros de una familia se consideraban bienes para la misma, pues participaban en su desarrollo económico, además, no consideraban importante la buena relación entre las distintas cabezas de hogar, así como también, la comunicación y el respeto pasaban a segundo término.

Por otra parte, el número de miembros ha ido disminuyendo y a partir del siglo XX las familias se han modificado; los hogares nucleares se han convertido en un mito lejano, donde una familia compuesta madre, padre e hijos, con roles claramente distribuidos, en los cuales se coloca al padre como el proveedor económico y a la madre en el hogar encargada del cuidado de los hijos prácticamente han desaparecido, ahora las familias son de diversos tipos y reconstituidas con otros tipos de roles (Valdivia, 2008; Goldani, 2005).

En estas nuevas composiciones familiares la idea de una buena relación también se ha modificado, en la actualidad se puede ver que en una buena relación, ya sea matrimonial, parental y/o filial, tiene mayor importancia la equidad en cuanto a derechos y responsabilidades, basándose en la comunicación y el diálogo abierto, situación que en la antigüedad no solía suceder. Esta idea de “buena relación” guarda una gran similitud con la democracia; sin embargo, la realidad dista mucho de esto, pues las relaciones entre los integrantes deberían de circunscribirse dentro de la democracia y el derecho.

Pero, ¿cómo podría ser la familia un refugio sin contar con la confianza y el apoyo de sus miembros? Ésta es la idea de familia que reina en la actualidad y que se encuentra estrechamente ligada con el concepto de Estado de bienestar, es así que se ponen en práctica conceptos básicos de políticas sociales, donde el Estado de bienestar se constituyó en diversos contextos para el desarrollo pleno del ser humano en sociedad, pues se postuló en pro de la seguridad social y libre de riesgos, pero conforme el tiempo avanzó y la sociedad capitalista evolucionó, también lo hicieron

los riesgos sociales. Por ello ha nacido la necesidad de diagnosticar los riesgos sociales conforme sus cambios en la distribución entre el Estado, el mercado y la familia, donde se busca que estos tres actores funcionen en un engranaje correcto para todos.

Para que exista un correcto régimen de bienestar es fundamental que la política pública dirija acciones hacia la gestión pública de los riesgos sociales, donde los riesgos individuales están estrechamente ligados con los riesgos y/o consecuencias colectivas, es decir, se debe buscar el bienestar social (Esping-Andersen, 2000). Al hablar de asuntos que atañen a la sociedad y a la familia, hablamos de leyes y políticas, las cuales deben servir para regir normas, mantener el bienestar y la justicia dentro de las comunidades; sin embargo, cuando se trata de políticas para la familia existen dificultades que se centran en la complejidad del diseño de éstas, pues no todas las familias funcionan igual y se debe tener en cuenta que su acción o intervención están orientadas hacia familias diferentes con trayectorias heterogéneas y no se pueden seguir creando políticas genéricas, pues cada situación familiar es única.

Por tanto, 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 éstos 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 –específicamente las mexicanas– sugiere un análisis que incluya temas como la salud (Rangel, Villanueva y Vázquez, 2015), así, en este estudio se refiere específicamente a la mental. Para comprender la problemática de la salud se hace 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 lo anterior, el proceso salud-enfermedad se construye 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, el cuerpo social en su conjunto (Fernández y Ruíz, 2003). Sin embargo, desde la perspectiva de desigualdad en

la distribución de los servicios de salud en nuestro país existe mayor concentración de recursos en las ciudades principales y una grave desatención en las áreas pobres del país; y aunque en los últimos años se han 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 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 es demasiado costosa, más aún si se diagnostica en la niñez o adolescencia (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Que el Estado invisibilice de alguna manera a esta población y que casi no se cuente con 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. Las familias con un integrante que padece una enfermedad mental necesitan de cuidados al interior del hogar que no sólo impactan en las horas de atención prestada, sino también, en el largo plazo, en el costo de oportunidad y en la propia salud de los cuidadores. Según García, Blanco y Pacheco (1999) generalmente 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 con las familias, con el fin de no exacerbar las inequidades que existen hoy en día.

Es así como dentro del campo de la salud mental no podemos limitarnos a hablar sobre la ausencia de ésta y/o las complicaciones que los portadores de enfermedad presentan, sino también es necesario reflexionar sobre la situación social-familiar, la cual es bastante compleja, pues se conjugan elementos físicos y socioculturales como el cansancio, el estrés, el desarrollo de enfermedades en otros miembros de la familia, las creencias, tradiciones, tabúes, entre otros.

## Metodología

La naturaleza de la temática privilegió el uso de la metodología cualitativa, pues ésta da cuenta de los significados construidos socialmente acerca de las familias, así como la subjetividad con las que se resignifican a partir de que uno de sus miembros presenta trastorno bipolar. La metodología cualitativa es apropiada cuando se pretende investigar la construcción social de la realidad a partir de la perspectiva de los actores sociales; al ser un método inductivo 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).

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 enfermo y los individuos que lo rodean. Existen diversas maneras de experimentar la enfermedad según el pensamiento sociológico, una de ellas 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). Podemos ubicar el proceso social que nos interesa comprender en el marco de referencia interpretativo del interaccionismo simbólico, puesto que se busca indagar en el comportamiento cotidiano derivado de las situaciones de interacción frontal, donde el enfoque microsociedad se interesa en la forma en que interactúan los miembros de una familia con el fin de poder comprobar su influencia y efectos (Álvarez-Gayou, 2009).

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), además, 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 ésta a su vez en los gestos y símbolos establecidos socialmente; dentro de dicha interacción se establecen posiciones que tendrán los actores sociales.

De esta manera, la investigación de corte cualitativo basado en la perspectiva del interaccionismo simbólico es la adecuada, siendo de interés la interacción social entre el portador de la enfermedad y sus familiares, tratando de conocer el tipo de relación que se da entre estos actores sociales –roles, jerarquía, de iguales, subordinación, etcétera– para construir tanto el conocimiento como la comprensión de las dinámicas de la familia, por medio de la recolección de información, a través de la narrativa de relatos de vida, en el curso de su trayectoria de enfermedad tanto individual como familiar ante la presencia del trastorno bipolar.

Considerando que este trabajo parte de una investigación mayor titulada *Transiciones y reconstrucciones familiares en el desarrollo del trastorno bipolar: estudios de caso de familias en Monterrey, Nuevo León*, se presenta sólo una parte de los resultados preliminares.

El presente estudio se abordó mediante la selección de estudios de caso donde se reconstruyeron las historias de vida individual y familiar mediante la recopilación de información desde la perspectiva del interaccionismo simbólico. La población de estudio estuvo conformada por cinco familias donde uno de sus integrantes presenta trastorno bipolar debidamente diagnosticado por un médico psiquiatra; en total se entrevistaron a 18 sujetos, de los cuales 5 fueron diagnosticados con trastorno bipolar y el resto de los sujetos fueron miembros de la familia como: esposas, padres, madres, hermanos e hijos. 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, sólo que haya vivido con esta enfermedad en algún momento de su vida, cabe señalar que se comenzó con la idea de estudiar a familias con un adolescente diagnosticado con trastorno bipolar, sin embargo, al entrar a campo se pudo observar dificultades para acceder a familias que tuvieran un adolescente propiamente diagnosticado con TB. Debido a esta situación se modificó el criterio de incluir a familias con un adolescente con trastorno bipolar, ampliándolo a familias con algún miembro que manifestara dicha enfermedad después de los 15 años de edad.

Lo anterior permitió involucrar a algunas familias que ya hubiesen trazado una trayectoria en esta situación u otras que estuvieran iniciando este proceso, así se da cuenta de las condiciones vividas y cómo se vive en el momento actual, esto permitió 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, durante dicho evento se logró hacer contacto con dos instituciones privadas que trabajaran con familias que tuvieran un miembro con TB y que se ubicaran en el área metropolitana de Monterrey, donde finalmente se realizó el trabajo de campo.

La técnica de recolección de información fue por medio de la entrevista a profundidad con la finalidad de comprender las transiciones y reconstrucciones de las historias de vida a partir del momento en que se presenta el trastorno mental. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento informado de los participantes, y una vez obtenidos los datos se procedió a transcribirlas, y posteriormente se usó el software Atlas. Ti versión 8 para codificar la información.

Las narrativas de estos relatos de vida respecto al curso de su trayectoria, tanto individual como familiar ante la presencia del trastorno bipolar, permitió la premisa de que la familia es una red social 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 acontecimientos, como los roles, los cuidados y la violencia que incide en la presencia de trastorno bipolar.

## Dinámicas familiares y el trastorno bipolar: roles, cuidados, violencias y emociones, como ejes para la intervención social

Como ya se mencionó, la familia es el componente principal de un régimen o Estado de bienestar. Cuando la salud de sus miembros se ve trastocada se establece una realidad compleja y multidimensional, ella es el enlace entre el pasado, presente y el futuro de una persona; esto impacta en sus miembros por sus usos y costumbres formando patrones que se repiten con el objetivo de fortalecer la identidad. 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, se inculca la idiosincrasia, se moldea la personalidad, se heredan hábitos, costumbres y usos que forman su cultura (Giddens, 2009; Tuirán, 2001).

Los tipos de hogares de las familias entrevistadas constituyen la siguiente estructura:

Tabla II

Estructura de los hogares entrevistados con un portador de trastorno bipolar

Tipo de hogar	Integrantes
Hogar nuclear	Padres e hijos biológicos
Hogar nuclear	Padres e hijos biológicos y adoptado
Hogar nuclear	Esposo y esposa
Hogar con cabeza femenina	Madre e hija
Hogar con cabeza femenina	Madre e hijos

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la oms (Organización Mundial de la Salud, 2013), dentro de los diversos estudios realizados en el rubro de la salud mental se ha descubierto que distintos grupos de la sociedad se han visto trastocados y que son de suma importancia en la estructura social; ejemplo de ello es la familia.

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 que 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 la enfermedad como en su familia, por tanto, éste/a se ve obligado/a resguardar su vida, aun con las dificultades que esto conlleva.

Para hablar de dificultades, cabe reflexionar en un escenario en el cual un ser querido tiene una calidad de vida diferente a causa de un trastorno mental como la bipolaridad, en donde su comportamiento puede ser diferente y sorprender a más de uno que no esté familiarizado con la enfermedad. A menudo quien padece trastorno bipolar (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 expresan de un modo distinto. Por ejemplo, presenciar un comportamiento que se dispara tras un detonador muy específico en el sujeto portador de TB puede causar incomodidad, malestar y/o empatía, comprensión, etcétera. Estos posibles escenarios sociales están vinculados con la interacción social que se tenga con el portador del TB; no obstante, es importante mencionar que la enfermedad mental suele convertirse en un estigma debido a la poca información que se tiene.

## Resultados

Esta premisa se constató en este estudio debido a que los 5 portadores –en adelante sujetos clave– mencionaron que preferían que las personas no se enteraran de su condición, ya que la sociedad no estaba preparada para entenderlos e incluso eran estigmatizados pues los consideraban locos y esto podría traer dificultades en sus círculos de interacción más cercanos, ejemplo de ello se presenta en los siguientes fragmentos:

E5/SC/M/22años/soltera/licenciatura: “Mis compañeros de la universidad no saben de mi enfermedad, prácticamente con nadie lo platico, sólo con mi novio y mis papás, porque los demás no están informados y nos creen locos y no es así...”.

## E2/SC/M/45 años/divorciada/licenciatura:

Mi compañera de trabajo sí 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 me va a decir 'bye'. Mi jefe se desespera conmigo, definitivamente [...] para él es más difícil tratar conmigo, yo tengo que hacer una conchita y estar en mi mundo, para que no se dé cuenta...

En estos fragmentos se puede observar que el TB se puede convertir fácilmente en un criterio que se diferencia de lo considerado socialmente como normal. Ya sea por miedo o desconocimiento estas situaciones colocan al sujeto enfermo y a la familia en una inevitable situación de riesgo social en donde los que viven a su alrededor no saben cómo lidiar con la situación, y si bien pueden actuar con indiferencia, también pueden reaccionar excluyéndolo. Lo anterior atiende a lo que López y Murray (1998) mencionan acerca del TB, quienes la definen como 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 con un destacado riesgo de suicidio.

A pesar de que en estos casos se detecta que el apoyo familiar es sumamente relevante cuando se presenta TB, ya sea por aspectos económicos, emocionales y de cuidado. Hay evidencias de que los períodos de mayor descompensación se relacionan con agudos conflictos familiares, como han señalado Holmgren *et al.* (2005) en su estudio, ya que se encuentra presente lo que desde la psicología se conoce como disfuncionalidad — esta implica la no funcionalidad en el entorno familiar cotidiano— y la presencia de factores de estrés psicosocial impacta en el funcionamiento de las dinámicas familiares. Esto resulta cuestionable desde la sociología ante la diversidad de composiciones, estructuras y reconfiguraciones familiares en la actualidad, como ya se ha mencionado anteriormente.

Desde esta perspectiva, la presencia de las enfermedades como el TB rompen los esquemas de actividad que venían produciéndose tanto al interior como al exterior del hogar. 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 sentimientos de miedo, soledad y tristeza en el hogar; aunado a esto se

encuentra la perspectiva de no poder ejecutar tareas cotidianas y realizar acciones que quebrantan la esperanza de realización social e individual tanto del miembro que adolece la enfermedad como de las expectativas de sus familiares, como lo enuncia Enríquez (2008) en sus estudios.

Los portadores de TB por lo general presentan baja autoestima y desventajas serias en los parámetros sociales; también reportan dificultades en el ajuste social, laboral y de esparcimiento, donde los estresores psicosociales pueden precipitar recaídas de la enfermedad. Al mismo tiempo existe un contexto social desfavorable que 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. Con la finalidad de amortiguar esta situación es indispensable la participación y colaboración de los integrantes de la familia, pues ésta tiene el primer acercamiento con ellos y con los síntomas que presenta en el transcurso de su vida cotidiana. Esto, en consonancia con la postura de Ribeiro (2011), se hace énfasis en el principio de igualdad respecto a la organización de la familia y el ejercicio de sus funciones, como base de los principios de acción del Estado para guiar una política familiar.

La familia promueve el acercamiento a un profesional de salud mental, lo cual conlleva casi siempre al seguimiento clínico tanto del diagnóstico de la enfermedad como de los cambios que ésta genera, como pueden ser frustración, pérdida de expectativas, repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad. En este punto, la familia aprende a detectar los signos de una recaída, a dar apoyo emocional y seguridad al familiar afectado por esta enfermedad, dicha circunstancia implica no sólo que haya cambios en la cotidianidad familiar, sino que se necesite apoyo de índole emocional y social, lo cual se requiere enfatizar en términos de política pública en salud.

Es así como la dinámica familiar cambia después del diagnóstico. Uno de los primeros cambios son las distribuciones de las tareas; y aquí es importante mencionar que existe una mayor dedicación en el cuidado del sujeto portador de TB por parte de las mujeres, ya que es bastante común que sean ellas quienes se encarguen de este tipo de actividades,

a pesar de que en los últimos 25 años se han dado notables cambios en la estructura y composición de los hogares mexicanos, haciéndose más expresa la participación de los hombres en tareas que antes no realizaban. Esto es resultado -entre otras cosas- de una mayor participación femenina en el mercado laboral y en su acceso a oportunidades de educación, generado cambios en la estructura familiar, sus tareas y actividades (Ariza y De Oliveira, 2009). Sin embargo, en materia de política pública como ha señalado la OMS (2004) la carga en la familia no puede ser ignorada, por lo que se requiere de apoyos en los gastos monetarios que implican los traslados para la atención de la salud.

Pese a las transformaciones en los roles familiares, a las mujeres aún se les asigna el cuidado familiar, lo que debilita su situación física y emocional, pues al descuidar su vida cotidiana por atender al portador de TB, genera resentimientos, culpas y profundos temores. Conforme a la información recabada se constató que son las madres, esposas, hermanas e hijas las que estaban al cuidado de los sujetos con TB; aunque había participación de los padres ellos fungían más como proveedores que como cuidadores, de hecho, los cinco portadores del TB mencionaron tener más confianza con sus cuidadoras, sobre todo si éstas eran las madres, que con otro miembro de la familia.

Otra de las condiciones que cambian la dinámica de la familia a partir del diagnóstico del TB es la flexibilidad o la rigidez respecto de los roles familiares, pues quien cumplía el rol de proveedor podría ser quien a futuro resultase diagnosticado con algún tipo de enfermedad, situación que profundiza el conflicto de aceptación porque se acompaña de una pérdida de poder, además del económico, emocional y presencial. En este sentido, dentro de la información recabada se encontró que uno de los elementos principales es la relación del sujeto portador de TB y la condición laboral.

La literatura considera que dicho trastorno es causante de incapacidad laboral, debido a que una persona mentalmente saludable es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, mientras que un individuo diagnosticado con alguna situación de salud mental no es totalmente independiente y su realidad social suele ser muy distinta al promedio

(López y Murray, 1998; Escandon, 2000). Esto se confirmó en tres de los sujetos portadores, quienes eran dependientes económicos, pues la condición laboral de ellos no era la que deseaban tener, pero el mercado laboral no era comprensivo y compatible ante su condición de salud.

E9/SC/H/33 años/soltero/preparatoria: “Yo trabajé hace poquito una semana, pero me rechazaron...”.

E14/SC/H/31 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...”.

Este tipo de discurso narrativo está vinculado con el funcionamiento social, interpersonal y laboral, así como con el daño significativo que se sufre cuando se padece trastorno bipolar, debido a los estados de ánimo alterados de manera cíclica y episódica (Reiser y Thompson, 2006). Es en estos casos cuando la presencia de los componentes del Estado de bienestar articulados con la participación y el apoyo familiar, del mercado y del Estado debería traducirse en política pública para el desarrollo laboral en aquellos casos que por alguna condición no pueden acceder a estos espacios.

A pesar de este panorama se encontraron dos de los sujetos portadores como los principales proveedores económicos, donde se exponía una independencia económica e incluso, una autorrealización personal. El primero de los portadores de TB menciona 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 laborar, tenía que hacerlo, dado que debía proveer recursos monetarios por la presencia de su hija, y a su vez, este trabajo representaba para ella un medio de distracción.

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 eso, por eso me fui por ahí...

El otro portador de TB menciona que ha tenido experiencia laboral desde temprana edad debido a las condiciones familiares socioeconómicas

que presentaba, pues pertenecía a una familia monoparental con jefatura femenina, esto lo condujo a dejar los estudios para dedicarse al trabajo.

E16/SC/H/62 años/casado/primaria:

Desde chiquillo trabajé, puro trabajo, cuatro de la mañana, o sea puro trabajo y pues yo junté mi dinerito y luego ya me casé y traía peseras 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 tejabán, compré mi terreno...

No obstante que cada uno de estos casos presenta condiciones sociodemográficas completamente diferentes, pueden explicarse a partir del nivel de bipolaridad que presentan. Como mencionan Reiser y Thompson (2006) el trastorno bipolar tipo II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores con al menos un episodio hipomaniaco, empero, la gravedad de tales episodios no compromete la funcionalidad social o laboral del portador. Por ejemplo, la mujer con 45 años de edad, divorciada, con una hija, escolaridad de nivel licenciatura, es catalogada como una persona “normal” por los integrantes de su familia, pues sólo en algunos momentos de crisis es cuando se hace presente la enfermedad. En el caso del varón, 62 años de edad, casado, con hijos, escolaridad de nivel primaria, no se auto percibe como “funcional”, reafirmandose esto en las narrativas de los familiares. Sin embargo, en lo que respecta a la actividad económica es respetado y admirado, pues representa el sostén económico de la familia.

Como parte de la dinámica familiar se indagó sobre cómo consideraban la comunicación familiar, ya que la familia es el primer grupo de pertenencia de las personas y la comunicación es el canal para construir relaciones positivas entre sus miembros, siendo 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 (Sabrino, 2008).

Las relaciones puras, dice Giddens (2000), dependen de procesos de confianza activa y democrática donde cada una de las partes tiene

sus derechos y obligaciones, ejerciendo todo con respeto y en busca del bienestar del otro, de manera que entender el punto de vista del otro es esencial y lo más importante es dialogar y construir una confianza profunda en donde la coerción y la violencia no tienen cabida. No obstante, al ser la comunicación un elemento importante dentro de la interacción social de los individuos, entre las diferentes narrativas se menciona la “falta de comunicación” y como “comunicación mala”, tal es el caso que durante las diferentes etapas de la vida –infancia, adolescencia, juventud y adultez- los sujetos portadores de TB mencionan haber carecido 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 de violencia sexual expuesto en el siguiente relato:

E2/SC/M/45 años/divorciada/licenciatura:

No sé cómo me veía mi mamá, este, no sé, miedosa, no sé cómo me veía [...] creo que a la que le dije fue a mi hermana ¡creo! y así quedó, yo lo he hablado con mi psicóloga me dijo que sí fue negligencia de mi mamá, que debió haber estado al tanto, pero a lo mejor mi papá también, pero si está tomado pues cómo, si no puede con él, pos' cómo va a estar alerta...

Al analizar el fragmento emergen elementos vinculados con el riesgo social, entre ellos están los factores familiares que se asocian a los trastornos mentales, como es el caso de la presencia de adicciones en la familia, pasar por un evento traumático y una falta de comunicación familiar (Reyes, Gómez, Torres *et al.*, 2009). Esto genera las condiciones adecuadas para que se desarrolle el TB, aunque en el imaginario social la familia debería ser el entorno donde los sujetos se sientan seguros y confortados. 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.

Sin embargo, la percepción que los sujetos portadores tienen de la comunicación familiar carece de estos elementos, puesto que no se comunican los sentimientos o acciones, careciendo hasta cierto punto de relaciones familiares positivas, ejemplo de ello son las tendencias suicidas.

E5/SC/M/22años/soltera/licenciatura: “Me ahorcaba con una sogá, una mascada [...] yo estaba sola en mi cuarto, mi mamá medio sabía, pero no tan explícitamente, porque yo no se lo decía...”.

La falta de confianza y empatía por parte de la familia son elementos en la deficiente comunicación familiar, al estar presente este tipo de interacciones los miembros de la familia se sienten desprotegidos, pues no hay protección y afrontamiento de los conflictos (Rodríguez, 2009). Las personas diagnosticadas con algún trastorno mental deberían contar con una buena comunicación familiar, independientemente del tipo de familia u hogar constituido, ya que generalmente tienen conductas riesgosas, donde las tendencias suicidas están presentes y las personas con trastorno bipolar I y II tienen un riesgo mayor de suicidio en algún momento de su vida (Rutter, 1988; Reiser y Thompson, 2006). Por esto, como bien ha señalado Rentería (2018), las iniciativas de Ley deben considerar los momentos depresivos de los sujetos portadores de algún tipo de trastorno en su salud mental. Esto implicaría profundizar en diversos contextos, desde análisis cualitativos para aportar el tema de los determinantes sociales de la salud.

La comunicación familiar afectiva y adecuada es esencial para un buen funcionamiento de las dinámicas familiares, sin ella los portadores de la enfermedad e incluso los demás integrantes pueden presentar diversos riesgos sociales, como una situación de violencia. Si bien ésta se da en todos los ámbitos, sin importar la clase social a la que se pertenezca el daño que sufren, pues 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 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017). Dentro de 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 personas, vulnerando los derechos individuales de los integrantes del núcleo familiar, sobre todo de mujeres y niños (Martínez, López, Díaz *et al.*, 2015).

Como se evidencia en los relatos anteriores, 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 propensas a desarrollar alguna enfermedad mental (González *et al.*, 2013). En este sentido se interrogó a los diversos entrevistados sobre cómo consideraban el desarrollo las dinámicas familiares en las diversas etapas de la vida, destacando en las vidas de los sujetos portadores de TB la presencia de algún tipo de violencia, particularmente durante la infancia y adolescencia, como se presenta en el siguiente fragmento:

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

En esta narrativa se observa que 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 padecen; así lo menciona Giddens (2009) la violencia doméstica implica el maltrato físico y emocional que infringe un miembro de la familia, por lo general, sobre niños y mujeres, siendo el esposo o padre el principal responsable de estas situaciones. 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; pues algunas emociones se transmiten más fácilmente que otras, en especial aquéllas que son negativas (Araiza y Oliveira, 2004).

Otro de los tipos de violencia que estuvo presente en las narrativas es la violencia sexual. Cuatro de los cinco sujetos portadores fueron violentados 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, 2009).

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 de él [...] por ahí de los doce años, once años...

Como se menciona en el párrafo anterior, es justamente algún miembro de la familia quien comete un abuso sexual, sin embargo, no sólo sucede este acto, sino que suele ir acompañado de humillaciones y amenazas constantes, con la finalidad de impedir que el resto de la familia se entere. 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 efectiva y afectiva (Heydeé *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; es uno de los factores vinculados con el 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, y las víctimas de este tipo de abuso suelen describir sentimientos de temor, odio, vergüenza, desvalorización, culpa, asco, tristeza, desconfianza, aislamiento, marginamiento y ansiedad (Dallo, Pinzón, Barrera *et al.*, 2008). Pese a la violencia sufrida por los portadores del TB y de la falta de comunicación, algunos de ellos consideraban que con algún integrante de su familia mantenían una relación íntima, siendo éstas donde hay lazos estrechos de afectos con algún miembro de la familia, como se expresa en el siguiente fragmento:

E16/SC/H/62 años/casado/primaria:

Esta navidad yo le pedí perdón a mi hijo, por todo el sufrimiento que yo les causé, por la violencia que vivieron conmigo y él me contestó con un amor tan grande 'No papá, todo lo que soy es por ti, todo que es por ti, no soy ningún mantenido y esto que hago es por ti'... yo me sentí como todo un pavorreal [...] me dijo 'yo te quiero demasiado...

En este discurso se observa cómo es la relación íntima del sujeto portador de TB con su hijo y como los hace sentir, pues dentro de la estructura familiar existen diversos tipos de familiares, como el efectivo, siendo éste con quien se mantienen relaciones sociales activas (Giddens, 2009). El contar con relaciones familiares afectivas matizan el impacto de la enfermedad con los valores, costumbres y creencias compartidas, ya que además del nivel socioeconómico, impactan en la solidaridad familiar,

lo que 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 sujetos clave. Esto, acompañado de esquemas de acción bajo la psicoeducación (Casanova-Rodas, Rascón-Gasca, Alcántara-Chabelas *et al.*, 2014), aportaría nuevas intervenciones en lo social en pro del bienestar subjetivo de la familia.

## Conclusiones

A través de la literatura y los resultados expuestos en este documento es imperante reflexionar en los retos que representan las enfermedades mentales para la familia y la sociedad, donde pareciera que no se tienen las herramientas necesarias para una integración e inclusión de los portadores de estas enfermedades. El Estado no se encuentra capacitado para brindar contención a estas familias que tienen uno o más miembros con alguna enfermedad mental. De esta manera se genera una serie de riesgos sociales que dista de lo que se consolidó en otros países como Estado de bienestar, dado que los tres elementos de éste se encuentran fuera de la realidad social que viven las familias con un miembro con trastorno bipolar o alguna otra afección mental.

Si bien la familia es un elemento sumamente importante para un desarrollo positivo de los portadores, en muchos de los casos éstas carecen de los conocimientos necesarios para hacerle frente a esta situación; la dinámica familiar suele verse trastocada después del diagnóstico del trastorno bipolar, los roles y funciones son modificados ocasionado en un gran porcentaje situaciones difíciles y de riesgo. Por otra parte, los altos costos que implica padecer una enfermedad mental como el trastorno bipolar abona a que emerjan los conflictos familiares; sumado a ello, el Estado casi no cuenta con instituciones públicas que brinden servicios de salud y educación para comprender y entender dichas enfermedades y el mercado no se encuentra abierto para incluir a estas personas, pues ante la falta de educación se suele estigmatizar y tachar de “locos” e “incapaces” a los portadores de TB. Como ya se ha establecido en algunos estudios (Fernández, 2009) a los portadores de algún tipo de enfermedad

mental se les margina por el desconocimiento social de los antecedentes y vivencias de estas personas.

En este sentido, la salud parece un 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). 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 y si se le añade que la familia es una institución social, la cual no es indiferente a los cambios sociales y políticos del mundo, se generan las condiciones adecuadas para el desarrollo de los riesgos sociales.

Para que esto no suceda, se deben poner en acción el Estado, el mercado y la familia donde las políticas públicas giren en torno a las nuevas necesidades que presentan las familias y las problemáticas sociales que se enfrentan, accionando mecanismos dentro y fuera de la familia para fortalecer la empatía y relaciones afectivas, dando a las familias seguridad ante los eventos a los que se enfrentará en su trayectoria vital y aprender a saber actuar ante las situaciones de riesgo.

Sin duda, las acciones de los tres componentes de un régimen o Estado de bienestar apuntan hacia el reconocimiento de elementos y factores que han determinado la salud mental de la sociedad, en donde las políticas intersectoriales en materia de salud, educación, recreación y laborales deben articularse 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. 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 de la participación que, desde la estructura del Estado y el mercado, se requiere hacia la salud mental de la población.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Ariza, M. y De Oliveira O. (2004) *Universo familiar y procesos demográficos. Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México, DF: UNAM.
- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2009). Desigualdades sociales y relaciones intrafamiliares en el México del siglo XXI. En: C. Rabell (coord.), *Tramas Familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica* (pp. 257-292). México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Editorial Hora.
- Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca, Morelos, México: UNAM-CRIM.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. En: *Ciencia y enfermería*, 9, pp. 9-14.
- Casanova-Rodas, L.; Rascón-Gasca, M. L.; Alcántara-Chabelas, H., et al. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. En: *Salud Mental*, 37 (5), pp. 443-448
- Chant, S. (2007). *Género en Latinoamérica*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Creswell, J. W. (2009) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Dallo, M.; Pinzón, A.; Barrera, C. et al. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas de Bucaramanga, Colombia. En: *Revista colombiana de psiquiatría*, 37 (1), pp. 56-65.
- DeVault, M. (1991). *Feeding the Family. The Social Organization as Gendered Work*. The University of Chicago Press.
- 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.
- Enríquez, R. (2008). *El crisol de la pobreza. Mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*. Guadalajara, México: ITESO.
- Escandón, R. (2000). ¿Qué es salud mental? Un panorama de la salud mental en México. México: UAEM.
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, España: Ariel.

- Fernández, P. (2009). Familia y sociedad ante la salud mental. En: *Revista de Derecho UNED*, 4, pp. 219-241
- Fernández, L. y Ruíz, M. (2003). Transiciones en la salud mental. En: *Anuario 2002, UAM-X*, pp. 287-297.
- García, B.; Blanco, M. y Pacheco, E. (1999). *Género y trabajo extra doméstico*. México, DF: COLMEX.
- Giddens, A. (1998). La transformación de la intimidad. Madrid, España: Ed. Cátedra.
- 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.
- González, F. *et al.* (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastornos graves. En: *Norte de Salud Mental*, 11 (45), pp. 23-32.
- Heydeé, C. *et al.* (2015). Síndrome depresivo en la adolescencia asociado al género, abuso sexual, violencia física y psicológica. En: *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13 (3), pp. 39-44.
- Holmgren, D.; Lermenda, V.; Cortés, C. *et al.* (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. En: *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (4), pp. 275-286.
- INEGI (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (EN-DIREH) 2016. Principales resultados*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- López, A. y Murray, C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. En: *Natural Medicine*, 4 (11), pp. 23-27.
- Martínez, M.; López, A.; Díaz, A. *et al.* (2015). Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas. En: *Revista de Medicina Electrónica*, 37 (3). pp. 237-245.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Offe, C. (2002). Los principios de la justicia social y el futuro del estado social. En: J. Alonso, L. Aguilar y R. Lang (coords.), *El futuro del estado social* (pp. 24-44). México: Universidad de Guadalajara.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Panorama social de América Latina 2005*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Intervenir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe del Programa Mundial de Acción en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

- Pérez, A. (1994). *Derechos de familias*. México: FCE.
- Pérez, M. (1996). Corporativismo y Estado de Bienestar. En: R. Casilda y J. Tortosa (coords.), *Pros y contras del Estado de Bienestar* (pp. 115-144). Madrid, España: Tecnos.
- Pichot, P., López-Ibor, J. y Valdés, M. (2001). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Rangel, J.M.; Villanueva, N. y Vázquez, I. (2015). Curso de vida familiar y trayectorias en salud de actores sociales adscritos a políticas públicas. En: J. M. Rangel, O. Méndez y B. Servín (coords.), *Reconfiguraciones familiares en el México de hoy, una mirada crítica* (pp. 19-45). México: Miguel Ángel Porrúa-UANL.
- Rentería, M. E. (2018). Salud mental en México. En: *Foro Consultivo de Ciencia y Tecnología-Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión*, 7, pp. 1-6
- Reiser, R. y Thompson, L. (2006). *Trastorno Bipolar*. México: Ed. Manual Moderno.
- Reyes, H.; Gómez, H.; Torres, L. et al. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas imaginadas de México. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25 (4), pp. 328-336.
- Ribeiro, M. (2011). Retos de las políticas públicas para las familias. En: S. Lerner y L. Melgar (coords.), *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas* (pp. 375-394). México: El Colegio de México.
- Rodríguez, M. (2009). *Familia, políticas públicas y bienestar. El efecto de estrategias estatales de atención a la familia en perspectiva comparada*. Argentina: Miño y Dávila Editores.
- 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.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. En: *Arch Gen Psychiatry*, 45 (5), pp. 486-495.
- Sabrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. En: *Av. Psicol.* 16 (1), pp. 109-137.
- Salles, V. y Tuirán, R. (1996). Mitos y creencias sobre la vida familiar. En: *Revista Mexicana de Sociología*, UNAM, 58 (2), pp. 117-144.
- 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: E. Davas y D. Najmanovich (coord.), *Redes: el lenguaje de los vínculos*, (pp. 114-123). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

- 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 (1st ed.)*. México: FLACSO.
- 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.
- Vargas (2002). Los huicholes y su salud. Una investigación cualitativa. En: I. Szasz y S. Lerner (coords.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, (pp. 173-198). México: El Colegio de México.

### Sitios web

- Moliner, R. (2005). La familia como espacio de socialización en la infancia. En: *Antología del Diplomado Derechos de la Infancia. Infancia en Riesgo* (pp. 59-65). UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Consultado 24 de febrero 2019. Disponible en <http://www.uam.mx/cdi/derinfancia/4moliner.pdf>
- Goldani, A (2005). Reinventar políticas para familias reinventadas: entre la “realidad” brasileña y la utopía. En: *Repositorio Digital Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Consultado el 8 de mayo del 2018. Disponible en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/6822>
- Valdivia, C. (2008). *La Familia: concepto, cambio y nuevos modelos*. Consultado el 22 de junio del 2019. Disponible en <https://login.live.com/login.srf?wa=wsignin1.0&xpsnv=11&ct=1376093765&rver=6.1.6206.0&wp=MBI&wreply=http:%2F%2Fmail.live.com%2Fdefault.aspx&dc=2058&cid=64855&mkt=es-US&cbcxt=mai&snsc=1>

### Alma Yolanda Elguezabal Castillo

Mexicana. Doctorante en investigación de procesos sociales en la Universidad Iberoamericana Torreón. Profesora en la Maestría en Desarrollo Humano en la Ibero Monterrey; facilitadora humanista y socia directora de Casa Luz S.C.

Correo electrónico: [avec271@hotmail.com](mailto:avec271@hotmail.com)

### José Manuel Rangel Esquivel

Mexicano. Doctor en estudios científico-sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente ITESO. Profesor-Investigador de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del Sistema

Nacional de Investigadores SIN-CONACYT: Nivel I. Líder del Cuerpo Académico Derechos Humanos, sustentabilidad y políticas públicas UANL-CA-371, en consolidación 2018–2021. Líneas de investigación: pobreza, desigualdad y salud; salud, familia y políticas públicas, y determinantes sociales y vulnerabilidad social en salud.

Correo electrónico: josemre@gmail.com

### **Esmeralda González Almontes**

Mexicana. Maestra en ciencias por la Universidad Autónoma de Nuevo León; Doctorante en Filosofía con Orientación en Políticas Comparadas de Bienestar Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Ha participado como coordinadora de proyectos en salud sexual y reproductiva y seguridad pública en Nuevo León. Líneas de investigación: trabajo social, sexualidad, salud reproductiva, procesos reproductivos, género, política social, metodología de la investigación social.

Correo electrónico: gonzalez.almontes@gmail.com

Recepción: 05/08/19

Aprobación: 20/11/19