



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

“LA DOBLE CARA DEL SUFRIMIENTO”

RELATO PERIODÍSTICO SOBRE

EL TRASTORNO BIPOLAR

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Licenciada en Ciencias de la Comunicación

P R E S E N T A

MIRIAM ENRÍQUEZ SANTUARIO

DIRECTORA DE TESIS
DRA. FRANCISCA ROBLES



CIUDAD UNIVERSITARIA, DISTRITO FEDERAL NOVIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El infierno está dentro de ti, así como el paraíso
OSHO

ÍNDICE

INFINITOS AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1 EXTREMOS INQUIETANTES 8

1.1. Los Primitivos Indicios 16

1.2. ¿TBP, qué es eso?! 17

1.2.1. Sin Distinciones 28

1.3. Célebre Bipolaridad 32

1.4. Probabilidades Científicas con Causa y Efecto 41

1.5. El Riesgo Está en Todas Partes 44

CAPÍTULO 2 LAS DOS CARAS DEL SUFRIMIENTO 47

2.1. Viaje de Ensueño: Convertido en Pesadilla 49

2.2. La Manía Llegó Primero 76

2.3. La Depresión Vino Después 87

2.4. Mi Hija es Bipolar 96

CAPÍTULO 3 VOCES BIPOLARES 99

3.1. Sufrimiento Compartido 101

3.2. Inevitable, los Fármacos 116

3.2.1. Medicamentos 119

3.2.2. Control Maníaco	122
3.2.3. Control Depresivo	123
3.3. ¿Y... si Dejo los Chochos?	125
3.4. Alternativas Terapéuticas	128
CONCLUSIONES	132
ANEXOS	143
FUENTES DE CONSULTA	151

INTRODUCCIÓN

En México, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) reportadas el pasado mes de Octubre de 2012, en su ya tradicional *A Propósito del Día de Muertos*, indican lo siguiente: “En 2010, la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, las del hígado y las cerebrovasculares fueron las principales causas de muerte de la población, éstas ocasionaron 37 % de los decesos totales”.

El INEGI demuestra estadísticamente que enfermedades como la diabetes, los padecimientos cardíacos, las complicaciones del hígado y las afecciones del cerebro; provocan casi el cuarenta por ciento de las defunciones a nivel nacional.

Sin embargo, dicho instituto no menciona, por ejemplo, dos de las cinco enfermedades mentales más discapacitantes a nivel mundial y que potencialmente pueden tener un desenlace fatal. Un artículo difundido en 2010 por la Universidad Nacional Autónoma de México, titulado *Salud Mental y Atención Psiquiátrica en México* señala que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el primer lugar de la lista lo ocupa la Depresión Mayor y el sexto, el Trastorno Bipolar (TBP); en relación a este último, el periódico *La Jornada* el pasado mes de abril de 2014 reportó que, por sí solo el padecimiento aquejaba la vida de alrededor del 1.6 % de la población mundial.

En estos cálculos estadísticos están contempladas también las “causas externas” de mortalidad, designadas así por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Al respecto el INEGI informa: “En 2010, 12.2 % de las defunciones totales fueron catalogadas externas”. Entre estas causas de mortandad está comprendido el suicidio; dicho acto fue perpetrado por más de 5 mil individuos siendo ocho de cada diez, varones, representando así 6.9 % de las muertes externas, es decir, más de la mitad de los decesos en esta categoría la protagoniza el suicidio.

Como referencia, durante el 2005 se registraron en el país 3,553 suicidios, ya en el 2006, la cifra aumentó a 4,277, para el 2007 creció el número a 4,394, en 2008 continuó el ascenso a 4,681 y hacia el 2009 llegó a 5,190. En el 2010 se habla de que se “superan más de 5 mil”; lo cual indica que el problema fuera de ser resuelto, va empeorando. En: *A propósito del día de muertos 2013* se menciona que en 2011 las “muertes externas” abarcaron el 12.8 % de las defunciones totales; cabe resaltar que ya no se hace mención de la cifra de suicidios ocurridos, sin embargo, el documento denota que éstos generan el 7.6 % de las “muertes externas”; casi un punto porcentual extra que en 2010.

Este Instituto consagrado a la estadística asevera que el móvil inductor para que estas personas se priven de la vida “obedece a diversas condiciones de orden psicológico” entre las que se encuentra la depresión, ocasionada, ya sea por pérdidas afectivas, aislamiento social, desempleo y dificultades económicas; me permitiría agregar también a los trastornos mentales, en específico al TBP como causa de este fatal desenlace.

Con respecto a este trastorno, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) declara que hasta 25 % de los pacientes bipolares tienen intentos de suicidio –sobre todo en la etapa depresiva– y del 10 al 15 %, suicidio consumado. Por su parte, el *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México 2011*, auspiciado por la OMS, documenta que entre las tres principales causas de muerte en personas de 15 a 35 años se encuentra el suicidio. Cifras registradas recientemente en el diario *La Jornada* anuncian que aproximadamente de “25 a 50 % de los individuos con Trastorno Bipolar intentan suicidarse al menos una vez y uno de cada cuatro o cinco que no tiene un tratamiento médico, lo logra”.

En el noticiero estelar de Canal Once de la comunicadora Adriana Pérez Cañedo de la televisión abierta; el día 26 de junio de 2014, se anunció en una cápsula: “el INPRFM, declaró que en 30 años la tasa de suicidios ha aumentado en un 300 %”, argumentando las causas ya mencionadas y resaltando otras como: “presión académica; violencia intrafamiliar; abandono; decepción amorosa;

soledad; abuso sexual, escolar y laboral; alcoholismo y drogadicción”. Hago referencia a estos alarmantes datos con la intención de hacer un llamado a la conciencia de los lectores de esta tesis, y reflexionen acerca de los trastornos mentales y concretamente pongan principal cuidado en el TBP.

Toda la atención –además del presupuesto destinado a la salud– está siempre puesta en enfermedades como la diabetes, el cáncer, la hipertensión, la obesidad; cualquier cantidad de enfermedades físicas que van deteriorando el bienestar del individuo, –e inclusive de quienes lo rodean– de una forma lenta y dolorosa. Prueba de ello, es que en agosto del pasado 2012, el tabloide *Excélsior* publicó en sus páginas que México ocupa el desafortunado lugar número 10 de países que más gastan en el combate contra la diabetes; lamentablemente 15 % del fondo total dispuesto para la salud.

Pero muy pocas veces son foco de atención las enfermedades mentales; tan es así, que el rotativo *El Universal* publicó el 02 de abril de 2013 las siguientes declaraciones del C. Presidente Enrique Peña Nieto, él: “instruyó a la Secretaría de Salud a activar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control” de la diabetes y la obesidad.

Entre los objetivos generales se pretende, confirmó: “prevenir las enfermedades, promover la vida saludable entre los ciudadanos y procurar el bienestar de las familias mexicanas”. Según esta nueva política nacional, se implementarán programas preventivos contra la diabetes y la obesidad, consideradas como una amenaza para la salud de los mexicanos.

Durante el 2007, en el pasado Programa Nacional de Salud 2006-2012 promovido por el entonces Secretario de Salud, José Ángel Córdoba, el cometido principal era: “Disminuir un 15 % la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años”, “Disminuir un 20 % la mortalidad por diabetes mellitus”, “(...) incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama en las mujeres de 45 a 64 años”. Cabe resaltar que en ninguna de las propuestas señaladas, tanto por el Presidente actual y el antiguo Secretario, se hizo referencia

a la apremiante necesidad de prevenir y atender trastornos mentales. Con lo anterior quiero demostrar que este tema tan imperioso, se encuentra casi en el olvido.

Para complementar lo mencionado, en la página oficial de la OMS apareció en el mes de Octubre de 2011 una nota relacionada con la falta de inversión en atención de salud mental a nivel mundial, y hace referencia a que por lo menos una vez en la vida uno de cada cuatro individuos necesitará atención de salud mental; sin embargo, a ésta sólo se le destina el 2 % del presupuesto total reservado a la salud.

Si como lo menciona el INEGI, es menester conocer las causas de muerte para implementar políticas públicas eficientes que generen prevención de enfermedades, calidad de vida y longevidad saludable; ¿cómo es posible que no se preste atención a la incubadora de enfermedades físicas, es decir, al casi abandono de la salud mental? Al existir una propuesta integral, sobre todo preventiva, que contemple tanto, a la higiene mental, como a la atención de malestares físicos, podrían evitarse excesivos gastos en intentar solucionar una problemática de salud, con todas las complicaciones que se le van adhiriendo.

Este trabajo, resultado de una investigación integral, tiene el objetivo de informar, sensibilizar, concientizar y denunciar la situación tan compleja que viven, particularmente los enfermos bipolares y en consecuencia, sus seres queridos; sólo como una muestra de la punta del *iceberg* de todo lo que implica padecer un trastorno mental. El propósito de esta tesis informativa, es el de convertir a la bipolaridad en un tema de interés público.

Con la intención de producir un texto sencillo, comprensible para cualquier tipo de lector, es preciso mencionar que la información recabada la procesé y como resultado obtuve y delineé un relato periodístico sobre el TBP.

¿Por qué un relato periodístico? Porque es un género que incluye datos verídicos con matices literarios; al respecto, la Dra. Francisca Robles, en su Tesis de Doctorado: *El relato periodístico testimonial, perspectivas para su*

análisis; afirma que los relatos periodísticos son “productos que mezclan los recursos expresivos de la literatura y los formatos genéricos del periodismo (...)” como es el caso de la crónica, la entrevista, el reportaje y el ensayo.

Por su parte, la Dra. Lourdes Romero menciona en su Tesis, también Doctoral: *El relato periodístico, entre la ficción y la realidad. Análisis narratológico*; que el relato periodístico o relato de no ficción se aleja de la “objetividad” del periodismo tradicional, para combinar la ficción con la realidad.

Si se toma en cuenta que el trabajo periodístico consiste en tomar hechos y sucesos de la realidad con la intención de convertirlos en productos de interés para el público, ya sea lector, radioescucha, televidente o internauta; el objetivo del periodista es el de informar, y a la vez contextualizar lo que está reportando, ¿pero cómo la consigue? Sencillo, mediante los siguientes géneros periodísticos:

– Leñero y Marín señalan en su libro *Géneros periodísticos* que en el **reportaje narrativo** “(...) se da seguimiento a un hecho desde sus comienzos hasta su culminación, en el reportaje narrativo se toma un problema, un acontecimiento de interés público, una organización, un conjunto de personas y se presenta su evolución a través de un tiempo determinado”.

– Federico Campbell en *Periodismo escrito* define a la **crónica** como “una relación de hechos, detalles, ambientes; escrita en un orden no necesariamente cronológico. Es la narración de un acontecimiento de interés colectivo en la que el cronista se puede permitir comentarios y acotaciones y ejercer su estilo personal”.

– La Dra. Robles resalta además que, la **entrevista** –una de las principales fuentes de información para la realización de este trabajo, misma que se presentará narrativamente– se define como “un relato cuyo objetivo es representar una conversación sostenida con un personaje, y agregar aquellas evocaciones que éste realice sobre su vida (acciones públicas y/o privadas)”.

– Susana González Reyna puntualiza en *Periodismo de opinión y discurso* que el **ensayo** además de ser un género que “refleja la apreciación del periodista respecto del mundo que lo rodea”, es: “(...) el artículo de opinión en el cual se hace una breve reflexión sobre cualquier tema que refleja la manera en que el periodista ve, interpreta y siente aquello de lo que habla (...)”

Esta tesis la conforman tres capítulos. En el primero introduzco al lector al mundo de la bipolaridad, inicio con un testimonio que legitima los síntomas, los altibajos, las recaídas; imprimo cifras reveladoras; otra evidencia viva demuestra el tiempo que toma determinar un diagnóstico; refiero más datos poco alentadores. Posteriormente hago un breve recuento de las diferentes caras del trastorno a lo largo del tiempo, enseguida enuncio los conceptos relacionados con la enfermedad, incluyo una perspectiva sociológica; utilizo tres largometrajes conectados con el tema, para reforzarlo; además aludo algunos personajes famosos que han sido presas de este mal; también abordo las causas que propician este padecimiento desde el punto de vista clínico y por último nombro las situaciones más relevantes de riesgo que exponen a las personas con bipolaridad.

En el capítulo segundo capté el testimonio de María, una paciente de la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRFM. A través de su historia el lector se topa con “las dos caras de sufrimiento”, es decir, con la alucinante manía y la profunda depresión. La intención de presentar su caso es para que el público tenga una idea de los alcances y las repercusiones que puede ocasionar en una persona y su entorno una enfermedad tan compleja como lo es el TBP.

María narra en primera persona detalle a detalle la difícil travesía que la mantuvo cautiva en sí misma, aislándola del mundo y discapacitándola durante más de un año. Constituido por tres apartados, en el primero María cuenta cómo fue evolucionando el trastorno en su mente, después, describe cuánto la perturbaron los dos extremos del trastorno durante varios meses; la manía y posteriormente la depresión.

Por último, en el capítulo tres presento el testimonio de pacientes bipolares entrevistados en el INPRFM. Integrado por tres secciones, en la primera relato las experiencias de cinco personas expuestas directamente con las inclemencias del trastorno, a continuación hablo del tratamiento farmacológico al que está sujeto un paciente bipolar y finalmente indico los riesgos que acompañan el no seguir un patrón adecuado de los medicamentos y los mitos que giran alrededor de éstos.

CAPÍTULO 1 EXTREMOS INQUIETANTES

La capacidad del ser humano para decidir, se encuentra estrechamente conectada con el uso de la razón y la voluntad. Cuando éstas se ven alteradas se pierde el control de toma de decisiones y la oportunidad de llevar a cabo una vida autónoma.

El objetivo de este capítulo es introducir al lector en los terrenos de la bipolaridad como un tema de interés y salud públicos; en primera instancia a través de testimonios y cifras, enseguida se hará un pequeño recuento de las diferentes caras del trastorno a lo largo del tiempo; posteriormente, se enunciarán los conceptos relacionados con la enfermedad; después se abrirá un paréntesis con la intención de explicar desde un punto de vista sociológico las razones del padecimiento; asimismo, se tomará partido de tres largometrajes vinculados con el tema; también se mencionarán algunos personajes famosos que han sido presas de este mal; además, se abordarán, desde la perspectiva científica, las principales causas que propician este padecimiento; y por último, se nombrarán las situaciones más relevantes de riesgo que exponen a las personas que viven con TBP.

Raúl tenía 22 años y estaba a menos de un año de culminar la carrera de Administración de Empresas en la Universidad Intercontinental. Su familia no sabía qué le pasaba. Después de ocho meses transcurridos, los médicos tampoco daban respuestas.

Primero, la levedad y la tristeza se apoderaron de su ser. Nada lo hacía reaccionar, ni la escuela, ni sus amigos; mucho menos su familia. Tampoco su pasión, el baloncesto. Las revisiones médicas comenzaron desde los primeros síntomas que lo abatían. Durante esos meses de estudios y entrevistas, una oncóloga –médico de cabecera de la familia– y cuatro psiquiatras no lograron identificar su padecer.

La tomografía no reveló nada, al igual que la electroencefalografía. Y si... ¿Anda en drogas? Una amiga médico de su madre sugirió, pero el examen toxicológico no detectó sustancias en la sangre de Raúl.

El último psiquiatra le prescribió un antidepresivo. De un día para otro, el ánimo del joven aspirante a ser Administrador de Empresas cambió radicalmente. No se detenía, era otro, sólo quería divertirse, salir a fiestas y a reuniones con sus amigos. No paraba de decir que necesitaba recuperar el tiempo perdido, aquél cuando se la pasó en total aislamiento. Llegó el día en que su hiperactividad lo llevó a escapar de casa. Después de unos cuantos días, su familia lo encontró en Sinaloa. A su regreso algo había cambiado en él.

Azucena, su madre lo recuerda bien, era viernes por la tarde. Raúl era custodiado por las rejas de la casa de su tía. Más de cuatro personas estaban al pendiente de todos sus movimientos. Él no pudo contener más el encierro y explotó. Comenzó a sacudir el enrejado y a gritar “*¡déjenme salir de aquí, auxilio!*” Su desesperación le hizo romper el cristal de una ventana, con su mano izquierda tomó del piso un vidrio, y con él amenazó a su madre diciéndole “*si no me dejas salir mataré a tu hijo favorito*”; refiriéndose a su propio hermano.

Entre cuatro personas adultas, dos hombres y dos mujeres intentaron someterlo. Fue inútil. Raúl había desarrollado tal fuerza que resbala de entre los brazos de todos. Pateaba, manoteaba, insultaba, amenazaba, sobre todo a su padre; éste, en un instante de desesperación le soltó un fuerte golpe en la cara para hacerlo reaccionar. El muchacho, convertido en otro, un ser totalmente fuera de control, desconocido por los ojos incrédulos de sus familiares, se detuvo en seco. Después rompió en llanto y al paso de los minutos se quedó completamente dormido.

Al despertar, desorientado por el efecto del antipsicótico (*vid. infra. Anexos, p. 142*) que se le había suministrado, descubrió que aquella cama no era la suya. En las paredes resaltaba otro color. El piso no se parecía en nada a la alfombra con grecas que su tía había comprado en España durante su último viaje

a la llamada Madre Patria. Azucena, naturalmente sentada en la orilla de la cama velando el sueño de su primogénito, con una dulce voz que sólo una madre puede pronunciar, tomó la mano de su hijo diciendo: “no te asustes, yo estoy contigo, ya pasó, en este lugar vas a estar seguro”. A sus 22 años, recién cumplidos un día antes, Raúl había sido internado en la Clínica Psiquiátrica San Rafael.

Hace 10 años, en ese entonces estudiante fue diagnosticado con Trastorno Bipolar (TBP), ahora tiene 32 y por decisión propia, desde hace varios años dejó los medicamentos. A pesar de sus ya dos internamientos, se niega rotundamente a que esté enfermo. Actualmente, hace un par de años retomó su carrera, logró finalizarla y lleva una vida estable.

Refiriéndose a una enfermedad mental, ésta puede ser tan discapacitante como lo son los padecimientos físicos; en México, según un reporte de *CNN México* de Diciembre de 2012: hay 5.73 millones de personas que sufren alguna discapacidad y los expertos pronostican que la cifra aumentará exponencialmente en años venideros debido a enfermedades como la diabetes, ya que ésta puede degenerar en la amputación de extremidades y en la ceguera.

Por su parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Banco Mundial, en su *Informe Mundial Sobre Discapacidad 2011* dejan al descubierto que la prevalencia de las discapacidades en el mundo han incrementado, en primera instancia porque la población está envejeciendo y en segunda, por el “aumento universal de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental”. Éstos generan pérdida de años de vida saludable, lo cual repercute tanto en la posibilidad de llevar a cabo actividades, como lo son las laborales y la calidad de productividad que de éstas deriva.

En el Noticiero de Joaquín López Dóriga del 25 de julio de 2014 se habló sobre la depresión, se mencionó según declaraciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muniz (INPRFM), sostenidas por estudios: “en México la depresión ocasiona más discapacidad que enfermedades, como la diabetes, trastornos cardíacos, respiratorios o artritis; además se pierden hasta 3 días más de trabajo en relación con otros padecimientos crónicos. Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo sostiene que la falta de salud mental provoca un déficit del 4 % en el Producto Interno Bruto en La Unión Europea.

Los malestares físicos de inmediato se hacen evidentes, y al mismo tiempo pueden diagnosticarse y ser atendidos con mayor rapidez; pero, en caso de presentarse un problema mental, la situación cambia, porque bajo esta circunstancia lo que se ve alterado es el comportamiento, y éste llega a ser tan complejo como diverso. Lograr descifrarlo y atenderlo se convierte en un absoluto reto.

La psiquiatría aunada a la psicología, en conjunto, son las disciplinas encargadas de proporcionar el respaldo a quienes sufren alguna complicación de salud mental; sin embargo, en repetidas ocasiones los psiquiatras confunden síntomas debido a la delgada línea que separa un padecimiento de otro, y atacan los trastornos de manera equivocada y en consecuencia los terapeutas aplican un tratamiento inadecuado, que en vez de aliviar, enreda aún más la situación.

En el caso concreto del TBP, por ejemplo, deben transcurrir, de 8 a 10 años para declarar un diagnóstico certero; de acuerdo a las afirmaciones de la Dra. Claudia Becerra Palars, responsable de la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRFM. Para muestra un botón:

Adriana Tovar, una tradicional ama de casa mexicana de clase media, hace más de 16 años pisó por primera vez a sus 37 años una clínica psiquiátrica. Cortesía de un asalto a las puertas de su hogar, sufrió un desequilibrio mental que obligó a su familia internarla durante dos semanas en el Hospital Psiquiátrico y

Unidad de Medicina Familiar (HPUMF) No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En aquel tiempo los psiquiatras determinaron que había presentado una perturbación por estrés postraumático, definido por Charles B. Nemeroff como “(...) un trastorno de ansiedad que aparece después de un acontecimiento estresante o traumático amenazante para la vida, específico o repetido, como el abuso sexual, la tortura, la actividad criminal (dirigida al enfermo o que éste ha presenciado), los accidentes de automóvil, las quemaduras o los conflictos bélicos”; que al final desencadenó un severo cuadro de Depresión Mayor (*vid. infra*, p. 25).

Sin haber transcurrido tres años de plena estabilidad, debido a la muerte de un ser querido, una segunda crisis la recluyó en la misma clínica. En ese entonces el encierro se prolongó tres semanas. El segundo episodio reafirmó el primer diagnóstico; la única diferencia entre el primer y posterior internamiento fue la advertencia de un médico a su familia que sonó bastante clara: “una tercera recaída y olvidense de que Adriana logre recuperarse, tendrá que ser recluida en un manicomio”.

Los cuidados fueron inmediatos, sus familiares intentaron mantenerla en todo momento rodeada de un ambiente libre de estrés. No fue suficiente. En 2004 Adriana comenzó a enfermar.

Aún no se reponía de una caída desde un segundo piso, que le dejó, además de una sutura en la ceja, pérdida de memoria e incapacidad motriz temporal; también la pauta para un inminente tercer episodio. Al parecer, porque en el área de urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), donde Adriana fue atendida a raíz del accidente, un médico mientras sostenía una tomografía de ella, precipitadamente le dijo: “usted tiene un tumor en el cerebro... ¡ah! Creo que no, sólo es la inflamación del golpe que se dio”. El impacto de la frase en la mente de Adriana fue tal, que el gozo de tranquilidad y estabilidad en su vida y en la de los suyos, volvió a esfumarse.

Primero el insomnio comenzó a apoderarse de ella. Dejó de dormir durante las siguientes tres noches. Su cerebro no resistió la presión del desafortunado y falso diagnóstico. Aquellos síntomas tan ya conocidos por su familia, regresaron.

En esa penúltima ocasión, luego de escapar del tercer internamiento, pero no de una fuerte crisis, Adriana cayó en manos del INPRFM, en aquel momento los especialistas de este instituto le diagnosticaron ansiedad generalizada: “(...) estado crónico de preocupación, ansiedad, nerviosismo o aprensión excesivos (presente en un período mayor o igual a los seis meses) que no está relacionado con otro trastorno del estado de ánimo o de ansiedad”. Es común que quienes la padecen, además presenten otros trastornos de ansiedad, depresión y abusen del alcohol y/o sustancias (B. Nemeroff, 2006).

Aunado a lo anterior, también le dijeron que presentaba un cuadro grave de depresión (este término se definirá más ampliamente en lo subsecuente), la saturaron de fluoxetina (antidepresivo) y clonazepan (ansiolítico) (*vid. infra*, Anexos, p. 143-144). Más de diez meses la pasó estable, pero muy deprimida. Una cuarta y última vez, –por el momento dice Adriana– sin razón aparente, los síntomas retornaron. En el instituto, entonces le dijeron: “señora, usted no tiene depresión ni ansiedad, sino, Trastorno Bipolar Tipo II (*vid. infra p. 24*). El cambio de medicamentos fue inmediato.

Seis meses después, los médicos se retractaron de este último dictamen y volvieron a establecer que Adriana, sólo padece depresión. Actualmente, a más de 17 años de su primera crisis, debido a su mejoría, ha sido dada de alta de la institución sin tener claro el padecer que la ha asechado y se pregunta a sí misma: “¿qué padeceré en el futuro?”

El periódico *La Jornada* en abril de 2014 hizo públicas las declaraciones del especialista en psiquiatría, Manuel Sánchez de Carmona presidente de la Sociedad Internacional de Trastorno Bipolar (ISDB, por sus siglas en inglés) quien advirtió: “el 70 % de los pacientes reciben un diagnóstico erróneo”.

Ser preso de un trastorno mental no le permite al individuo relacionarse de manera funcional con su entorno, se le dificulta convivir, trabajar, estudiar e inclusive hablar o moverse. Tanto el enfermo, como quienes lo rodean sufren una agobiante situación.

El bienestar de una persona propensa, predispuesta a enfermar, proviene de diversos elementos que se extraen del ambiente y de quienes la rodean; si éstos son hostiles, destructivos; intervienen negativamente en el desarrollo integral de los sujetos. Al respecto, la OMS define a la salud mental como:

Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Según datos arrojados por la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México 2003-2010* se estima que “alrededor de seis de cada 20 mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos por lo menos una vez en la vida”. Las personas que padecen algún trastorno mental, se le dificulta llevar un control voluntario de sus actos; por lo que necesitan asistencia médica, además del apoyo de familiares e instituciones, en general de su entorno para llevar una vida libre de episodios que afecten drásticamente sus vidas.

El *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México 2011* reporta que se hallan 46 hospitales psiquiátricos (13 son privados) en toda la nación. Por cada cien mil habitantes, existen un psiquiatra y un psicólogo (43 % de ellos labora en el sector privado y en establecimientos de salud mental con fines de lucro); además, el personal encargado del cuidado mental se encuentra concentrado en las zonas urbanas y en específico en el Distrito Federal, lo cual deja de lado a las comunidades rurales.

La carencia de información adecuada, preventiva; las insuficientes instituciones y especialistas en psiquiatría, así como la asistencia psicológica; las complicaciones generadas y derivadas por diagnósticos y tratamientos equivocados; el absurdo y proporcionalmente lejano presupuesto, distante del verdadero que es necesario invertir en salud mental; aunado todo a la falta de sentido común de los seres que envuelven a un enfermo mental, son las principales razones que favorecen el rechazo, la marginación y el abandono de éste.

Insisto en esta preocupante y agobiante realidad que enfrenta México, y no sólo él, sino otros países del mundo, sobre todo y como siempre, los llamados en vías de desarrollo; porque es vital para la salud de un pueblo que se invierta en asistencia mental, ya que su desatención se ha convertido en un cáncer invasivo, devastador para la integridad de los seres humanos y una fuerte alteración en la estabilidad social.

La OMS declaró en 2011 que “El gasto anual promedio en salud mental a escala mundial sigue siendo inferior a US\$ 3 por habitante. En los países de ingresos bajos, el gasto anual puede llegar a ser de sólo US\$ 0,25 por habitante”. Mientras tanto, la realidad es que un paciente puede quedar en banca rota, junto con sus familiares al momento de invertir en los tratamientos necesarios para su mejoría.

1.1. Los Primitivos Indicios

“La primera descripción sobre la manía y la melancolía se encuentra en el *Corpus Hipocraticum*, documento griego del siglo V a. C atribuido a Hipócrates y sus discípulos.” (Dupont, 2006).

Durante aquella época, la posición de la escuela hipocrática ante dichos estados de ánimo era claramente limitada; porque sostenía la teoría de que cada período estaba dotado de sus propios síntomas, y que sin duda, su origen derivaba de alguna disfunción cerebral. A la manía se le adjudicaba un comportamiento agresivo, trastornado, alejado de la realidad, y a la melancolía se le relacionaba con un estado constante de tristeza.

En 1854 Jules Philippe Joseph Falret y M. Baillager, médicos franceses, nombran respectivamente a la enfermedad como: locura circular y locura a doble forma. Ya entonces, Falret mencionaba que los síntomas de la locura circular en la etapa maníaca se caracterizaban por la ausencia de sueño y cansancio, el aumento de energía, de actividad y el deseo de hacer nuevos proyectos; para el especialista francés, la depresión se manifestaba al término de la manía y se distinguía de esta última, porque la primera otorgaba al enfermo una desaparición total de impulsos, tristeza, además de lentitud.

No fue sino hasta 1899 cuando Kraepelin acuña el término de enfermedad maníaco – depresiva, ya que Falret y Baillager consideraban a la manía y a la depresión como dos enfermedades distintas. Finalmente, en 1957 Leonhard determinó que los pacientes, quienes manifestaron períodos de manía y de depresión serían llamarían bipolares.

1.2. ¿TBP, qué es eso?!

Estar de ánimo o estar deprimido determina la disposición que se tiene para hacer o no hacer, ir o no ir, hablar o no hablar. El ánimo puede impulsar o frenar, es el motor que activa los sentidos del cuerpo y lo hace o no funcionar de manera armónica con su ambiente.

La experiencia de las instituciones en el campo de los trastornos del ánimo ha revelado que son muchos los problemas generados alrededor de los pacientes, familiares, amigos que los padecen; debido a que: los síntomas son muy intensos y existe un alto grado de desconocimiento acerca de este tipo de perturbaciones.

Como su mismo nombre lo dice, el Trastorno Bipolar (TBP), es una crisis mental conformada por dos polos completamente contrarios. Se trata de dos diferentes extremos dotados cada uno de sus propias características. Convergen, principalmente, dos variedades de síntomas en la enfermedad, y ésta interviene negativamente en el ánimo de las personas; las trastorna a tal grado, que son capaces de elevarse a los límites más altos de la felicidad y después hundirse en lo más profundo de la tristeza, o a la inversa.

Dentro de los trastornos del ánimo considerados como “una variedad de condiciones clínicas en las que las principales perturbaciones son los cambios del estado de ánimo y del afecto” (Caballero E. 1995), se encuentra el TBP, caracterizado por presentar fases o episodios, por lo general severos, de manía y de depresión; es decir, el paciente transita por: períodos en los que se siente eufórico, está muy irritable y con ánimo de hacer muchas actividades a la vez (manía) y etapas donde predomina la tristeza, la apatía y la desesperanza (depresión).

Conforme a lo dicho por los autores del libro *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, los estados de ánimo son proporcionalmente normales respecto a:

1. La intensidad del estado de ánimo, es natural que una persona se exalte al recibir una noticia positiva o se entristezca al enterarse de una negativa; pero en el caso de un trastorno del ánimo, el individuo siente un exagerado sentimiento de felicidad o de infelicidad, a tal grado que se sale de control.

Por ejemplo, puede sentirse tan extremadamente contento, que decide salir de viaje y dejar de lado su trabajo, su familia, sin pensar en las consecuencias; o por el contrario, sentirse muy triste y ni siquiera ser capaz de levantarse para llevar a cabo una actividad tan básica como bañarse o cepillar sus dientes.

2. Su duración, como se mencionó en el punto anterior, las personas transitan por momentos gratos o desagradables que pueden ser digeridos al instante, quizás, en un par de horas; sin embargo, cuando un sujeto presenta un trastorno en su ánimo, llega a mostrar estados de entusiasmo o de tristeza que se prolongan durante horas, días, semanas e incluso meses; todo depende de si es, o no atendido médicamente.

Ejemplo, las elevaciones del ánimo en el paciente bipolar, –evidentes para quienes lo rodean– son constantes y persistentes; la sensación de bienestar no disminuye, al contrario, incrementa manteniéndose durante horas o días. Las etapas depresivas se caracterizan por la falta de energía, la apatía, el pesimismo, y tienden a perdurar semanas, meses e inclusive años.

3. Su asociación con otras señales y síntomas, el comportamiento del individuo cambia radicalmente; comienza a hacer cosas fuera de lo común.

Puede citarse que durante los estados de manía, el sujeto llega a gastar dinero en exceso, modificar su arreglo personal, tornándolo más provocativo, tener pensamientos desencajados, hablar de todo y de nada, dejar de dormir, y a pesar

de eso seguir teniendo energía para hacer mil cosas. Durante la etapa depresiva, su ánimo decae por completo, no tiene la disposición, ni el deseo de hacer nada, las responsabilidades y los planes se dejan de lado, no hay ilusiones, ni esperanza.

4. Su impacto sobre el funcionamiento del individuo, como se indicó anteriormente, el comportamiento cambia a tal punto que la persona se sale de control. Los síntomas llegan a ser tan intensos que logran discapacitarla.

Durante la etapa maníaca, la hospitalización, en diversas ocasiones es imprescindible; porque sólo los especialistas son capaces de controlar a alguien en esta situación. En el caso de la depresión, es más común sobrellevarla en el hogar; pero no es más alentador este período, porque el paciente abandona por completo sus actividades, como el trabajo, la escuela, los eventos sociales, los deportes.

En la siguiente figura pueden apreciarse claramente los principales síntomas que identifican a cada uno de los dos polos. Invariablemente se nota la gran diferencia existente entre un extremo y otro (Cuadro 1 p. 20).

Un polo se relaciona con el movimiento, la energía, el entusiasmo, el bienestar (aparente). Desde la perspectiva de quien lo padece, pareciera ser que no es un estado enfermizo, sino una bendición; porque en esta etapa el sujeto experimenta una exagerada sensación de poder hacerlo todo, incluso, llega a considerar que se trata de un período en donde se desborda su creatividad e ingenio; pero sólo es en apariencia, en la realidad, pierde la dimensión de sus propias capacidades.

El otro lado es completamente a la inversa, en él, la levedad, la impotencia, la tristeza dominan la voluntad del enfermo; colocándolo en una situación de completo aislamiento, desolación, desesperanza y malestar espiritual, que prácticamente lo paraliza física y mentalmente. Su pena es tal, que comienza a tener pensamientos relacionados con la muerte e incluso el suicidio suena como una alternativa para cegar su sufrimiento.

Cuadro 1. Síntomas de manía y depresión	
MANÍA	DEPRESIÓN
- Incremento de la energía y la actividad.	- Falta de energía, desinterés para realizar actividades.
- Tolerancia al cansancio.	- Sensación de cansancio y lentitud.
- Aumento en la velocidad del pensamiento, movimiento corporal y lenguaje (verborrea).	- Dificultad para pensar, hablar y moverse.
- Euforia.	- Ansiedad y vacío afectivo, culpa.
- Extrema irritabilidad y fácil distracción.	- Problemas de concentración, irritabilidad y apatía.
- Falta de sueño.	- Insomnio o exceso de sueño (hipersomnia).
- Creencias irreales sobre propias capacidades.	- Baja autoestima, timidez, sentimientos pesimistas, desesperanza.
- Incremento del deseo sexual.	- Decremento del deseo sexual.
- Abuso en el consumo de sustancias (alcohol, drogas, medicamentos).	- Pérdida o aumento del apetito. Abuso en el consumo de sustancias (alcohol, drogas, medicamentos).
- Comportamiento agresivo.	- Tristeza continua y persistente pasividad.
- Negación de los síntomas.	- Ideas constantes de muerte y suicidio.

Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, *Trastorno bipolar. Guía de orientación y ayuda*, México, 2006, p. 11,12

A continuación, la Dra. Claudia Becerra Palars, revela en conferencias las características propias de cada extremo de la bipolaridad:

Por un lado, la manía se manifiesta en el paciente con evidentes cambios en su comportamiento, éstos son percibidos por los allegados del enfermo; pero él no logra percatarse de que algo anda mal, dice.

Explica que la gente con este padecimiento se instala en un estado de bienestar y euforia, la frase muy comúnmente utilizada para definir a un sujeto maníaco –menciona– es: “está acelerado.”

“Se le dice así porque no se detiene, sube y baja, le sobra energía, a pesar de que duerme muy poco o nada. Quiere divertirse; –aunque ello implique arriesgarse, no mide el peligro ni las consecuencias de sus actos– siente la urgente necesidad de hacer mil cosas a la vez. Idea planes, –por lo general descabellados, como irse súbitamente de su casa– habla sin parar y su conversación es desarticulada. Cambia sus hábitos de vestimenta, el paciente se arregla más, usa colores que usualmente no usaría, se viste más provocativo”, comenta.

La Dra. Becerra declara que el paciente gasta en exceso o tiende a regalar cosas, compra varios ejemplares de un mismo objeto, incluso llega a endeudarse o hasta robar con tal de obtener lo que quiere. La especialista señala además, “sus pensamientos se agilizan y puede llegar a ser tan terco, que se enfrasca en una idea y no para hasta convertirla en realidad, si en el camino se encuentra con obstáculos se irrita y culpa a quienes lo rodean”.

La especialista del INPRFM agrega que es muy común ver incrementados los impulsos sexuales en pacientes bipolares. Según declara, en estado maníaco se desinhiben y pueden aprovechar cualquier oportunidad para satisfacer sus deseos. “Su autoestima se eleva a tal punto que se percibe a sí mismo omnipotente, hermoso, perfecto”, declara.

Por otro lado, la especialista indica que los síntomas que caracterizan a la etapa depresiva en un paciente, son la otra cara de la moneda, durante este período, la energía, los impulsos, los deseos, las necesidades, los planes, desaparecen por completo.

“Se pierde el interés en cualquier tipo de actividad, no hay energía para trabajar, estudiar, convivir con familiares y amigos. La concentración se complica, leer, escribir, ver la televisión, el cine, no son ninguna atracción”, apunta.

Como lo indica la doctora, la levedad y la pasividad en el ánimo del enfermo predominan en todo momento durante esta etapa del trastorno. Refiere también, la notable disminución en los movimientos y lentitud de pensamiento del sujeto.

“Se presentan alteraciones en el sueño (insomnio y/o hipersomnía). El tono de la voz disminuye. El aspecto personal se descuida al límite, la simple ducha es casi imposible llevarla a cabo, pueden pasar días, incluso semanas sin tocar el agua y el jabón”, agrega.

La psiquiatra hace notar que existe en el paciente un constante enojo con la situación por la que transita, inclusive el enfermo llega a pensar que es un castigo de Dios. Expresa además, que la autoestima del sujeto se encuentra por los suelos y lo atormentan muchos temores e inseguridades.

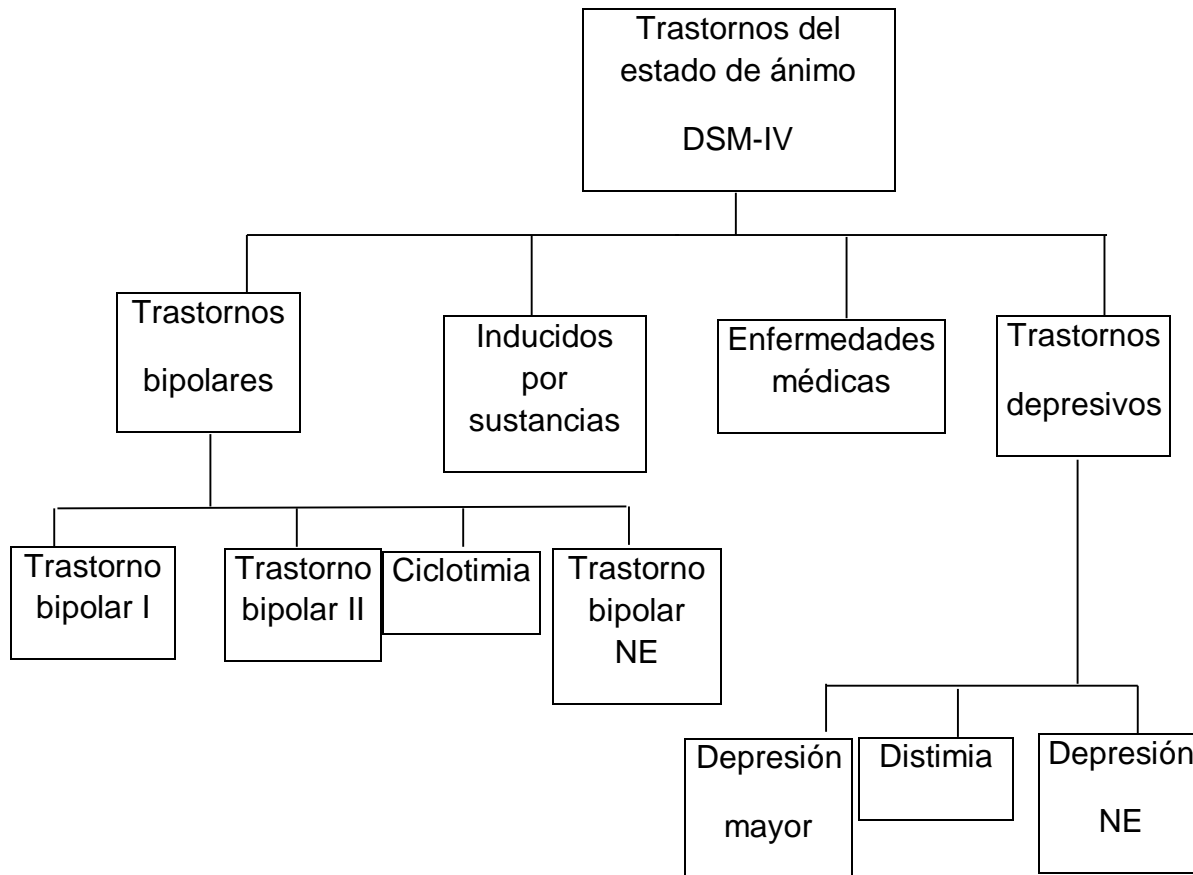
“La libido disminuye y por lo tanto, también el deseo sexual. La tristeza se refleja además en el apetito, éste puede disminuir o aumentar lo que provoca pérdida o ganancia de peso. Se evaporan los deseos de seguir viviendo, el aislamiento es la mejor compañía y se piensa constantemente en la muerte y en el suicidio”, concluye.

Publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM-IV, por sus siglas en inglés, “se basa en reglas simples para establecer diagnósticos psiquiátricos que permiten conseguir la fiabilidad diagnóstica. Aunque estas reglas, y por tanto, las categorías diagnósticas, son arbitrarias; se deben contemplar como hipótesis de trabajo –que a su vez, pueden demostrarse falsas- y proporcionan el marco preliminar esencial para la psiquiatría científica”.

Clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), cuarta edición se encuentra el TBP; considerado dentro de los trastornos del ánimo, es decir, aquellos que se relaciona con el humor, éstos se dividen en: Trastornos depresivos, Trastornos bipolares y Trastornos por

enfermedad médica o por consumo de sustancias. En la siguiente figura se concentran cada uno de ellos. (Goodwin, 2007).

Cuadro 2. Representación esquemática de los Trastornos del Estado de Ánimo en el DSM-IV



Fuente: Caballero, 1995

Con base en los apuntes de la tesis *Un estudio integral sobre trastorno bipolar (2001)*; el libro *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (1995)*; el *Curso Psicoeducativo de Trastorno Bipolar* impartido por INPRFM (2006) y el libro *Trastorno Bipolar (2006)*, ahora se describirán los subtipos de: trastornos bipolares y trastornos depresivos (*vid. supra.* Cuadro 2)

Trastornos Bipolares

-Trastorno Bipolar Tipo I: su característica principal es que el paciente presenta uno o más episodios completos de manía o mixtos; la variante es que durante estos períodos, la persona puede en un mismo día, alternar síntomas tanto de manía como de depresión, seguidos de un episodio de depresión mayor.

-Trastorno Bipolar Tipo II: se caracteriza por la presencia de uno o más episodios de depresión mayor, acompañados por uno de hipomanía, en ésta la sensación de bienestar es inusual y persistente por días enteros, hay irritabilidad, alta autoestima y ausencia de timidez. A diferencia de la manía, la hipomanía no incapacita al paciente porque los síntomas son menos intensos; sin embargo, si no se atiende a tiempo, puede convertirse en la antesala de un episodio de manía.

-Ciclotimia: se considera como la primera fase del trastorno bipolar, los síntomas son similares a los de la hipomanía, ya que el paciente presenta cambios leves que van de la euforia a la depresión; pero, cabe señalar que la mayoría de los ciclotímicos no se convierten en bipolares “(...) aproximadamente, una tercera parte de los pacientes con afección ciclotímica sí desarrollan enfermedad bipolar” (Dupont, 2006). Diversas estadísticas demuestran que alrededor de un millón de personas en México padecen esta alteración del ánimo, sobre todo jóvenes de entre 15 y 25 años (Moura, 2007).

-Trastorno Bipolar No Especificado: en este subtipo del TBP no existe una certera identificación de los síntomas. Pueden manifestarse episodios combinados de: manía, hipomanía, ciclotimia, por lo tanto no se encasilla en TBP I o TBP II.

Basándose en la *Encuesta Nacional de Psiquiatría de 2003*, el médico Manuel Sánchez de Carmona, revela: “en México hay alrededor de tres millones de personas que desarrollan Trastorno Bipolar a lo largo de su vida”.

Trastornos Depresivos

-Depresión Mayor o Depresión Monopolar: presencia de un estado de ánimo persistentemente bajo, en donde hay perturbaciones del sueño y del apetito, “(...) variación abrupta del peso corporal (...) y los pensamientos suicidas constituyen síntomas inequívocos de la depresión mayor”. Cansancio excesivo, autoestima baja, pesimismo, desesperanza, pensamientos constantes de muerte.

Vale la pena resaltar que este trastorno encabeza la lista de las diez “causas líderes de discapacidad en el mundo” (*vid. infra*. Cuadro 4 p. 27). El sitio saludymedicinas.com publicó información del Instituto Mexicano del Seguro Social, éste anunció recientemente (2014) que en México existen alrededor de diez millones de personas con depresión y pronostica: “para el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacidad laboral, por encima de los trastornos cardiovasculares”.

Asimismo el artículo menciona al Dr. Juan Ignacio Rosales Barrera, presidente de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, primer organismo de su tipo fundado en México (1937); quien asegura: “la depresión, es un problema identificado como una verdadera avalancha que cada vez será más frecuente, debido al aumento de los factores estresantes enfrentados por la población, como delincuencia, contaminación, falta de empleo o dificultades económicas”.

Según cifras divulgadas recientemente la depresión en México ocupa el quinto lugar entre las enfermedades más frecuentes y se pronostica que dentro de seis años se instalará en el primer lugar. Se posicionará por encima de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

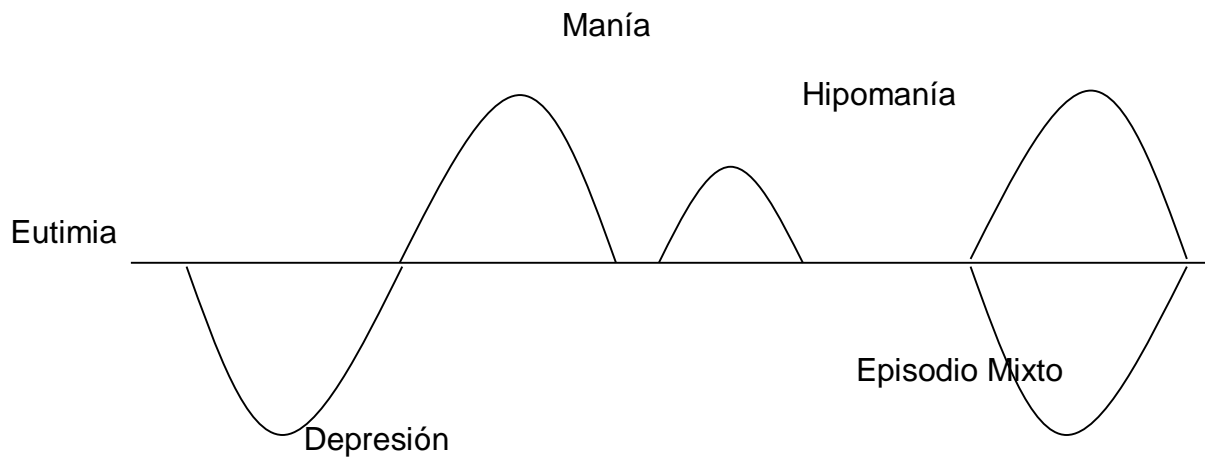
-Distimia: es considerada como una depresión leve que ha persistido por más de dos años. No se caracteriza por imposibilitar el funcionamiento de quien la padece.

-Depresión No Especificada: ésta se distingue de los anteriores trastornos depresivos, porque no existe una certera identificación de los síntomas. Pueden manifestarse variantes de distimia y depresión mayor.

Si se pudiera ubicar al TBP en una línea, en un extremo se encontraría la manía, y en el otro la depresión. Para el paciente bipolar no existe un punto intermedio en esa línea; porque su ánimo, involuntariamente y sin causa alguna aparente, brinca de un extremo a otro.

En el mundo psiquiátrico se le denomina eutimia a la estabilidad en un paciente. Durante esta etapa, el enfermo está bajo control –por lo general farmacológico– y experimenta un estado del ánimo neutro, es decir los vaivenes anímicos desaparecen. En el siguiente esquema se ejemplifican las variantes del estado de ánimo.

Cuadro 3. Fases o episodios del Trastorno Bipolar



Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2007

Padecer bipolaridad es una de las principales razones por las que se pierde capacidad de funcionamiento. “En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales” (Secretaría de Salud, 2001). En el Cuadro 4 se hacen visibles en orden descendente cada uno de los principales padecimientos discapacitantes.

En el caso específico de los pacientes bipolares, ellos llegan a perder hasta 14 años de actividad y aquellos quienes no reciben atención psiquiátrica, se le pronostican 9 años menos de vida. A lo anterior, se le agrega que hasta el 25 % de personas que padecen el trastorno, tienen intentos de suicidio –sobre todo en la etapa depresiva– y del 10 al 15 %, suicidio consumado (INPRFM, 2007).

Cuadro 4. Causas líderes de discapacidad en el mundo
1. Depresión mayor
2. Anemia por deficiencia de hierro
3. Caídas accidentales
4. Uso de alcohol
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Trastorno bipolar (manía-depresión)
7. Anomalías congénitas
8. Osteoartritis
9. Esquizofrenia
10. Trastorno obsesivo-compulsivo

Fuente: La Carga Global de las Enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. Publicación de la OMS, 1996.

Según datos arrojados en el curso psicoeducativo del INPRFM se calcula que entre 50 % y 75 % de los enfermos bipolares comienzan la enfermedad con un episodio de depresión; éste, para ser considerado como tal, debe durar por lo menos dos semanas en adultos y siete días en niños y adolescentes. Asimismo, en el caso de la manía, su persistencia debe mantenerse durante una semana, de igual forma las fases mixtas, y la hipomanía tan sólo cuatro días.

Regresando un poco a cómo se manifiesta la manía, es preciso mencionar que aquellas personas diagnosticadas con TBP Tipo I, es muy común que presenten episodios severos de manía acompañados de psicosis; es decir, los pacientes expresan ideas salidas de la realidad, pero por su estado psicótico, las consideran totalmente ciertas.

Pueden llegar a pensar, por ejemplo, que tienen la cualidad de curar con las manos o creer que logran comunicarse directamente con Dios a través de mensajes enviados por éste; también se imaginan que nacieron para cumplir una misión especial en la vida. Son atormentados por ideas paranoides, es decir, se sienten vigilados y perseguidos, sospechan que existen cámaras ocultas observándolos o que alguien quiere hacerles daño. Experimentan alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias; oyen voces, ven sombras y/o perciben olores inexistentes.

Así como en la manía, también durante la depresión pueden presentarse síntomas psicóticos; por citar uno, el paciente puede llegar a sentir que sus órganos están en estado de descomposición, son recurrentes los pensamientos religiosos o cree que Dios le envió ese castigo por sus errores del pasado e igualmente sufre de alucinaciones.

1.2.1. Sin Distinciones

Para el TBP no hay edades ni sexo y suele presentarse con mayor frecuencia entre los 18 y 25 años, y es más común que los hombres comiencen con un episodio de manía y las mujeres con uno de depresión. “(...) estudios realizados en la ciudad capital, muestran que el 9 % de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8 % corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón (...)” (Medina-Mora, 2003).

Aquí valdría la pena hacer un paréntesis, si bien es cierto que la conducta, el temperamento y la personalidad se relacionan con cuestiones genéticas, también es sabido que el ambiente influye de igual manera.

La naturaleza no dicta comportamientos, no le impone a una mujer que debe actuar femenina y al hombre masculino; mucho menos les prohíbe adoptar maneras “contrarias” a su sexo, por ejemplo, ser una mujer masculina o un hombre femenino. Sin embargo, desde el nacimiento, a través de preceptos sociales e incluso religiosos, hombres y mujeres son programados por su familia, los medios de comunicación, las tradiciones, la cultura; con rasgos, actitudes, creencias, valores, conductas y actividades “propias de su sexo”.

Entonces, ¿esta propaganda promovida de generación en generación, contiene fundamentos naturales? Octavio Paz señala en su obra *El Laberinto de la Soledad*, “La propaganda difunde verdades incompletas, en serie y por piezas sueltas. Más tarde esos fragmentos se organizan y se convierten en teorías políticas, verdades absolutas para las masas”.

Mediante suposiciones heredadas, basadas en creencias erróneas se van adoptando y reproduciendo estereotipos exclusivos. Margaret Mead menciona lo siguiente: “(...) muchos, si no todos, de los rasgos de personalidad, que llamamos femeninos o masculinos, se hallan tan débilmente unidos al sexo como lo están la vestimenta, las maneras y la forma de peinados que se asignan a cada sexo, según la sociedad y la época” (Citada por: Ramírez, 1997).

A cada género se le va encaminando hacia rumbos distintos, en donde se le adiestra para acatar convenciones sociales que le dictan: cómo vestir, a qué jugar, qué deporte practicar, cuáles prohibiciones y permisiones específicas hay para cada uno; es decir, la sociedad establece estándares de conducta que van definiendo su masculinidad o su feminidad, con el fin de diferenciarlos uno del otro; pero tales diferencias respaldan, a la vez, desigualdades muy marcadas.

En el caso de la mujer por ejemplo, desde tiempos inmemorables se le ha relegado por ser considerada como un ser inferior, lo que le ha ocasionado múltiples dificultades a nivel, físico, mental y personal.

Las desigualdades de género se sustentan en un sistema de valores estructurales e históricos que consideran a las mujeres inferiores a los hombres. Esos valores sostienen la desigualdad en los salarios, en el acceso al trabajo, a la educación, a los derechos reproductivos, al derecho de propiedad, de herencia o a otros recursos económicos o de poder. Sobre estas desigualdades y desventajas se asientan la violencia, la discriminación y la exclusión y se perpetúan las múltiples formas de pobreza que padecen las mujeres (fragmento citado por: Fassler, 2007).

En México “la mujer es devaluada en la medida en que paulatinamente se le identifica con lo indígena; el hombre es sobrevalorado en la medida en que se le identifica con el conquistador, lo dominante y prevalente (...); debilidad, feminidad, sometimiento, devaluación social (...), serán rasgos femeninos e

indígenas,” apunta Santiago Ramírez en su libro *El mexicano, psicología de sus motivaciones*.

A pesar de la emancipación de la mujer en el siglo XX, aún, aquello relacionado con lo oriundo, al menos en este país, se asocia con inferioridad, ignorancia; por lo tanto, si se supone que cada sexo “proyecta” de lo que es capaz, en el caso de las mujeres, ellas figuran como seres improvisados de habilidades para trabajar o estudiar, pero sí poseen la destreza para procrear y criar hijos.

Por su parte, los hombres están “diseñados” para trabajar, son considerados como un símbolo de fortaleza, liderazgo y poder.

Después de analizar la situación que aún padece una gran mayoría de féminas, “las mujeres constituyen la mitad de la población mundial... conforman el 70 % de los 1.300,000 de pobres en el mundo (Organización Internacional del Trabajo), dos terceras partes de los 876.000,000 de analfabetos del mundo son mujeres, (...)” (Fassler, 2007)

Con base en lo anterior, no sería nada difícil explicar por qué en un país en desarrollo como México, 2.5 de mujeres entre 18 y 65 años, por cada hombre, sufren depresiones mayores, y tampoco sería complicado deducir por qué las mujeres que viven la bipolaridad, a diferencia de los hombres, con más frecuencia debutan con un episodio depresivo.

Quizás estas desigualdades son las premisas para promover la aparición de depresiones, ya que la sociedad, así como los medios de comunicación exaltan el consumismo, la satisfacción inmediata de los deseos, la carrera indispensable hacia el “éxito”, dejando de lado el crecimiento espiritual.

Los hombres, al ser ellos los proveedores, los incansables seres encargados de sostener a la familia, inquebrantables pilares preparados para sortear cualquier inconveniente; se le ha colocado en un lugar privilegiado, pero a la vez, estresante y conflictivo, porque siendo embajadores de la fortaleza, el brío y la razón; se le ha condenado también a comportarse como máquinas de trabajo, incapaces de demostrar sentimientos de debilidad, de ternura o de necesidad.

Su actitud de rudeza evita ponerlo en evidencia, ya que "(...) el hombre mexicano hace activamente en la edad adulta lo que sufrió pasivamente en la edad infantil. Abandona de adulto, reivindicando en su conducta el haber sido abandonado cuando niño" (Ramírez, 1997). Este abandono se relaciona con la falta de la imagen paterna y el exceso de la presencia materna.

Sin lugar a dudas, los trastornos mentales son producto –además de disfunciones genéticas y biológicas– de situaciones de estrés provistas en el ambiente. Cualquier ser humano expuesto a fuertes dosis de tensión, represión, frustración, desgracia; invariablemente llega a su propio punto de catarsis, hay quienes alcanzan su límite desarrollando enfermedades físicas, otros, simplemente evaden la dolorosa realidad a través de un trastorno mental. "La tendencia general, expresamos los psicoanalistas, es transformar el dolor y negarlo; a ello le denominamos tendencia maníaca, conducente a elaborar la depresión" (Ramírez, 1997).

1.3. Célebre Bipolaridad

Hablar del TBP no es un tema tan recurrente como lo es el cáncer, los infartos, la diabetes. Basta con mencionar que esta investigación es sobre el TBP para que quienes escuchan el término pregunten: y... “¿qué es eso?”, “¿es un virus?”, “¿tiene que ver con las emociones no?”, o aseveran: “son esas personas ‘locas’ que cambian de humor una y otra vez, como mi mamá”, “mi novio(a) es bipolar”.

Como ya había mencionado al inicio de este capítulo, el trastorno ha estado presente en la vida del hombre desde tiempos remotos; sin embargo, existe un desconocimiento a gran escala entre la población sobre el tema, debido a diversas causas, dos de ellas, y considero son las principales: la alarmante desatención hacia las enfermedades mentales que hay por parte de las instituciones de salud y la poca atención que las personas le ponen a la higiene de su mente.

Es común, los mexicanos no acostumbran informarse de lo que pasa a su alrededor, no es sino hasta que presentan algún problema cuando comienzan a preguntarse sobre la causa de sus males. La información puede estar ahí, pero no es frecuente que la población se acerque a ella.

En contraste, el mundo de la bipolaridad ha llegado a ser tan atractivo para algunos, que incluso directores lo han llevado a la pantalla grande. Como es el caso de la película *Mr. Jones: un irresistible seductor*, protagonizada por Richard Gere y Lena Olin.

La historia de este *film* se desarrolla cuando Mr. Jones (Richard Gere) llega pidiendo trabajo de carpintero en una casa en construcción argumentando que es “una máquina de precisión” capaz de hacer el doble de trabajo que cualquier otro y ofrece trabajar gratis el primer día para que el encargado se convenza de sus indiscutibles aptitudes.

Todo en Mr. Jones aparenta ser lúcido, hasta que decide subir al techo de la casa, ve pasar un avión y comienza a balancearse deseando volar con él; acto seguido, es sometido y recluido en un hospital psiquiátrico; pero su estancia sólo dura un día porque los médicos, al estabilizarlo no pueden mantenerlo ahí por más tiempo.

El personaje es bipolar y un virtuoso músico que durante 20 años ha entrado y salido de diferentes hospitales psiquiátricos porque se niega a llevar un tratamiento constante. Su destino lo lleva a encontrarse con Elizabeth Bowen (Lena OLin) psiquiatra quien percibe su estado maníaco e intenta convencerlo e incluso someterlo por la vía jurídica para que atienda su enfermedad, pero al estar él en manía y sentirse en completo bienestar logra librarse de un internamiento forzoso.

Cuando cambia el lado de la moneda y cae en depresión, deambula sin rumbo por las calles, todo desaliñado, con el rostro colmado de tristeza y sin la esperanza de encontrar la salida hacia la estabilidad emocional; es entonces cuando busca a la Dra. Elizabeth y sollozando le pide ayuda. Ésta, sin titubear lo interna en un hospital psiquiátrico.

A pesar de tener la película un final muy al estilo de *Hollywood*, porque la doctora termina por enamorarse de su paciente y renuncia a su trabajo por él para estar juntos y ser felices para toda la vida; hay varios puntos en la historia que vale la pena resaltar, ya que reflejan claramente los síntomas, las complicaciones y el sufrimiento que vive un paciente bipolar y las personas quienes lo rodean.

Mr. Jones al manifestar episodios de manía, revela muchos de los síntomas que hasta ahora se han mencionado sobre esta etapa de la bipolaridad. Su personalidad maníaca lo caracteriza y lo hace notar ante los demás como un hombre muy agradable, atractivo, inteligente y sumamente seductor, que envuelve con sus palabras y acciones para conseguir lo que desea.

Regala dinero, seduce a una extraña, la lleva a un hotel de lujo para tener relaciones con ella, se compra zapatos extravagantes y camina por la vida sin preocupación; su actitud es muy positiva y la forma de hablarle a los demás hace que cedan a sus “locas” proposiciones, de ahí el título de la película “un irresistible seductor”; pero, cuando la depresión toca a su puerta y toda esa personalidad magnética y envolvente se desvanece, él se convierte en un ser solitario, cautivo de sus pensamientos pesimistas y de su abrumadora tristeza.

También es digno de mencionar que muchas de las personas quienes padecen el trastorno –como es el caso de Mr. Jones– no llevan un tratamiento continuo y en forma, porque niegan su enfermedad, no la aceptan, entonces navegan durante años enteros, incluso décadas por un sinfín de recaídas, que sólo van mellando su integridad mental, emocional y física.

Recientemente la Productora *The Weinstein Company* produjo la cinta: *Silver Linings Playbook* (2012), en México y otros países de habla hispana se le dio el nombre de “Los juegos del destino”; en realidad la traducción o mejor dicho la interpretación del título, no tiene nada qué ver con el original, como usualmente sucede. La versión en español sería algo así: “la cubierta de plata del manual de juegos de la NFL”, que no tiene ningún sentido para el entendimiento de los mexicanos; sin embargo, en la cultura anglosajona sí lo tiene, debido a un dicho: *every cloud has a silver lining*, es decir “cada nube tiene su cubierta de plata”, en el imaginario colectivo estadounidense significa que a pesar de la densa cantidad de nubes nublando el cielo, siempre habrá rayos de luz entre cada una de ellas.

Sólo con esta información extra y después de ver la película, el título original cobra sentido. Escrita y dirigida por David O. Russell, basándose en la novela del mismo nombre del escritor Matthew Quick, cuenta la historia de Pat (Bradley Cooper) un paciente bipolar recién extraído por su madre, bajo su propia responsabilidad, so advertencia del hospital de lo peligroso que podría ser sacarlo, después de ocho meses de estancia en la institución psiquiátrica; Pat, fue internado en ésta, por órdenes judiciales, después de la brutal golpiza propinada al amante de su esposa.

La trama va desmenuzándose poco a poco y al paso de los minutos, la historia entrelaza momentos pasados con actuales para darle sentido al tema principal: las desavenencias en la vida de un paciente bipolar y seres queridos que lo rodean. Después de la reclusión, Pat desempleado y aún trastornado, regresa a casa de sus padres (Robert De Niro y Jacki Weaver) con la firme intención de recuperar a su mujer Nikki (Brea Bree); a su arribo su madre le cuenta la situación de desempleo en la que se encuentra su padre, también llamado Pat, quien ha recurrido a las apuestas de fútbol americano para reunir dinero y poner un restaurant.

Básicamente la película se centra en la historia de amor entre Pat y Tiffany (Jennifer Lawrence), una recientemente viuda, atractiva y trastornada joven bailarina principiante; y por supuesto, la película termina con el clásico *Happy Ending* estadounidense. Un amigo y vecino de Pat propicia en complicidad con su esposa, quien es la hermana mayor de Tiffany, el encuentro entre los protagonistas. Pat navega entre cuatro mares: las apuestas de su padre, determinantes para el futuro económico familiar, la obsesiva idea de regresar con su esposa, los síntomas que aún lo aquejan y la confusión e intriga ocasionadas por Tiffany, quien deja ver en claro que es una chica poco convencional.

Lo valioso de este trabajo fílmico, fuera de los síntomas propios del TBP muy acertadamente caracterizados por el protagonista; como las paranoias, la agresividad, la falta de control, la negativa constante ante la toma de medicamentos, las ideas obsesivas (bajar de peso, leer los libros con los que su mujer enseña a sus alumnos, correr), la falta de sueño, el exceso de energía, la rapidez del pensamiento que va de la mano con la velocidad de su habla, en ocasiones desarticulada, la lucha interna que evidencia el enojo causado por su condición; en fin, lo verdaderamente importante, desde mi punto de vista, es cómo de una manera velada, antagónica y sin embargo evidente, deja ver los desórdenes psiquiátricos “controlados” que emanan todos los participantes de la trama.

Las actitudes obsesivas del padre, enmascaradas en rituales que según él son amuletos para la suerte en sus apuestas; siguiendo el perfil del progenitor, el abandono propinado por éste a su hijo menor (Pat) y el claro reconocimiento y marcada atención al hermano exitoso, que no da problemas; pero que en el fondo se siente invisible, porque es frecuente poner siempre los ojos en el niño problema. La madre de Pat, una mujer con sobrepeso, igualmente relegada, quien desahoga sus frustraciones en la cocina. El vecino y amigo de Pat de edad madura, con problemas existenciales y contradictorios; porque, por un lado, posee lo que “todo hombre de su edad desearía”, un trabajo, una casa linda, un iPod, la más actual, una esposa, un hijo, y sin embargo sufre ataques de ira que contrarresta golpeando y rompiendo cosas a solas, debido a su obvio estado de infelicidad.

Es decir, los “locos”, los “safados” declarados y clínicamente enfermos son Pat y Tiffany, sin percatarse ellos ni nadie, que la realidad es que todos sufren padecimientos bastante desagradables, estresantes y evidentes; derivados en situaciones negativas que merman y/o proveen una falsa, vacía y efímera felicidad.

Otro caso de bipolaridad que fue retomado por el llamado Séptimo Arte, es el largometraje *The hours*, –basado en la novela del mismo nombre de Michael Cunningham ganadora del Premio Pulitzer– esta historia estelarizada por Nicole Kidman, Julianne Moore y Meryl Streep plasma las tormentosas vidas de tres mujeres en tres distintas épocas que se relacionan una con la otra, a través de la primer novela escrita por Virginia Woolf, *Mrs. Dalloway*.

Virginia Woolf, –Nicole Kidman, quien ganó el Óscar por la actuación que le dio vida a la escritora londinense– no le encuentra sentido a su existencia y decide suicidarse, coloca piedras en los bolsillos de su abrigo y se hunde en el Río Ouse. La cinta comienza con esta imagen y la propia voz de Virginia que da lectura a la carta póstuma dedicada a su esposo Leonard Woolf:

Querido, siento con certeza que de nuevo camino hacia la locura. Siento que no podemos pasar otra vez por esos tiempos terribles. Y no me podré recuperar. He comenzado a oír voces que no me dejan concentrar. Me parece que hago lo mejor. Tú me has dado las más grandes alegrías. Tú has sido de diversas formas todo lo mejor que alguien puede ser. No pienso que dos gentes hayan podido ser más felices hasta que esta terrible enfermedad llegó. No puedo luchar más. Sé que he sido un peso en tu vida, que sin mí tú podrás trabajar y sé que lo harás. Como ves, ni siquiera puedo escribir esto con propiedad. No puedo leer. Lo que quiero decir es que toda la felicidad de mi vida te la debo a ti. Tú has sido absolutamente paciente conmigo e increíblemente bueno. Esto es lo que quiero decir todo el mundo sabe esto. Si alguien pudo salvarme de esto eres tú. Todo me pudo haber abandonado, menos la certeza de tu bondad. No puedo seguir estropeando más tu vida. No pienso que otras dos personas hayan podido ser más felices de lo que lo fuimos nosotros.

Además del personaje de Woolf, la película está protagonizada por dos mujeres más, Laura Brown (Julianne Moore) una usual ama de casa de los años 50, embarazada y con un hijo, que al leer la vida de *Mrs. Dalloway* se deja llevar y se ve impulsada a suicidarse por el vacío que le hace sentir su ordinaria vida, pero por alguna razón no tiene el valor de hacerlo y entonces decide abandonar a su familia después de ver nacida a su hija; y Clarissa Vaughan (Meryl Streep) una moderna mujer del año 2000, editora homosexual que vive con su hija y su pareja, y sostiene una antigua amistad con Richard (Ed Harris) un poeta que está muriendo de SIDA, quien finalmente se lanza desde la ventana de su apartamento ante los ojos de Clarissa.

Lo interesante de este parcialmente biográfico *film*, es que en él se puede apreciar la tormentosa vida de Virginia Woolf y cómo lidió con el TBP. Sus biógrafos la describen como una mujer muy brillante, feminista, quien al no haber podido acceder a la escuela por las restricciones que había para las mujeres en la sociedad británica a principios del siglo XX, desde su niñez fue autodidacta y comenzó a escribir a muy temprana edad.

Marcada por la tragedia desde muy pequeña porque perdió a sus seres queridos cuando era apenas una niña: su madre, su hermana y su padre; además del abuso sexual del que fue víctima por parte de uno de sus hermanastros, la orillaron a plasmar en sus escritos la tristeza que estos acontecimientos le causaron y desencadenaron una serie de severas depresiones que la persiguieron a lo largo de toda su vida.

Woolf sufría también de fuertes dolores de cabeza, insomnio y alucinaciones, escuchaba voces masculinas que le susurraban al oído que no valía nada. Se salía de la realidad, por ejemplo creía que Eduardo VII iría a cenar a su casa cuando hacía 20 años que éste había muerto. También tenía épocas muy prolíferas porque hablaba y escribía mucho, pero se le percibía eufórica con extrema energía y vitalidad.

De origen inglés, fue una talentosa escritora y ferviente luchadora por los derechos de las mujeres de su época; pero a la vez, los embistes de la bipolaridad no la dejaron llevar una vida tranquila y armoniosa, al punto de impedirle el continuar más su existencia.

La novelista fue:...una destacada escritora británica, quien desde los tres años de edad comenzó a escribir, rechazada en la universidad por su condición de mujer dedicó muchas horas de lectura en la biblioteca de su padre, dejando de lado el destino femenino de esposa y madre que las costumbres de la época dictaban. La pérdida de sus seres queridos le ocasionó fuertes depresiones y estados de júbilo. Para sus biógrafos, la magnitud de sus trastornos se vio reflejada desde obras como "*Mrs. Dalloway*", novela en la que ilustra su experiencia a través de "Septimus Warren Smith", personaje que se sumergió en la locura un día de verano en Londres. El 29 de marzo de 1941; la mujer que para las feministas provocó el enfado masculino por la naturaleza de su escritura, relleno con piedras los bolsillos de su abrigo y se arrojó al río Ouse. (Periódico *El Universal*, 2010)

Hago hincapié en el fatal desenlace de esta talentosa escritora con la intención de que el público lector de esta tesis haga una parada y reflexione sobre las causas, los alcances, los estragos y el final trágico en que puede derivar el padecimiento de un trastorno como lo es el bipolar.

Otro ejemplo de talento bipolar, es el caso del famoso torero David Silveti, una de las más grandes figuras de la fiesta brava en México; quien a sus 48 años, diagnosticado como bipolar 15 años antes, se quitó la vida el 12 de noviembre de 2003 en su domicilio ubicado en Salamanca.

Conocido en el medio taurino como “El Rey”, Silveti llevaba una vida de éxitos y a la vez un infierno personal de altibajos anímicos, aunados a problemas en sus piernas que le ocasionaron más de 40 operaciones. Su retiro de las faenas, el mismo año de su muerte, incrementaron su estado depresivo, lo que lo llevó finalmente a darse un tiro en la cabeza.

Vincent Van Gogh, pintor postimpresionista, quien a través de sus obras mostraba la miseria y el oscuro sufrimiento del mundo; tras varias crisis, una de ellas, la más conocida, en la que con sus propias manos corta una de sus orejas con la misma navaja con la que minutos antes había amenazado a uno de sus colegas, se da un tiro y muere dos días después.

Estos personajes, así como miles de pacientes bipolares, llevaron una doble vida, por así decirlo. Llegaron a tener la capacidad de alcanzar grandes objetivos, porque su creatividad e inteligencia rebasó al promedio; sin embargo, el insistente cambio en su estado de ánimo provocó que la desesperación los ahogara.

Las constantes en estos tres personajes son: su evidente creatividad y talento, padecían bipolaridad y se suicidaron. Una de las grandes incógnitas que ha sido objeto de estudio de diversos investigadores entre quienes estudian el comportamiento de personas con algún trastorno psiquiátrico, es si su indudable creatividad está relacionada de manera directa con su padecimiento mental. Al respecto el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, publicó en julio del 2006 en su gaceta un artículo llamado “Creatividad y cerebro” (*vid. infra* Anexos, p. 145).

1.4. Probabilidades Científicas con Causa y Efecto

Se dice que el TBP tiene origen multifactorial, sin embargo, la Dra. Margarita Horta, médico adscrito a la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRFM, durante su ponencia en el curso psicoeducativo de TBP, explicó que son pacientes potenciales los individuos que en su infancia se les diagnosticó **Déficit de Atención** (TDA) y/o hiperactividad; “este trastorno del comportamiento es el que más se diagnostica en la infancia y se calcula que afecta de 3 a 5 % de los niños en edad escolar, es decir que alrededor de uno y medio millones de niños en México sufren este padecimiento que se caracteriza principalmente por la falta de atención”.

Existen tres tipos de TDA, el que afecta primordialmente la atención, el relacionado con la hiperactividad y el que implica a los dos síntomas. La especialista advierte además que los factores de riesgo psicológicos implicados con la enfermedad bipolar tienen que ver con: violencia intrafamiliar, conflictos del pasado no resueltos, problemas de pareja, entre otros; pero, la doctora aclara: “no son la causa del trastorno, es decir, no da bipolaridad por problemas personales, o eventos traumáticos de la vida; éstos sólo actúan como detonadores del padecimiento”.

-TBP y el ácido desoxirribonucleico (ADN); transmitido de generación en generación, contiene la información genética albergada en los genes, determina las características físicas del individuo, sintetiza las proteínas que forman el organismo y se organiza en diversas formas en cada individuo. La relación entre la bipolaridad y el ADN es bastante estrecha, según expertos, ya que además de establecer características físicas, también determina el funcionamiento del cerebro, y por lo tanto el comportamiento, define si se es estudioso, flojo, alegre, serio, todo esto depende de la información genética.

En esta parte discierno y quiero hacer un paréntesis, porque considero que la educación, la orientación, la dedicación, los cuidados y el inculcar ciertos valores; todo en conjunto da la capacidad a un ser humano desde el momento de nacer e

inclusive durante la gestación, de ir adquiriendo hábitos, ya sea positivos o negativos; como por ejemplo, estudiar o no hacerlo, lo que se traduce, en esta sociedad, en ser estudioso o flojo y estoy convencida de mis palabras porque los hábitos se aprenden, no se nace con ellos, se van cultivando. Invariablemente hay ciertas actitudes, marcadas por el temperamento heredado, que pueden tornarse difíciles de cambiar para una persona; pero no es imposible.

Para determinar el riesgo al cual es propenso un descendiente de padecer TBP, debe hacerse un árbol genealógico. Si parientes directos tienen la enfermedad, aumentan las posibilidades. El riesgo puede aumentar de 5 a 15 veces entre familiares. Los gemelos idénticos, comparten la misma carga genética y aunque sean separados y crezcan en ambientes completamente contrarios, tienen la misma probabilidad de desarrollar bipolaridad. (INPRFM, 2007)

Conforme a la información proporcionada por el INPRFM, las siguientes teorías intentan dar una explicación de por qué el individuo desarrolla TBP:

-Bioquímica: las neuronas son las células del cerebro, éstas se comunican a través de los neurotransmisores, que son sustancias producidas en las mismas. Norepinefrina, Dopamina, Serotonina, Acetilcolina, GABA, Glutamato. Las personas con bipolaridad tienen una deficiente distribución a nivel cerebral de estas sustancias. Por ejemplo, el exceso de dopamina se relaciona con episodios de manía y psicosis; en caso contrario, el aumento de Serotonina, propicia depresión o ansiedad.

-Alteraciones neuroendócrinas (hormonales): los pacientes con trastornos del estado de ánimo en general, pueden presentar alteraciones hormonales, sobre todo las mujeres. Personas con bipolaridad, probablemente tienen o desarrollan alguna enfermedad en la glándula tiroides, ésta secreta hormonas (T3 y T4), las cuales se transportan por la sangre a todo el cuerpo, controlan metabolismo, funciones corporales, el peso. Las fallas en el funcionamiento tiroideo provocan modificaciones en el peso, tienen que ver con el aprovechamiento de los

nutrientes que se ingieren, también se asocian con el funcionamiento del corazón, presión arterial, cambios en la menstruación y el estado mental.

Puede presentarse alguna alteración en glándula tiroides, y por lo tanto provocar síntomas de TBP, pero no necesariamente se es bipolar, o también se da el caso de tener ambos padecimientos. Hay un mayor riesgo de enfermedad tiroidea en pacientes con TBP.

-Anatomía cerebral: el paciente bipolar, con el paso del tiempo y tras varias recaídas pierde masa cerebral, porque mueren neuronas en cada episodio de manía o depresión; debido a la guerra química entre los neurotransmisores. La falta de memoria, la lentitud de pensamiento y de movimientos, son síntomas de un deficiente funcionamiento del cerebro.

-Ambiente: los sujetos con TPB tienen una mayor vulnerabilidad ante las situaciones de estrés ambiental, ya sean positivas o negativas, pero el trastorno no lo ocasiona el estrés; éste sólo actúa como detonante. El consumo de sustancias también puede propiciar síntomas del padecimiento.

-Ciclos circadianos, éstos tienen que ver con los períodos de luz y oscuridad, a los que el cuerpo está acostumbrado a través del reloj biológico (localizado en el cerebro). En el TBP hay una susceptibilidad muy alta ante los cambios de luz, por ejemplo, el invierno se relaciona con la depresión, en primavera y verano se activa la manía. El reloj biológico se altera en los episodios de manía y depresión, los cambios en los horarios lo desajustan. Los viajes transcontinentales, o simples viajes donde el horario cambia una hora, también afectan.

1.5. El Riesgo Está en Todas Partes

Las principales situaciones de riesgo para pacientes bipolares son:

- Predisposición genética. La enfermedad es más común en ciertas familias y en individuos en cuyos antecesores biológicos se registra un historial de trastornos emocionales, como la depresión.
- Desequilibrio en la generación de neurotransmisores. No es un problema heredado, sino que aparece espontáneamente y desde el nacimiento; se caracteriza porque el paciente tiene problemas para producir sustancias como Serotonina, Noradrenalina, Norepinefrina, Dopamina y Acetilcolina, que regulan los estados de ánimo del ser humano.
- Lesión neuronal. Sufrir un golpe o accidente a cualquier edad puede generar una alteración en los tejidos del cerebro y, de manera secundaria, ocasionar trastorno bipolar.
- Fisiológico. Consumo de drogas y alcohol perjudica las funciones neuronales y acentúa el riesgo en quienes tienen antecedentes familiares.
- Psicosocial. Un medio violento, estresante y opresor en el hogar también es detonante en quienes tienen predisposición genética, de modo que el padecimiento puede manifestarse de manera más temprana, por ejemplo, desde la adolescencia.

Si los pacientes bipolares no son atendidos a tiempo y adecuadamente su vida se torna muy difícil y llena de riesgos como lo son:

- El suicidio, éste es una posibilidad que el enfermo ve como una salida a su sufrimiento, sobre todo cuando se encuentra en la etapa depresiva (El 15 por ciento de los enfermos de trastorno bipolar comete suicidio durante la fase depresiva (Mauricio Tohen, 2005).

- Problemas matrimoniales y de trabajo; los altibajos propiciados por la bipolaridad ocasionan que no se logre una estabilidad para alimentar las relaciones personales, además de que no se cuenta con la capacidad plena para conservar un empleo. Dentro de las diez causas de días laborales perdidos, cinco las ocasionan: depresión, alcoholismo, bipolaridad, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo (Secretaría de Salud, 2001).
- Abuso de alcohol, drogas y medicamentos; el consumo de este tipo de sustancias es considerable entre los pacientes debido a que con ellas pretenden aligerar su pena, pero al ingerirlas hacen todavía más difícil el tratamiento, ya que interfieren en el funcionamiento del cerebro.
- Problemas con el tratamiento; es muy frecuente que los diagnósticos no sean certeros, por ejemplo, un bipolar puede ser canalizado como un paciente depresivo, lo cual implica que reciba antidepresivos, dejando de lado los estabilizadores del ánimo y por lo tanto desencadenar episodios severos de manía; además, entre más episodios presente el paciente, es más complicado controlar los posteriores.
- Los costos para sobrellevar el trastorno bipolar son bastante elevados, por citar un ejemplo, a un paciente del INPRFM, de nivel socioeconómico 3 (parámetros de la institución), en la actualidad, la consulta mensual le cuesta \$149.00, destina, en caso de tener tratamiento psicológico en el mismo instituto, otros \$149.00 cada semana y otros \$500.00 en medicamentos quincenalmente. Estos números dan como resultado un egreso de \$56.00 diarios, cifra muy cercana al salario mínimo ofrecido por los dirigentes del país, que va de los \$63.77 a los \$67.29, dependiendo de la zona del territorio nacional; sin contar la cantidad que gasta en pasajes, existen personas que se trasladan del interior de la república, al sur del D.F. en donde se encuentra el hospital. A esta costosa situación, se aúna, el estado emocional deplorable que le impide conservar un trabajo o incluso conseguirlo.

México, de acuerdo con números oficiales, otorga 2.8 % del Producto Interno Bruto (PIB) al presupuesto para la salud. El Dr. José Narro Robles, actual Rector de la UNAM, aseguró, cuando gestionaba como Director la Facultad de Medicina, que es necesario el doble de este porcentaje para conseguir un sistema de salud funcional, universal y descentralizado; sin embargo, lo más triste es que se invierte en salud mental sólo el 0.85 % y la OMS sugiere un financiamiento del 10 %. La realidad dista mucho de la verdadera necesidad.

Apoyo de familiares, de la pareja y de amigos; un acertado diagnóstico de profesionales de la salud mental, programas eficientes y la disposición del paciente para ser tratado, hacen llevadera la carga de este padecimiento; pero no siempre se reúnen estas condiciones para lograr un control ideal. Es un trabajo en equipo, si un miembro de éste falla, los resultados se tornan negativos.

El período de manía, por ejemplo, incita al sujeto a evitar ser atendido, como es el caso de Mr. Jones, en la película del mismo nombre, el protagonista incluso dice ser adicto a ese estado –común idea en pacientes reales-, porque según él lo instala en una etapa de profunda satisfacción, plenitud, bienestar y creatividad. En el caso de la depresión, es casi siempre ésta la que impulsa a un enfermo a ser atendido, porque se siente hundido en una profunda tristeza y sin saber cómo salir de ella busca ayuda; justamente así lo hizo el “irresistible seductor”.

Las adversidades contra las que debe luchar una persona con este doloroso trastorno, son numerosas; desde aceptar su enfermedad, controlarla, costear los medicamentos y terapias, asistir a consultas psiquiátricas, resistir las críticas de quienes no entienden muchas de las acciones del individuo provocadas por la inestabilidad anímica, alcanzar una vida autónoma e independiente, en fin; la lista llega a ser interminable.

CAPÍTULO 2. LAS DOS CARAS DEL SUFRIMIENTO

Julio 02 de 2006. México vivía la Elección Presidencial más competida de su historia. Esa noche, después de seis meses de intensa campaña, en la que se gastaron casi cuatro mil millones de pesos, los tres principales candidatos –Andrés Manuel López Obrador, Felipe Calderón Hinojosa y Roberto Madrazo Pintado– velaban armas en espera del resultado. Simultáneamente, las encuestadoras trabajaban.

Este proceso se convirtió en una oportunidad de trabajo para algunos, –jóvenes en su mayoría– entre ellos, para María, una chica de 24 años, “eterna estudiante” como ella misma se denomina de la Escuela Nacional de Artes Plásticas. La conocí en la sala de espera de la Clínica de Trastornos Afectivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Ella participó en los comicios de aquel segundo día de julio de ese año como supervisora de encuestas de salida para una de las dos televisoras más poderosas que existen en México: TV Azteca.

El trabajo le provocó, además de un vendaval de sentimientos encontrados, una de las experiencias más duras de su vida; todo conspiró, justo para desatar en ella amargos y dolorosos estragos degenerantes de su, hasta ese momento, envidiable salud. Debido a un agobiante ambiente de tensión, del cual fue presa durante esa época, una “crisis” la dejó discapacitada durante el año siguiente. La causa médica, bipolaridad. El impacto de su historia fue tal en mí, que decidí convertirla en un relato periodístico, con el propósito de sensibilizar al público lector sobre este padecimiento, pocas veces mencionado, pero verdaderamente relevante en el ambiente de la salud mental.

María, en este capítulo describe con voz propia el crudo acercamiento con la enfermedad. Su historia es especial, porque relata sus vivencias a detalle; gracias a su capacidad narrativa y gran memoria fotográfica, durante siete sesiones de dos horas y algunas charlas telefónicas; entre ella y yo logramos reconstruir los acontecimientos detonantes del trastorno.

Su revelación está escrita en primera persona, para respetar la manera de expresarse y para darle más fuerza a sus palabras. El capítulo está dividido en cuatro apartados; en el primero, María describe los días previos a la manifestación del trastorno en su mente, el segundo está compuesto por los detalles propios de la crisis maníaca, el tercero lo constituye el retrato de los meses que sufrió en depresión y el último está integrado por los testimonios de sus seres queridos.

2.1. Viaje de Ensueño: Convertido en Pesadilla

Encuentro en un psiquiátrico

Es la una de la tarde, y estoy en la sala de espera de la Clínica de Trastornos Afectivos del INPRFM. Fui a preguntar acerca de los cursos psicoeducativos que se imparten en el instituto para pacientes con TBP y para sus familiares. La información que ahí se manejara, podría ser de gran ayuda para enriquecer mi trabajo y... ahí estaba: sentada, sola, a las afueras de un consultorio.

Su mirada profunda estaba fija al piso. Sus piernas, entrecruzadas, no dejaban de moverse. Con un rostro que denotaba tristeza, se le veía ausente, desconectada, despeinada. De complexión delgada, tez blanca, ojos verde esmeralda y cabello lacio castaño muy corto; fue ella quien llamó mi atención.

Me senté a su lado, quería preguntarle sobre los cursos; pero más aún deseaba entrevistarla. Todo dio inicio en ese momento.

– ¿Sabes cuándo comienza el curso psicoeducativo?, pregunté. Su cara estaba muy afectada por el acné. Me miró con atención y dijo: “en realidad no es un curso, se trata de pláticas informativas y las han estado posponiendo desde hace algunas semanas, pero mi doctor dijo que me avisaría cuando supiera la fecha”.

Sus palabras me lo confirmaron, ella era paciente y sin esperar más, le hablé sobre mis verdaderas intenciones.

– Soy pasante de la carrera de Ciencias de la Comunicación y estoy haciendo mi tesis sobre bipolaridad. Me preguntaba si estarías dispuesta a colaborar conmigo. Me gustaría hacerte algunas cuestiones.

Sin dudar dijo que sí. Sólo preguntó:

– *¿Por qué siendo de comunicación, estás abordando un tema psiquiátrico, no esas investigaciones son para los psicólogos o psiquiatras?*

Le expliqué que mi trabajo era periodístico y que estaba haciendo una especie de “reportaje” sobre el TBP.

– *¡Claro!, cómo no se me ocurrió antes, yo soy eterna estudiante de Diseño y Comunicación Visual en la ENAP Xochimilco.*

Por un momento, en sus labios se dibujó una sonrisa.

– ¡Mira, qué casualidad!, yo estudié en la UNAM, soy egresada de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Las dos somos PUMAS.

Mi comentario la hizo reír, pero inmediatamente desapareció su gesto y con tristeza dijo:

– *Yo también debería ser egresada, pero por esta maldita enfermedad, he tenido que abandonar la escuela. Me he abandonado hasta a mí misma.*

No sabía qué decirle. Lo único que se me vino a la mente fue preguntarle su edad.

– *Tengo 24 años ya, y aún no he concluido mi carrera y estando así como estoy, no creo hacerlo en un buen rato.*

Su comentario me dio la pauta para preguntarle:

– Y... ¿Cómo estás?

Sólo bastó esa pregunta para que María comenzara a hablar, como si estuviera sola.

Llevo un año de mi vida en depresión. Estoy desesperada, por más que deseo ver una luz en el camino, sólo me topo con oscuridad. Cada mañana me despierto con ganas de no levantarme, para qué hacerlo, si mi existencia no tiene ningún sentido ya. Estoy muerta en vida. Mis planes, aspiraciones, ilusiones y pensamientos positivos, desaparecieron. Sería mejor para mí no ver más salir el sol, quisiera dormir y nunca más despertar.

El suicidio sería una opción para borrar mi sufrimiento, pero no sería capaz de hacerle algo así a la gente que me ama. No sería justo causarles ese dolor. Pero tampoco es justo que me esté sucediendo esto a mí, bueno, he actuado de maneras de las cuales no estoy orgullosa. Sin desearlo, he atentado en contra de mi vida, también he lastimado a quienes más quiero.

Si tan sólo pudiera desahogarme, pero ni siquiera en terapia he podido hacerlo. Quizá todo esto sea un castigo, sí, debe serlo. Si es así lo acepto, pero juro que ya aprendí la lección, nunca volveré a hacer lo que ahora me está causando tanta desdicha.

En ese momento, una pareja joven entró a la sala. Sin duda eran esposos. La mujer, con cara de preocupación llevaba de la mano a un pequeño, al parecer de 12 años. Pensé, ¿quién de los tres será el paciente? María, ni siquiera volteó a mirarlos, sólo se quedó un momento callada, tratando de recordar el comienzo de todo.

Como si hubiera ocurrido ayer

Todavía recuerdo todo como si hubiese ocurrido ayer. Olvidar, imposible, tengo las imágenes tan claras en mi mente, cuando las recreo una y otra vez, no puedo contener el llanto. Pienso en esos días y... fueron tan extraños; a la fecha no sé exactamente qué fue real y qué no lo fue. Todos alguna vez hemos pensado en cómo es la vida después de la muerte, que si mueres y regresas en otro cuerpo por ejemplo, o que dependiendo de tus acciones en la tierra se define, tu llegada al cielo o al infierno.

Yo creía que moriría de vieja en una cama, igual como le había sucedido a mi abuela, pero no fue así; en mi mente, construí una idea muy particular con respecto a mi propia muerte. En cuatro días, fui muriendo poco a poco.

Había regresado de Puerto Vallarta, después de una semana de intensa carga laboral. Trabajé para Mendoza Blanco y Asociados, una de las empresas que realizaron las encuestas de salida para TV Azteca, el día de las elecciones presidenciales, 02 de julio de 2006.

Durante esos siete días, del 28 de junio al 04 de julio, estuve sometida a fuertes jornadas de trabajo, a las que, de ninguna manera estaba acostumbrada, me impidieron comer y dormir correctamente, además me obligaron a manejar un auto durante prolongadas horas.

Tengo muy presente cómo llegué a ese trabajo, una de mis mejores amigas me invitó. Se oía bastante bien, la paga sería de mil doscientos pesos por prácticamente tres días de trabajo; los requisitos, saber conducir, tener licencia de manejo, tomar una capacitación de unas cuantas horas y decidir si quería trabajar en el Distrito Federal o en algún estado de la República.

Por supuesto que resolví irme a provincia, siempre me ha encantado viajar y conocer lugares. El plan inicial era que mi amiga y yo nos iríamos juntas al mismo sitio, estábamos entre Zacatecas, Nayarit, San Luis Potosí; pero, por cuestiones de tiempo, ella tuvo que trabajar en Morelos y al final yo quise ir a Puerto Vallarta.

Estuve siete días, sola, fuera de casa, lo que nunca en mi vida había hecho. Primero llegué a Guadalajara, en donde permanecí parte del miércoles 28 de junio y jueves 29; durante éste último, recogí de la arrendadora el auto que me llevaría a Vallarta, además, ayudé al coordinador encargado del estado de Jalisco en la capacitación del personal que trabajaría en la capital del mismo, en realidad, no tenía porqué ayudarlo, no estaba estipulado en el contrato, la empresa me había contratado sólo para ser supervisora, pero yo quería quedar bien con el jefe, para que en un futuro me volviera a llamar.

El viernes 30, a las seis de la mañana salí de Guadalajara rumbo a Vallarta. Me esperaba un agradable recorrido de cinco horas. Disfruté tanto ese trayecto, iba sola manejando un Verna 2006 color verde seco, en una muy buena autopista, a alta velocidad, tan es así, que en vez de cinco, llegué a mi destino en cuatro horas. El estéreo del coche, sólo agarraba la señal de las estaciones locales por momentos y para mi mala fortuna, era de casete y yo sólo llevaba mis clásicos CD's de Elvis Presley, The Doors, The Beatles.

A pesar de la falta de música, gracias al paisaje, al clima y al no ir acompañada, viví una experiencia única. Contacté con mi interior. Por primera vez, me sentía absolutamente libre, autosuficiente, independiente, capaz de hacer lo que quisiera. Después de mucho tiempo estaba en un trabajo que verdaderamente valía la pena, –al menos eso creía– el simple título de SUPERVISORA, ya me hacía sentir importante.

Sabía que la consulta de María comenzaría en cualquier momento. Quería interrumpirla para pedirle sus datos y concertar una cita con ella en otro momento; pero estaba tan centrada en sus recuerdos, que no sabía cómo hacerlo. Sin tiempo, porque el médico ya la había llamado, sólo le dije a María que la esperaba.

Al salir, me dijo que no podía quedarse más, entonces, me dio sus datos para llamarle por la noche y así ponernos de acuerdo para continuar con la entrevista otro día. Le llamé como había quedado. María estaba tan interesada en contar su historia que de inmediato me preguntó: “¿En qué nos quedamos?”.

Noté en ella una gran necesidad de expresar lo que le había sucedido. Todo me lo contaba a detalle, a pesar del año de distancia entre, los hechos y su vida actual. En su mente permanecían intactas las escenas de su padecer. Sin importarle que estuviéramos al teléfono, continuó con su historia.

El presentimiento

Cuando llegué a Vallarta, me di a la tarea de localizar a mi coordinador, –su nombre, ni siquiera lo recuerdo, afortunadamente lo olvidé– quien unas horas antes había llegado para capacitar a las ocho personas que serían repartidas en Vallarta y poblados aledaños. Un tipo de mi edad, 25 años, –no me gusta ser despectiva, pero no puedo evitarlo tratándose de él– prieto, chaparro, que desde el momento en que lo vi, –por primera vez en la capacitación que recibí en México– no me inspiró confianza.

De actitud cerrada, ni siquiera había terminado la preparatoria y era mi jefe inmediato, le preguntaba algo y con dificultad me respondía. Desde un principio algo en él no me gustó, sentí su rechazo hacia mí, sabía que algo estaba raro, pero desafortunadamente, no le hice caso a mis presentimientos y cometí el peor error, confié en él.

Cuando por fin pude dar con la casa donde se estaba llevando a cabo la capacitación, después de dos horas de búsqueda, perdida en las calles de Vallarta, llegué a presentarme con mis encuestadores, eran cuatro: tres hombres, Cruz, un ex policía de cuarenta y tantos, que en ese entonces se ganaba la vida en una gasolinera y en sus ratos libres vendía tiempos compartidos a los turistas. Miguel, un joven de 23 años, egresado de una escuela de turismo, casado, con una hija, que como Cruz, era empleado de la misma gasolinera. Víctor, un estudiante de contaduría pública de 21 años, que además trabajaba en un despacho. Y una mujer, Georgia, de 19 años, madre de una pequeña.

Ellos cuatro y yo seríamos un equipo. Toda la actividad que haríamos estaba registrada en unas hojas que cada coordinador entregó a sus supervisores antes de salir de México. En ellas venía explicado a detalle el itinerario de cada día; estaban desglosados los viáticos, tanto del supervisor, como de los encuestadores, las direcciones de las casillas electorales que se debían localizar, los gastos de telefonía, casetas, gasolina y hospedaje.

Pero el..., no sé ni cómo llamarlo..., el cabrón de mierda, ese misógino y patán de mi coordinador...

Interrumpí diciéndole: María creo ya encontraste las palabras justas, a tono de broma; pero ella continuaba, sin escalas.

...me dio esas hojas hasta el viernes 30, el mismo día, cuando mi equipo y yo debíamos haber salido para un poblado que se encontraba a una hora de Vallarta, Tomatlán; para empezar a ubicar las ocho casillas que se encontraban muy distanciadas una de la otra, pero gracias a mi "jefe", tuvimos que hacer el trabajo de tres días en uno solo.

Me confié

Hasta la fecha, no sé porqué no insistí más en tener esas hojas a tiempo en mis manos. Un día antes de salir del D.F, vi que todos los supervisores ya las traían, las identificaba porque eran de colores, pero en esos momentos, aún no tenía idea de la importancia que tenían.

Una y otra vez le pedía a mi coordinador que me las entregara, porque sabía que a él se las había dado su superior, pero me decía que no las tenía todavía. Y a pesar de eso, como dicen por ahí, no me cayó el veinte, no me di cuenta de que el estúpido ése, me estaba saboteando. Para mi desgracia, lo descubrí demasiado tarde.

Fui ingenua. Debí exigirle que me las diera, después de todo, su trabajo era apoyarme, pero no sé qué me pasó, o mejor dicho sí lo sé, sencillamente, me confié. Mi poca experiencia laboral, no me permitió ver más allá de mi nariz. Además, yo estaba tan cegada de felicidad por el momento que estaba viviendo, que pasé por alto todas las señales.

Transcurrida más de una hora desde que María y yo comenzamos a platicar, mejor dicho desde que ella comenzó a hablar; no paraba, ni siquiera era necesario hacerle preguntas, sin embargo tuve que interrumpirla para decirle si podíamos continuar la charla en persona, porque por teléfono me era imposible capturar sus expresiones. Sin titubear, me dijo que al otro día podríamos vernos. Y así fue, nos citamos en el parque de los venados, dos horas antes de que diera inicio su terapia de Constelaciones Familiares.

Ahora me gustaría hacer un pequeño paréntesis y dar una breve referencia sobre las Constelaciones Familiares. Con anterioridad había oído acerca de esta técnica terapéutica y como buena comunicóloga, me di a la tarea de saber en qué consistía exactamente; en Internet encontré que se trata de una práctica de origen alemán sustentada en principios de: psicoanálisis, Gestalt, terapia familiar sistémica, hipnoterapia y Programación Neurolingüística. El objetivo es el de disolver conflictos existenciales enraizados en los sujetos, por lealtades familiares albergadas en el “alma familiar”, que como lo explica esta terapia, es compartida por sus integrantes.

Las constelaciones manifiestan que los seres estamos relacionados unos con otros y conectados con el destino, tanto de personas conocidas, como de desconocidas. El tratamiento consiste en una dinámica grupal, en donde cada integrante hace una representación de la familia involucrada en alguna situación traumática del pasado del paciente, que no fue resuelta en su momento y que en consecuencia repercute negativamente en el contexto actual del interesado.

Conforme a los sentimientos que van experimentando los participantes, aunados a los conocimientos del terapeuta, éste va colocando en el lugar indicado a cada uno de los implicados en el conflicto.

La Dra. Yolanda Rendón Maus, Psicoanalista y Consteladora Familiar abunda en el tema, y menciona que: “es una técnica especial dedicada a desmenuzar en grupo patrones de conducta heredados por y en el sistema familiar; en donde se ven involucrados eventos traumáticos, como abortos, abuso

sexual, asesinatos, muertes súbitas e inesperadas de seres queridos, suicidios, guerras, repatriaciones; violencia oculta, entre miembros de la familia, hasta por tres generaciones pasadas”.

De acuerdo con la experta, “el lazo con el sufrimiento se va entretejiendo con los ancestros, por lealtades, por amor a la familia y va repitiéndose generación tras generación, para poder pertenecer al clan e inclusive a un país”. El propósito de constelar una problemática, es ubicar en qué parte de la historia familiar se quedó atorada la energía vital de quien hace la consulta, para lograr moverla y darle su justo y adecuado lugar que le corresponde dentro del sistema.

Retomando la entrevista con María, como se pactó, la noche anterior, al otro día, las dos puntuales nos dimos cita en aquel parque; entonces, –y así lo seguimos haciendo durante los seis jueves siguientes– le pregunté un poco acerca de su terapia y me dijo:

– Vengo aquí porque mi mamá también lo hace, la psicóloga es amiga suya desde hace mucho tiempo y pues como mi familia está muy preocupada por mí, y la verdad yo ya no sé qué hacer para salir de esta maldita depresión, acepté venir a las sesiones. Claro sin estar convencida, pero sí dispuesta a mejorar mi situación.

Más preocupada por el transcurrir del tiempo que yo, María de nueva cuenta empezó a hablar y hablar...

¿Te acuerdas de Cruz, el ex policía?, ah pues le dio un vistazo a las direcciones que debíamos localizar y me dijo:

– Yo conozco todos estos caminos, cuando fui policía los recorrí. Cada uno de los pueblos que están marcados en la ruta, sé en dónde están.

Sus palabras me dieron confianza y sin percatarme de que debíamos partir el mismo viernes, cité a mis compañeros a las nueve de la mañana del sábado.

Por una parte estuvo perfecto que me haya quedado en Vallarta unas cuantas horas, porque tuve la oportunidad de relajarme antes de vivir la más desgastante jornada de trabajo. Me dediqué a buscar un hotel y afortunadamente, por ser aún temporada baja, conseguí una habitación económica, en el centro, con aire acondicionado y alberca por tan solo \$450 la noche.

María llegó a Vallarta un par de días antes de que diera inicio la temporada alta, la cual comprende los periodos vacacionales de Semana Santa, de verano, de invierno, además de los días festivos y los llamados “puentes”. El resto del año se considera como temporada baja y durante esta época los costos son más accesibles.

Un halago

Cuando me disponía a buscar un lugar para dejar el auto, un joven mesero me preguntó Do you speak Spanish? Le contesté sí claro, entonces me dijo dónde podía dejar el coche, que era precisamente frente al restaurante en donde él trabajaba. Con la intención de que me quedara a comer en su lugar de trabajo, me ayudó a llevar mis maletas al hotel.

Como ya tenía bastante hambre y me sentía comprometida con el mesero por su ayuda, comí con él y sin imaginármelo, bebí dos de las últimas cervezas que tomaría en más de un año. Estuvimos platicando mientras comía, me preguntaba de dónde venía, por qué estaba en Vallarta, cuánto tiempo iba a quedarme; hasta me invitó a bailar en la noche y acepté, pero por una u otra razón jamás volví a verlo.

Al terminar mis alimentos, –que por cierto fueron unos nachos con queso que sabían horrible, pero fue lo único que podía pagar– al regresar a mi habitación, me di un baño y me arreglé para salir a dar una vuelta y conocer algo de Vallarta. Quería comprar unas chanclas porque como ya es mi costumbre, olvidé las mías en casa. Después de visitar varias tiendas y de una larga caminata, encontré una negocio de sandalias que tenía precisamente las que andaba buscando.

El establecimiento lo atendía un chico como de 30 años, de cabello castaño, ojos azules, delgado, de mediana estatura, ya no recuerdo cómo estaba vestido, o en realidad, nunca me fijé. No dejaba de mirar su antebrazo, en su piel inundada de vellos, resaltaba una cruz tatuada. La verdad no me había percatado de su presencia hasta que él se acercó y me preguntó:

– ¿Eres gringa?

Con rostro de sorpresa le dije, no.

–Ah, pensé que lo eras porque entraste con ellas.

Al mismo tiempo de mi llegada, iba entrado un grupo de chicas rubias, altas y tenían toda la facha de ser extranjeras.

– Ya decía yo, qué bueno que no eres gringa, porque no me gustan. Tú, en verdad eres muy linda, desde que entraste me cautivaste. Me encantaste, eres hermosa, me gusta mucho tu cuerpo; así, así como tú, me gustan las mujeres.

Cuando comencé a escucharlo, me sorprendieron tanto sus palabras, nunca en la vida alguien me había hecho sentir tan, pero tan bien. Sin inhibiciones sólo recibía de él halago tras halago.

– De verdad me gustaste desde que cruzaste esa puerta, todo en ti es bello, y tu cuerpo... ¡Bueno!, se nota que haces ejercicio. Si te pruebas cualquiera de los bikinis que hay aquí y me dejas vértelo puesto, te lo regalo. Por favor, déjame abrazarte, besarte, probarte, quiero saber a qué sabes, besarte desde los pies hasta la cabeza. Te invito a salir en la noche.

No sabía qué decirle, por supuesto que no me probé el bikini, tenía miedo, pero a la vez, me sentía la mujer más bella sobre la faz de la tierra, él me hizo sentir así. Lo único que se me ocurrió cuando insistía tanto en besarme, sólo fue, no cómo crees si yo iba a misa y tú ahí queriéndome seducir. Sobre su invitación, le dije que no podía, porque no estaba de vacaciones, sino trabajando. Trascurrió

una hora y yo continuaba en la tienda, él no me dejaba salir, me abrazaba y cuando algún cliente entraba me decía:

– Deja te abrazo, para que todos piensen que eres mi novia.

Me sentí súper halagada, ese fue uno de los recuerdos más lindos de mi visita a Vallarta. A fin de cuentas, no salí de ese lugar con un bikini gratis, pero sí con unas chanclas a mitad de precio, dos besos robados, que en mi vida alguien se había atrevido a besarme a la Pedro Infante; pero sobre todo, con una sobredosis gratuita de autoestima que me llevó hasta las nubes, literal, salí flotando.

Seguí mi caminata por las calles de Vallarta y para mi buena suerte, otro mesero de mi estatura, como de 40 años, me interceptó y comenzó a preguntarme de dónde venía, quería que entrara a comer al restaurante en el cual trabajaba, pero le comenté que los precios salían fuera de mi presupuesto, entonces me dijo:

– No te preocupes, te invito una cerveza.

Subí al lugar que era algo así como restaurant – bar, me sentó en “la mesa del rincón”, con vista al malecón, o sea con vista al mar y me llevó una cerveza bien fría. Por momentos me dejaba sola, porque tenía que estar abajo para jalar clientes, y por momentos se sentaba conmigo acompañándome también con una cerveza, después de tres, le dije que ya me iba a buscar algo de comer que sí pudiera pagar; y entonces preguntó:

– ¿Qué quieres comer?

– Pues me dijeron que si iba a Vallarta y no probaba los camarones a la diablo, sería como si nunca hubiera ido.

– Espérame un rato.

Se fue, y cuando regresó traía un plato con camarones a la diablo y ensalada. Me la pasé muy bien, comí y bebí gratis. Ya no recuerdo el nombre del

mesero, pero a él no lo olvidaré, se portó muy bien conmigo y todo el tiempo fue muy respetuoso.

A la media noche, entró la ley seca y todos los bares, restaurantes, antros y demás lugares, cerraron sus puertas. A los turistas no nos quedó otra que seguir la fiesta en el malecón. El mesero se preparó con un cartón de cervezas, para entonces ya se nos había unido mi coordinador y los tres tomamos hasta las 2:00 a.m. El festejo terminó para mí a esa hora, ya no podía desvelarme más, mucho menos seguir tomando, porque sólo me quedaban cinco horas de sueño, antes de levantarme para empezar a trabajar.

Cada escena es revivida y recreada por María como si la estuviera viviendo. Su rostro expresa sensaciones una a una, en especial, las que le despertó aquel vendedor de sandalias. El brillo en sus ojos y la contagiosa sonrisa dibujada en sus labios lo decían todo; en verdad, fue uno de los momentos más intensos e inolvidables de su paso por Puerto Vallarta. Un perfecto desconocido la envolvió en sus palabras para hacerle sentir que valía mucho la pena.

La presión laboral dio inicio

A las 6:30 a.m. del sábado 01 de julio ya estaba en pie. La cita con mi equipo era a las nueve, pero el viernes por la noche quedé con mi coordinador que lo vería en su hotel a las ocho, para que me entregara unos papeles y según, no tardaría mucho en hacerlo.

Me presenté puntual con él, pero el señor aún no se levantaba. Cuando por fin lo hizo, sacó de la cajuela de su coche, una serie de papelería, playeras, gorras, tablas, lápices; en fin, era todo un arsenal de cosas, brevemente me explicó para qué eran y me dio un cheque que debía cambiar en ese mismo instante para cubrir los gastos de sábado y domingo.

De último momento, me dio instrucciones, se tardó más de una hora y por lo tanto llegué tarde con mi equipo, y todavía tardé una hora más en salir de

Vallarta, porque tuve que buscar un banco para cambiar el cheque. Le reclamé por no darme todo eso antes, pero se justificó diciendo que no lo había hecho por seguridad. Sin tiempo para discutir, salí corriendo para encontrarme con mis compañeros.

Los cinco terminamos saliendo de Vallarta a las once de la mañana. Mientras yo manejaba, le pedí a Cruz que trazara una ruta para ir localizando en el menor tiempo posible, cada una de las casillas y así lo hizo. De no haber sido por él, perdidos nos encontraríamos, él fue nuestra brújula.

Yo traía un mapa de Jalisco, pero no sirvió de nada, porque los caminos de terracería que recorrimos en la sierra, no estaban trazados en él. De ocho, sólo alcanzó el tiempo para localizar seis casillas, cuatro eran obligatorias y las cuatro restantes servirían de colchón en caso de que, por alguna razón, no se abriera una de las casillas base.

El trabajo de ese día, además de la localización, consistía también en hacer un simulacro, es decir, los encuestadores debían llamar desde el teléfono más cercano a la casilla y simular que estaban reportando el número de votos recabados en una hora de trabajo, a cambio, recibirían unas claves con las que cobrarían su sueldo.

La conclusión del simulacro estaba programado para las dos de la tarde, pero, al no haber localizado las casillas, como debimos hacer un día antes, terminamos hasta las siete de la tarde.

Un sinuoso camino

Sin comer, acalorados, pero gracias a Cruz, con rumbo; íbamos los cinco recorriendo la sierra de un poblado rural a otro. Comunidades pequeñas completamente alejadas de la civilización citadina El Tuito, Llano Grande, El Tule, El Mirador, Chacala, para llegar a ésta última fue toda una aventura.

Le invertimos dos horas de trayecto, contando la ida y el regreso. En un tramo del camino, muchas piedras sueltas, provocaron que nos atascáramos, estuvimos a punto de salirnos en una curva hacia un barranco y se ponchó una llanta; afortunadamente, logramos llegar al siguiente poblado en donde la inflaron para continuar nuestra travesía.

Cuando llegamos a la penúltima casilla que debíamos ubicar, aproximadamente a las seis de la tarde, ya estaba muy desinflado el neumático, entonces pedí a mis cuatro compañeros que se bajaran porque no podía seguir conduciendo con tanto peso en esas condiciones, y sola me dediqué a buscar una vulcanizadora, pero las dos únicas del pueblo, estaban cerradas, porque los dueños salieron a jugar fútbol.

Como ya estaba muy alejada de mi grupo, tuve que empezar a cambiar la llanta, de pronto se me ocurrió pedirle ayuda a un chico, quien muy amable aceptó auxiliarme. Después de ese percance, por fin llegamos a Tomatlán, cabecera municipal de todos los pueblos visitados. Ahí nos hospedamos en un pintoresco hotel y antes de darnos un obligado baño, fuimos a comer al zócalo, en donde me deleité con los tacos de mixiote más deliciosos que hasta entonces había probado. Estábamos contentos por haber terminado el trabajo y queríamos celebrar con unas cervezas, pero la ley seca activa lo impidió, nadie quiso arriesgarse a vendernos alcohol.

El resto del día lo ocupamos para organizar el itinerario del día siguiente. Ante la negativa de los lugareños de vendernos bebida, un chico muy simpático encargado de un mini-súper, con el clásico acento “cantadito” de provincia nos dijo:

– Pus, no puedo vender cervezas, pero sí los invito a “una quinceañera”, ahí seguro que habrá chupe. El problema es que yo salgo hasta las once de aquí, si me esperan pos nos vamos juntos.

La idea se oía bastante bien, ir a una fiesta de pueblo siempre es un placer. Hay buena comida, buen trato, buena música, alcohol, y lo mejor es que todo es

gratis y sin límites. El único inconveniente era el tiempo, si nos íbamos a las 11, ¿a qué hora regresaríamos?, al otro día madrugaríamos y nos esperaba un día muy pesado, así que no tuvimos otra opción, más que quedarnos a dormir sin festejar.

Georgia y yo nos quedamos en una habitación; Miguel, Víctor y Cruz en otra. Ya era más de la una de la mañana y Georgia no paraba de hablar, me estaba contando cualquier cantidad de anécdotas, que si su tío era rico, que si novio era el mejor del mundo, que si su mamá le cuidaba a su hija cuando ella salía a trabajar; en fin, a mí se me cerraban los ojos de sueño, pero ella hablaba y hablaba, hasta que no aguanté más y le dije, ya vamos a dormir porque nos levantaremos a las cinco y ya son dos y media.

El despertador sonó a las cinco. Media hora más tarde salimos del hotel para dirigirnos hacia las cuatro casillas en donde mis compañeros levantarían las encuestas. Sin planearlo, sin estudiarlo, sin meditarlo, sin querer; acomodé a cada uno en el mejor lugar.

A Víctor y a Georgia los dejé en los poblados más retirados, Llano Grande y El Mirador; por la distancia y el tiempo no podría ir a visitarlos para supervisarlos, así que les advertí que hicieran correctamente su trabajo. Sólo los vería al final de la jornada para recogerlos. A Cruz y a Miguel los ubiqué en El Tule y en Tomatlán, respectivamente, la distancia entre uno y otro era muy corta por lo que a ellos sí los estuve monitoreando.

El ex-policía que no sabía contar

La única estrategia planeada fue la de llevar a Cruz a El Tule, porque él sería quien me guiaría para regresar por los demás. Hubo un momento en el que Cruz y yo comenzamos a platicar sobre su trabajo como policía, me inquietaba saber cómo fue su vida de esa época. Entonces le pregunté:

– ¿Qué fue lo que más te impactó cuando fuiste policía?

Con acento costeño comenzó a describirme una de las historias más crudas que hasta ese momento escuché.

– Lo que más me impactó fue el caso de un tipo que violó y mató a una niña de diez años que le ayudaba a su mamá vendiendo pan en las calles. Ella tocaba las puertas de sus clientes para ofrecerles su producto. Un día la niña no llegó a su casa, la buscaron durante varios días, hasta que gracias a los datos de testigos, dieron con el tipo que la había violado y asesinado brutalmente, para después enterrarla en el patio de su casa.

Cuando el hombre pisó la cárcel, los 160 reclusos ya conocían la historia, entonces después de una tremenda golpiza, uno por uno lo fue violando y al final le introdujeron un tubo por el ano que le atravesó las vísceras, dejándolo moribundo. Cuando las autoridades intervinieron, trataron de darle asistencia médica, pero todo fue inútil, no resistió.

Además de eso, me confesó que mató gente y que también presencié, cómo uno de sus compañeros se dio un tiro en la cabeza ante los ojos incrédulos de sus camaradas. Incluso me comentó que lo más desagradable para él fue tener que recoger un cadáver ya en descomposición el cual, al intentar levantarlo se deshacía como si se tratara, dijo, de pedazos de gelatina.

La plática tuvo que terminar porque llegamos a El Tule en donde él trabajaría. Entre sus historias, lo único que Cruz olvidó mencionar, fue que no sabía contar, pero eso, lo descubriría yo más tarde.

En este lugar encontré una vulcanizadora y por fin arreglaron la llanta ponchada.

Ahí mismo me andaba quedando sin gasolina, así que le pregunté a Cruz en dónde se encontraba la gasolinera más cercana y me explicó, pero como si no lo hiciera, porque no le entendí nada. Un grupo de señores estaba escuchando nuestra plática, así que intervinieron, pero sus explicaciones tampoco surtieron efecto en mí, entonces pedí algún voluntario que me guiara; un señor como de sesenta y tantos muy sonriente se ofreció. Él fue mi guía durante todo el día, era muy agradable su plática, se la pasó contándome su vida y preguntándome acerca de la mía. Íbamos y veníamos de El Tule a Tomatlán y de regreso.

Todo iba viento en popa, incluso sucedió algo muy curioso, gracias a nuestro uniforme, –una gorra y una playera con el logotipo de TV Azteca– los habitantes de los poblados al ver el logo impreso en nuestras ropas, nos preguntaban: en dónde están sus cámaras, van a hacer entrevistas y conocen a los integrantes de “La Academia”; ya sabes, ese, para mí desagradable programa de concurso o reality show producido por la televisora, que según ella prepara a sus “alumnos” para ser cantantes. Con el simple hecho de portar el logotipo de TV Azteca en una playera, nos ganamos la credibilidad, la confianza y el respeto de los lugareños. No hicieron falta ni los gafetes de identidad, ni la carta expedida por la empresa que expresaba el motivo por el cual nos encontrábamos ahí; una anécdota verdaderamente graciosa e inesperada.

Al parecer, al menos hasta ese momento, no sucedió nada desafortunado, hasta que... una hora antes de que cerraran las casillas, revisé el trabajo hecho por Miguel y no hubo ningún problema, pero Cruz, lo tenía todo equivocado. Contó erróneamente los votos y por lo tanto todos sus reportes estaban incorrectos. Mientras él levantaba la última hora de encuestas, personalmente, con la ayuda de una chica nativa de El Tule, nos encargamos de contar voto por voto, para después llamar al D.F. y hacer las correcciones.

Cuando por fin terminó la jornada electoral, esperamos junto con todo el pueblo el conteo final de las dos casillas, pero ese momento llegó hasta después de las 12 de la noche, porque al parecer, los funcionarios tampoco sabían contar.

Siendo cada vez más tarde, yo estaba muy preocupada por Víctor y Georgia, pero tenía mucho miedo de andar a esas horas por la sierra en busca de ellos. Pensé mil cosas. Me imaginaba que nos asaltarían, o que caeríamos a un barranco, o que se descompondría el auto, y ahí en medio de la nada, ¿qué íbamos a hacer? Creí que sería muy peligroso.

Quería tomar el riesgo con tal de no dejarlos allá, expuestos en medio de la noche, además prometí que iría por los dos. Finalmente, no fue necesario arriesgarnos, porque Cruz, hizo uso de sus influencias policíacas y le pidió a un amigo suyo del ayuntamiento de Tomatlán que enviara una patrulla por ellos y afortunadamente lo hizo.

La pesadilla apenas comienza

Víctor y Georgia estaban en buenas manos ya, así que mi mayor preocupación se concentró en la publicación de los resultados; necesitábamos obtenerlos para concretar el trabajo y después reunirnos los cinco de nuevo para regresar a Vallarta, pero cuando por fin se dio a conocer el conteo final, un descuido mío lo echó todo a perder.

Dejé las llaves dentro del coche. El reloj marcaba más de las cero horas, la ley seca terminó y la gente de Tomatlán salió a las calles para celebrar el triunfo de su candidato. Cruz y yo andábamos como locos en busca de un cerrajero.

Preguntando y de “raite” en “raite” llegamos a la casa de uno, pero su esposa nos dijo que andaba tomando y no sabía dónde encontrarlo. Desesperada le pregunté a un vecino si conocía algún otro cerrajero y para nuestra buena fortuna sí sabía de uno y lo mejor, fue que él mismo nos llevó en su camioneta.

Por el incidente de las llaves perdimos hora y media, así que recogimos a Georgia y a Víctor hasta después de las tres de la madrugada. Los pobres, por tanta espera, se quedaron dormidos en medio del parque principal, en una jardinera del pueblo donde la patrulla los dejó.

Ahí estaban como dos indigentes recostados bajo el cobijo de un árbol. Para entonces, yo estaba muy nerviosa, no sé por qué, pero no podía controlar el movimiento de mis manos. En dos ocasiones, involuntariamente mi mano izquierda apagó las luces del auto cuando íbamos en movimiento, dejándonos en completa oscuridad en medio del camino, situación que me puso aún más inquieta y ansiosa.

Si un Chevi guinda nos alcanza... sabe

Ya de regreso hacia Vallarta iba yo manejando muy lento porque en verdad me sentía fatigada, además, temía que de nueva cuenta apagara las luces con mi mano. Súper tensa, le pedía a Cruz, mi fiel copiloto, que no dejara de hablarme porque no quería quedarme dormida. Sólo él y yo aún despiertos, rezábamos para llegar bien a nuestro destino.

Ahí íbamos, en una carretera federal en plena madrugada, cubiertos por la densa vegetación del camino. De pronto, nos rebasó un Chevi guinda. Sin ninguna razón, el auto fue bajando la velocidad, lo que me obligó a hacer lo mismo.

Cuando menos vimos el Chevi había hecho alto total, así sin orillarse. Entre él y nuestro auto nos separaba una distancia de unos 50 metros. El miedo comenzó a invadirme. Me preguntaba: ¿para qué nos rebasó, si enseguida iba a bajar la velocidad? Inmediatamente pensé que quienes venían dentro del carro querían hacernos daño, pero mi pensamiento para entonces, ya era prácticamente paranoico.

Todo pasó tan rápido. En segundos imaginé que nos bloquearían el camino, para después bajarse con armas en las manos y obligarnos a salir del auto. Yo daba por hecho que querían, asaltarnos, matarnos, violarnos. Mi miedo se convirtió en pánico, cuando el Chevi empezó a echarse de reversa. Los gritos no se hicieron esperar.

– *¿Ay no, qué está pasado?! ¿Por qué se pararon esos tipos?! ¿Qué quieren?! ¿Por qué se están echando de reversa?!*

Temblando y con el latido de mi corazón retumbando en mi pecho y oídos, rápidamente metí la reversa y pisé el acelerador.

María dejó de hablar. No podía continuar. De sus ojos brotaban lágrimas. Con sus manos intentaba secarlas, pero no dejaban de salir. Su expresión de dolor era evidente. Realmente ese acontecimiento le seguía causando conflicto. Sin saber qué decirle, sólo le pasé un *kleenex*. Con la cabeza hacia su pecho y las manos entrelazadas pegadas a su mentón, daba la impresión de que estaba rezando. Después de un respiro logró calmarse y retomar la plática.

Me dije a mí misma, a como dé lugar debo regresar al pueblo anterior, así me tenga que ir todo el trayecto en reversa. Estos tipos no nos van a alcanzar. Sólo avancé unos cuantos metros, cuando el Chevi se detuvo y siguió su camino. Atónita, titubeando y aún aterrorizada, avancé, pero no quería hacerlo porque pensaba que aquel automóvil guinda nos estaría esperando más adelante para emboscarnos.

Con una angustia increíble dije:

– *¡Cruz, y si nos están esperando allá adelante! ¿Qué vamos a hacer?!*

Él, con voz entrecortada y nerviosa me decía: “¡No, cálmate, cálmate ya se fueron, todo está bien, todo está bien!”.

– *¡No Cruz, estoy segura que más adelante nos están esperando, de seguro ya bloquearon el camino con piedras y troncos! ¡Por favor Cruz, dime que ya se fueron!*

Seguí manejando lentamente. Atenta, rogándole a Dios que no apareciera ese Chevi guinda. Conforme iba avanzando, ya se comenzaban a divisar las luces de los hoteles de lujo que están a las orillas del Puerto de Vallarta; lo cual me iba tranquilizando poco a poco. A la fecha todavía me pregunto por qué se detuvieron esos tipos y para qué se echaron de reversa.

Durmiendo con el enemigo

Cuando por fin llegamos a Vallarta, exhaustos, todavía nerviosos, asustados y hartos; a las cinco de la mañana comencé a repartir a cada quien en sus respectivas casas. Finalmente, casi a las seis, llegué al hotel donde se hospedaba mi coordinador. El infeliz ya estaba tranquilamente dormido, despreocupado porque en ningún momento llamó para preguntar cómo estábamos, ah, pero eso sí, el muy cínico, bajó al lobby todavía tallándose los ojos recién abiertos y me dijo:

–Te estaba esperando, no podía dormir.

Sin querer saber nada, le propuse que me dejara dormir en su habitación, porque no le veía el caso de pagar una noche de hotel si sólo iba a dormir dos horas. Según yo, quería levantarme a las ocho, ir a ver a mis compañeros para arreglar unos pendientes con ellos, para después irme a dar un tour por Vallarta antes de partir

Ya en la habitación quería reclamarle mil cosas, deseaba encararlo, incluso golpearlo, pero ya no podía más, sólo alcancé a reprocharle un par de cosas. Terminé diciéndole que lo dejáramos para más tarde y caí rendida en la cama.

Se me hizo increíble que después de todo lo sucedido con aquel tipo, María todavía durmió en la misma cama con él, entonces le pregunté sus razones para llegar a ese extremo.

Desde un principio quería demostrar que era yo una buena empleada, deseaba destacar para conservar ese trabajo, así que me sacrificué lo más posible, al grado –sin darme cuenta en ese momento– de poner en riesgo mi vida, mi integridad y la de terceros. Lo hice todo por un empleo insignificante, es más, ningún trabajo en el mundo debería ser lo suficientemente importante como para arriesgar la vida por él, a excepción de aquellos que implican salvar vidas.

Antes de salir de México, mi hermano mayor con toda la razón del mundo, me recomendó muchas veces que por ninguna razón me arriesgara, pero como ya es mi costumbre, sólo lo oí, sin escucharlo. De una manera obsesiva y exagerada, llevé todo a los extremos, sin darme cuenta, sin tener consciencia.

Al borde de un infarto

En punto de las 8:00 a.m. del lunes 03 de julio me levanté, me bañé, me arreglé e intenté abandonar el hotel, pero cuando iba saliendo del elevador se me nubló la vista, me recargué en la recepción y le dije al encargado, por favor ayúdeme, me voy a desmayar. El hombre, en cuanto se percató de que me estaba desvaneciendo, corrió a auxiliarme. Enseguida le pedí una Coca-Cola, porque pensé que el descenso de azúcar, de la presión me había provocado el mareo.

Algo andaba mal. Al parecer sólo era un mareo, pero después, mi pulso comenzó a elevarse. Escuchaba y sentía los latidos de mi corazón cada vez más y más fuertes. Me entró una angustia insoportable. Empecé a gritar, ¡por favor llamen a un doctor!, sentía que en cualquier momento el corazón se me iba a salir del pecho.

Sin lugar a dudas, mi momento había llegado ya. No podía respirar, me faltaba el aire. Invasada por el miedo sollozando pensé en mi familia, en cómo iba a recibir la noticia de mi muerte, así que me aferré y con más fuerza grité, ¡un médico por favor!

Finalmente llegaron los paramédicos, recuerdo que fue una mujer quien me atendió. Me hizo varias preguntas:

-¿Cómo se llama?, ¿cuántos años tiene?, ¿ingirió algún tipo de droga?, Maria, cálmese, le voy a tomar la presión, ¿sabe qué día es hoy?, ¿qué hizo ayer?, ¿qué comió?

Tardaba en contestar, porque estaba confundida, pero todo se lo respondí. Le dije: no he comido, ni he dormido bien desde hace días y he estado manejando sin descanso. Llevo casi 24 horas trabajando sin parar.

De nueva cuenta, María no pudo contener el llanto. Su rostro congestionado reflejaba una mezcla de rabia y tristeza. Una y otra vez deslizaba los dedos sobre su cabello. Con las manos intentaba ilustrar el momento, gesticulaba, se levantó y comenzó a caminar de un lado a otro.

¡Estuve a punto de que me diera un infarto, estoy segura! La paramédico al tomarme la presión dijo que estaba bien, probablemente porque para ese momento me estabilizó la Coca-Cola. Me decía: “cálmese, pronto se le pasará, coma lo más pronto posible, duerma y ya verá cómo va a sentirse mejor”. Conforme avanzaba el reloj me fui calmando poco a poco y gracias a las palabras tranquilizadoras de aquella mujer, logré incorporarme.

Ahora sé que en aquel momento sufrí de un ataque de pánico, lo sé porque al contarle los síntomas a mi psiquiatra, él me dijo que se trató de eso. Lo que me sucedió encaja perfecto en un cuadro de pánico; la súbita ansiedad, el acaloramiento, las palpitaciones de mi corazón que me retumbaban en el pecho y se sentían en la cabeza, el váguido, la sudoración y la inminente sensación de que en ese momento moriría.

Mi ataque de pánico en verdad me hizo ver muy de cerca, en apariencia, a la muerte. Ahora sé que a partir de ese momento yo ya estaba verdaderamente al borde del colapso, porque sentí que algo había tronado dentro de mi cabeza, yo lo relaciono con un cortocircuito, así lo sentí; pero aún no me daba cuenta de mi estado enfermizo, es más, al regresar a mi casa nadie notó algo raro en mí, sino hasta cuatro días después, cuando entré en una crisis franca, pero ya era demasiado tarde.

De regreso a la irrealidad

Ese mismo día después del ataque y de haber dormido un par de horas en el auto, mi coordinador y yo salimos para Guadalajara. Si de ida a Vallarta hice cuatro horas de camino, el regreso me tomó siete, porque en verdad, ya no podía más, se me cerraban los ojos de sueño, además de que ya era de noche.

Cuando por fin llegamos a la capital de Jalisco, el reloj marcaba 3:30 de la madrugada y el imbécil de mi coordinador no me dio el número de habitación en donde me tocaba dormir. Pregunté en la recepción, pero según no tenían permitido dar esa información, así que mi única opción fue dormir en la parte trasera del coche, no tenía cabeza para pensar en algo mejor.

El martes 04 de julio desperté a las 7:00 para ir a devolver el auto a la agencia arrendadora, después de eso partimos hacia la ciudad de México. Para ese entonces, sin darme cuenta, mi mente ya estaba muy afectada, durante todo el camino hacia el D.F., sólo estaba hablando con un compañero de todas las atrocidades por las que pasamos, porque, para mi sorpresa, no fui la única que padeció penurias.

En vez de relajarme y dormir, hice todo lo contrario, insistía todo el tiempo en que demandaría a esos desgraciados, le llamaba por teléfono a una amiga abogada para preguntarle si podría hacerlo. Maldecía una y otra vez a mi coordinador y a su jefe; estaba alterada, nerviosa, ansiosa, rabiosa, hambrienta; sólo con un café en el estómago, cortesía de los empleados de la sucursal de la arrendadora de autos.

Cuando por fin llegué a mi ciudad natal, mi novio Gustavo ya me esperaba. En cuanto me vio, toda despeinada, con la ropa sucia, y como con dos kilos menos dijo: “¡¿Qué te pasó?!” Le respondí cándida: “Sólo abrázame muy, muy fuerte por favor y después llévame a comer algo, porque no he probado alimento desde ayer”.

Intentaba contarle mi propio viacrucis, pero a la vez le preguntaba:

– ¿Cómo me ves, no te parece que hablo raro?, no quiero enfermarme como mi mamá.

– Pues sí te noto algo diferente, como que hablas mucho.

– Sí, estoy harta de hablar, de pensar, lo único que deseo es dormir y no despertar en varios días.

Interrumpí a María preguntándole por su madre. Quería saber a qué se refería cuando dijo “no quiero enfermarme como mi mamá”. Brevemente me comentó que desde hacía diez años, su progenitora sufría de esporádicas crisis nerviosas, detonadas por situaciones de estrés. Actualmente su madre está bajo tratamiento médico porque además, padece de insomnio y fuertes depresiones. Sin más detalles María olvidó el tema y continuó con su historia.

Sabía que algo andaba mal en mí. Me venían a la mente pensamientos, varios recuerdos, obsesivos, recurrentes y encontrados, a veces muy agradables y otras muy crudos. Traía una lluvia de ideas que me estaba ahogando en un mar de imágenes y escenas que se recreaban en mi cerebro, una tras otra. Quería dejar de pensar, sólo anhelaba dormir, sólo dormir. De pronto me vino una idea bastante “loca” a la cabeza, de la nada, me dije: y... ¿si me maté en la carretera camino hacia Guadalajara y ahora llegué al cielo, en el que están mi familia, mi casa y todos mis seres queridos? Eso lo pensé, así, como cuando piensas idioteces, creí que sólo era una loca idea; sin embargo, sí se convirtió en realidad, dentro de mi irrealidad.

2.2. La Manía Llegó Primero

Al regresar María de su viaje de Vallarta estaba entrando ya en un estado de manía con evidentes síntomas psicóticos. Su mente al no soportar la presión que sufrió durante una semana de trabajo, la llevó a salirse de la realidad, comenzó a presentar alucinaciones visuales y auditivas que no le permitían distinguir qué era real y qué no lo era.

Los síntomas ya eran evidentes

Durante los siguientes tres días, es decir, miércoles 05, jueves 06 y viernes 07 de julio, me la pasé entrenando, porque el domingo 09 tenía una competencia muy importante para mí en Pachuca. Se trataba del Campeonato Regional de Clavados, no me lo podía perder, practiqué durante mucho tiempo para poder asistir. En mi mente estaba ganar el primer lugar, además, esa sería mi última contienda. Después de doce años, mi decisión era retirarme de las competencias.

A pesar de tener encima la presión deportiva, comenzó a invadirme una tremenda e inusual tranquilidad. Me sentía contenta porque finalmente, como pude, logré resolver los problemas generados en el viaje, lo cual, me dio mucha seguridad en mí misma, tan es así, que me creía inteligente, autosuficiente, omnipotente. Algo cambió dentro de mí, definitivamente me sentía otra persona y se lo hice saber a mi hermano.

–Carlos me siento otra, algo cambió, estoy muy feliz.

Él no entendía a qué me refería. Intentaba explicarle, insistía diciéndole, cuánto ese viaje a Vallarta intervino.

– ¡En serio!, ahora soy completamente distinta a la María de antes, ¡no te das cuenta, mírame, veme; ya cambié! Me siento una mujer nueva, llena de planes y propósitos.

Recuerdo la expresión de mi hermano, era de incertidumbre. Él no tenía idea de lo que le estaba hablando, hasta que mencionó:

–Ah, ya sé a qué te refieres, la verdad comenzaba a pensar que te estabas enfermando, ¡qué susto!, pero ahora entiendo, evolucionaste. Maduraste y eso lo lograste durante ese viaje. Me alegro mucho. Te voy a poner un ejemplo, ahora eres algo así como una computadora pentium 4, mientras que los demás aún son 1.

Al escuchar sus palabras mi felicidad se desbordó, a tal grado de sentirme un ser superior, dotado de facultades para realizar cualquier cosa. A partir de entonces, mi idea loca se estaba materializando. Creé en mi cabeza una realidad alterna. Según mis conjeturas, sí había muerto en la carretera, pero gracias a todas las penurias por las cuales pasé en Jalisco, me gané el pase directo al paraíso.

Deduje además, que al morir, mi cuerpo se había quedado allá abajo, es decir en el infierno, y todos aquellos quienes lloraban mi muerte eran actores, incluso yo era una actriz, quien al morir, se había liberado de las cadenas de la falsa vida terrenal.

Para el viernes 07 de julio, llegué a la conclusión de que la vida era una película, en la cual, cada ser vivo desempeñaba un papel. Guiada por mis irreales suposiciones, inferí que el objetivo de vivir en este mundo, era el de aprender de los demás y también, por qué no, de enseñarles. En el momento cuando concluía tu participación en la película, el siguiente paso era el de arribar al paraíso, pero éste sería como tú quisieras que fuere. En mi caso, construí mi edén a lado de mi familia. Mi paso por el infierno había sido el viaje a Vallarta.

Confirmé mi teoría al llegar a casa de mi tía, porque en cuanto entré noté en sus ojos un brillo deslumbrante, hipnótico, encantador, angelical. Veía sus muebles, el color de las paredes, hermosos.

Con la simple mirada nos comunicábamos, o al menos eso creía yo. Ella con una tierna y amorosa sonrisa me miraba directamente a los ojos y yo sentía que quería decirme algo o deseaba escuchar algo de mí, pero no sabía qué, entonces me llevó hacia la cocina y a solas preguntó:

– Mami, ¿quieres un té, un café?

– Sí tía, un té está bien.

Su mirada era tan insistente, penetrante y reveladora que me lo dijo todo con ella. Pensé en voz alta:

– Entonces... ¿Es cierto verdad?

Con su imborrable sonrisa dijo:

– ¿Qué es cierto?

– Pues sí, ya sabes, esta es la bienvenida, ¿no es así?

Todavía no terminaba de concluir la frase, cuando mis ojos se humedecieron, comencé a llorar. Era un hecho, ya estaba en el paraíso. Mi tía me abrazó y sentí cómo todo el sufrimiento acumulado en mi alma, se iba desvaneciendo poco a poco. Experimenté un extraordinario alivio.

– Si mamita, esta es la bienvenida, me dijo.

Sin lugar a dudas ya estaba del otro lado. El problema ahora, era que no todos quienes me rodeaban estaban muertos como yo, entonces, mi misión era la de convencerlos de que no se aferraran más a esa vida aparente. La televisión se convirtió en mi guía, en ella veía mensajes reveladores de cómo debía actuar para lograr mi cometido.

Intrigada, le pregunté a María cómo eran esos mensajes, le pedí que me diera un ejemplo. Por un momento se quedó callada mirando al cielo, tratando de recordar, dijo no saber cómo explicarlo, pero lo intentó.

Fue algo muy raro ¿Sabes?, porque en automático relacionaba imágenes y diálogos de la televisión, con lo que sucedía fuera de ella; por ejemplo, recuerdo que senté a mi mamá frente del televisor y le dije: pon atención en la novela, se trataba de Amor en Custodia, una telenovela más, de tantas que produce TV Azteca, entonces yo escuchaba e incluso veía cómo la protagonista

en complicidad me cerraba el ojo y de inmediato se dirigía a mi madre para decirle: señora está harta de tomar antidrepresivos, pues ya no los tome, tírelos a la basura, hacen daño. Era una especie de mensajes subliminales que sólo yo percibía.

Con una ligera sonrisa en sus labios, María dijo estar sorprendida del poder de la mente, porque le hizo ver y oír imágenes y sonidos inexistentes. No podía dejar de pensar en aquellas alucinaciones, para ella fueron tan reales que todavía se le dificultaba asimilarlas como algo fuera de esta realidad.

Un loco, loco día de verano en Pachuca

El sábado 08 me desperté a las cinco de la mañana para hacer mi maleta, en ella incluí una serie de cosas inservibles para mi viaje a Pachuca, una plancha por citar un ejemplo, sin embargo, al momento de estar guardándolas, mi mente estaba segura de llevar lo necesario. Con una inmensa tranquilidad embargando todo mi ser, me levanté ese día dispuesta a hacerle ver a los demás que ya estaban muertos. La competencia, ya ni siquiera la tenía contemplada, la olvidé por completo.

Salimos rumbo a la “Bella Airosa” en una camioneta pick up guinda mi novio Gustavo, sus sobrinos, Emilio y Alfredo, mi suegra; dos amigas, Victoria y Julia, mi inseparable mascota, Sahara, una perra Setter Irlandés y yo. Teníamos que llegar allá a las 8:00 a.m. para ver la participación de unos compañeros, después nos instalaríamos en la casa que mi mejor amigo me prestó ese fin de semana.

Mi hermano, un par de amigos y mis padres nos alcanzarían más tarde. El plan original era llegar desde el sábado, porque queríamos relajarnos Victoria y yo antes de competir el domingo, pero al final, cambié la plataforma de salto de 10 m por 10 ml de Diazepam y Haloperidol.

Dentro de mi edén personal deambulaban una especie de zombis; para mí razonamiento eran seres moribundos que ya estaban muertos, pero que aún no lo sabían. Se convirtieron en mi mayor problema a vencer, porque se aferraban a conservar su ilusoria existencia. De camino hacia Hidalgo, Gustavo me compró un jugo de naranja, el cual lo convertí en el veneno perfecto para acabar con Victoria y Julia, quienes todavía no aceptaban su muerte, así que les di de beber el líquido letal para terminar con su agonía.

Cuando bebieron el jugo mortal cayeron en un profundo sueño. Al parecer, el néctar había surtido el efecto esperado. Mi mascota Sahara recibió la misma dosis, a diferencia de mis amigas, a ella se le veía confundida, miraba hacia el cielo como queriendo encontrarme, a pesar de que me tenía en frente.

Llegando a nuestro destino, veía mi entorno como un set de producción, repleto de actores que en cuanto se percataban de mi presencia, se decían entre sí “ya llegó el jefe”. Todo a mi alrededor lo percibía hermoso, reluciente, perfecto.

Recuerdo haber visto en espectaculares la imagen en Close Up de Felipe Calderón, portaba sus característicos anteojos, camisa azul cielo y una enorme sonrisa, producto de la inmensa felicidad que sentía por la “victoria” de Andrés Manuel López Obrador en la contienda del 02 de julio pasado. Porque además, de los muertos, el paraíso, los zombies, la película que yo protagonizaba, tenía la idea de que todo era al revés, por ejemplo, que en vez de haber perdido AMLO, había ganado.

Antes de llegar a casa de mi amigo, pasamos a desayunar y según me cuentan, sufrí un desmayo, el cual no recuerdo. Para entonces ya me sentía muy mal, deseaba que terminara ya esa película, se estaba tornando demasiado confusa.

No le hallaba ni pies ni cabeza a la historia. Hubo un momento en el que mejor cerré los ojos, me tomé del brazo de Gustavo y comencé a escuchar el ruido de ambulancias, patrullas, sentía cómo iba caminando entre multitudes, en donde no faltó el mañoso que me manoseara, después, en calles solitarias en medio de la noche, oía los gritos de vendedores ambulantes. Todos mis grandes miedos se concentraron; sin abrir los ojos, sólo los escuchaba, me aterrorizaba la idea de verlos; pero en la realidad, sólo iba del brazo de mi novio, caminando.

“Me cuesta mucho trabajo explicar todo lo que vi y escuché”, dijo María. Reflejaba una evidente impotencia, decía estar angustiada por no poder expresar más a detalle las incalculables e increíbles alucinaciones, visuales y auditivas que experimentó. En repetidas ocasiones guardaba silencio, intentando reconstruir sus recuerdos; sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, me confesó, le era imposible revelar todos aquellos instantes.

Insistía que en su mente se forjaron realidades dobles, fruto de tanto estrés. No conforme con su entorno, dijo, el cerebro le ayudó a salir del contexto verdadero y le creó uno alterno, en donde María, al considerarse muerta, creyó ver resuelta su situación.

Jesucristo contra el diablo

Las alucinaciones de María llegaron a tal grado que le hicieron verse y sentirse como el hijo de Dios, además vio al diablo representado en una compañera suya, con quien sostuvo una “lucha” en un baño.

Al llegar a casa de mi amigo, sentí alivio, al parecer ese lugar era finalmente el cielo; arribar ahí, significaba estar por fin a salvo de todos los peligros de afuera, es más cuando comenzaron a abrirse las rejas del estacionamiento, pensé: ¡gracias por haberme permitido llegar con bien aquí contigo, en verdad estoy muy agradecida! Sin duda, Dios, había protegido a su hijo hasta el final, es decir, a mí.

En cuanto crucé la puerta eché de ahí a Emilio y Alfredo, los sobrinos de Gustavo, porque eran algo así como pequeños diablitos que intentaban complicármelo todo, se la pasaban tratando de sabotearme, se hacían pasar por ángeles, deseaban confundirme, eran demonios vestidos de querubines.

Una de mis mejores amigas desde la secundaria y un amigo suyo, a quien apenas conocía yo, corrieron también la misma suerte, los obligué a salir de la casa porque aún por sus venas transitaba la maldad albergada en los seres que se resistían a desprenderse de su falsa y actoral vida.

Victoria, una chica de mi estatura (165 cm), de piel apiñonada, de cuerpo muy similar al mío, atlético, cabello largo, negro y lacio, de rasgos finos, perforación en la nariz, tatuaje en el tobillo y de sonrisa perfecta y seductora, me propuso que nos bañáramos, yo lo tomé como si ella quisiera decirme algo a solas, entonces las dos subimos al cuarto de baño, equipado con un escusado y un jacuzzi rojos. Para entonces, ella se convirtió en el diablo y por su puesto yo era Jesucristo. Nunca voy a olvidar su mirada, era penetrante, directa y perversa.

– Victoria, tú bien sabes por qué estamos aquí, le dije.

Mirándome directamente a los ojos, con su muy particular sonrisa y expresión retadora, dijo:

– No, no lo sé, tú dímelo.

– No te hagas, sé quién eres, no trates de engañarme porque no vas a lograrlo.

– Si ya lo sabes, ¿qué piensas hacer conmigo?

– Eso yo lo decido, enséñame tu mano.

Como lo había imaginado, su línea de la vida, marcada en la palma de su mano, la tenía interrumpida. De alguna forma estaba en mí, cambiar su cruel destino, así que puse a llenar la tina para bañar en ella a Victoria, necesitaba purificarla, bautizarla, sólo de esa manera podría liberarla de las cadenas que la ataban.

El agua corría por la tina, a pesar de que no podía llenarse porque estaba abierto el orificio del desagüe, yo veía cómo se mantenía el nivel del agua a la mitad. Victoria quería cerrar la llave, pero se lo impedí varias veces, creía que si tocaba esa agua maligna se contaminaría, por ello, primero era necesario meterme yo para limpiarla de impurezas.

– Desnúdate, despréndete de toda esa ropa inservible, le ordené.

– Si quieres verme desnuda, necesito verte a ti primero.

– Yo no tengo ningún problema con eso.

Comencé a quitarme el pantalón y le pedí a Victoria que hiciera lo mismo, pero ella se resistía. Me desprendí de mi blusa y sólo quedé en ropa interior.

– Ahora, necesito que te sientes en ese retrete y saques toda la mierda que traes en tu interior, le mandé.

– ¡Estás loca!, crees que voy a cagar frente a ti, olvídalo.

– Ah no, entonces tendré que obligarte. Debes hacerlo, sólo así limpiarás tu cuerpo de toda esa porquería impregnada en tu interior.

Ella era el diablo y yo sentía ser Cristo, así que al negarse a cumplir mis órdenes intenté someter a Victoria, forcejeamos, pero tenía mucha fuerza, con ímpetu la cargué y la senté en aquel retrete.

– Por lo visto te aferras, le grité, ¿qué quieres entonces?! ¡Dímelo! ¿Quieres vida o muerte?! ¡Anda dímelo!

Ya sentada, le pedí de nueva cuenta que me mostrara su mano.

– Dime, ¿cuál es tu deseo?, ¿qué te hace falta para ser feliz?

Con su mirada gacha y visible tristeza, como pidiéndome un deseo me dijo:

– Quiero terminar mi carrera, tengo 23 años y aún no he podido concluirla. Soy muy necia y ya no quiero serlo. Me encantaría dejar de ser insegura. Doy la impresión de ser fuerte, pero en realidad soy más frágil de lo que puedes imaginar.

Conforme iba hablando, yo escuchaba cómo orinaba, después empezó a defecar en frente de mí. Al menos eso creí. Después de un rato, las dos estábamos completamente desnudas.

Ducha fría en un jacuzzi

Sin darme cuenta en qué instante salió Victoria del baño, me metí a la tina. El agua estaba helada, pero tenía que sumergirme en ella para limpiarme de cualquier impureza. Ahí estaba yo, desnuda, cubierta sólo de agua fría. Recuerdo que Gustavo entró y me dijo, María, sal de ahí, sal de ahí; pero lo ignoré, porque debía soportar cualquier inclemencia para estar bien.

No sé exactamente cuánto tiempo me la pasé en ese baño, perdí la noción del tiempo, pero según yo entré de día y salí de noche. Oía voces que provenían de afuera. Claramente distinguía la voz de personas conocidas que no estaban ahí.

Veía mi cuerpo, y lo percibía perfecto, con otra tonalidad de piel, distinguía heridas inexistentes en las palmas de mis manos y sentía una corona de espinas en la cabeza.

De un instante a otro lloraba como un bebé y de inmediato me carcajeaba. Me venían a la mente los recuerdos más dolorosos de Vallarta, la voz de mi jefe retumbaba en mi cabeza. Mi voz se transformó en la de él, yo hablaba como él.

Hubo un momento en que vi entrar a mis papás, se metieron al baño para pedirme vida eterna. El simple hecho de pensar en alguien o mencionar su nombre, eso le otorgaba el derecho de vivir para siempre. Entonces comencé a nombrar a todos mis conocidos, no quería olvidar a nadie. Victoria y mi madre aparecían de cuando en cuando, querían sacarme de ahí, pero yo me negaba.

Estuve con Gustavo un rato platicando, deseaba que me confesara todas sus infidelidades. Yo sólo estaba al tanto de una, pero seguramente eran varias. Pasé mis dedos por mi cabeza y entre ellos se atoraron cabellos rubios, entonces le dije:

– Ah, también me engañaste con una rubia.

– No, María te juro que no.

Cuando terminó de decir eso, el cabello que tenía en mis manos se convirtió en el pelo de mi perra Sahara.

De pronto comencé a temblar de frío, ya quería salir de ahí. Victoria entró y me vistió. Mi madre estaba afuera esperando a que saliera. Sin saberlo ya me esperaba un paramédico, preparado con dos inyecciones, en una tenía 5ml de Valium (calmante) y en la otra 5ml de Haloperidol (antipsicótico). Gustavo llamó a una ambulancia, pero no me pudo trasladar a un hospital debido al cuadro psicótico que estaba presentando.

Cuando por fin lograron convencerme para que saliera del baño, en cuanto crucé la puerta, mi mamá me jaló hacia una habitación de la casa. Entre ella y otra persona me llevaron arrastrando hacia la cama. Cuando el paramédico introdujo en cada uno de mis glúteos las inyecciones, se desprendió de mí un alarido aterrador.

Pensé, no saben lo que hacen, me están crucificando. Mi último recuerdo antes de caer en un profundo sueño, fue el de tener a mi hermano Carlos encima de mí abrazándome y diciendo que todo había terminado ya.

No podía dar crédito a la historia de María, nunca imaginé todo lo que ella vivió. En verdad sufrió mucho y ni hablar de sus seres queridos... no escaparon del tormento de ver a su hija, hermana, novia, amiga, atrapada en las garras de una grave psicosis.

2.3. La Depresión Vino Después

Todas las alucinaciones que experimentó María, se han quedado impregnadas en su mente, sin temor a equivocarme todavía le causan incontenible dolor, sus lágrimas la delatan, pero ella espera algún día recuperarse y jamás volver a padecer una situación como esa. Para María no todo acabó ahí, porque la tortura se prolongó durante los siguientes meses, cuando cayó en una depresión severa.

Inconsciente amanecer

Al día siguiente, domingo 08 de julio, después de 14 horas de sueño, desperté alrededor de las nueve de la mañana. A mi lado se encontraba mi madre, le pregunté por Gustavo, me respondió que tardaría un poco en llegar. De inmediato pedí algo de comer y de beber, me llevaron leche tibia en un vaso rojo de plástico y un flan, con ellos comulgué, comí el cuerpo de cristo y bebí su sangre.

Ya no estaban ni mis amigas, ni la mamá, ni los sobrinos de mi novio, sólo permanecían ahí mis padres. Esa misma mañana recibí una dosis más de Haloperidol. Entre dormida y despierta me sacaron de la casa, afuera mi tío, hermano de mi papá, aguardaba paciente. Lo llamaron para que me controlara, por si de regreso al D.F. me ponía agresiva durante el trayecto.

Los siguientes 15 días estuve casi inconsciente. Sólo recuerdo algunos instantes materializados como fotografías. Debido al medicamento que me administraban, me la pasaba dormida. Perdí completamente la noción del tiempo, no distinguía el día de la noche. Los días transcurrían, pero el reloj se detuvo para mí. Durante cinco días mi mamá me siguió inyectando medicamento y no lo recuerdo. Sé que Gustavo me cuidaba día y noche, supervisaba mi sueño y mi vigilia, porque eso me cuenta él.

Aún continuaba teniendo pensamientos fuera de la realidad, quería reunir a toda mi familia para que nos fuéramos juntos al cielo. Bañé a mis perras con la intención de llevarlas al edén conmigo. Me veía en el espejo y según yo, mi cuerpo se había transformado, por fin, tenía el aspecto que siempre había deseado, amplias caderas y cintura reducida.

Por esos días mi mejor amiga de la licenciatura, Angélica me invitó a “festejar” el cumpleaños de un amigo mutuo, Mauricio, a quien, por despojarlo de su camioneta, unos maleantes lo asesinaron un par de meses atrás. Yo quise ir a esa fiesta porque estaba segura de que él estaría ahí, con su presencia, les haría ver a los incrédulos que todos estábamos muertos ya, sin embargo, ese día mi hermano me puso los pies en la tierra. Me explicó que ninguno de mis pensamientos eran ciertos, tan sólo fueron producto de mi mente trastornada. Fue hasta entonces cuando comencé a entender que nada de lo que vi, pensé y escuché fue real.

Tres semanas después me llevaron con el psiquiatra familiar, quien con anterioridad atendió a mi mamá. Su diagnóstico: “brote psicótico” según sus palabras sólo fue una crisis que le pudo dar a cualquier persona. Debido al estrés, según él, mi cerebro intentó liberarse saliéndose de la realidad.

Todo comenzó por leer esa revista

Sé que intervinieron varios factores para llegar a enfermar de esa manera y estoy convencida de que uno de ellos fue haber leído los contenidos apabullantes de la revista Proceso.

María refiere el semanario de información y análisis de corte político, fundado por Julio Scherer en 1976 a su salida obligada del periódico Excelsior por un complot orquestado en el gobierno de Luis Echeverría que intentaba acallar las fuertes y reveladoras críticas a su gobierno.

Lo recuerdo perfectamente, cada semana la compraba y siempre aparecían noticias poco alentadoras en su portada, que si Felipe Calderón como presidente del PAN fue quien avaló en 1998 el gigantesco endeudamiento para los mexicanos a través del Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA); que si el PRD solicitó un préstamo bancario de cincuenta millones de pesos para saturar de propaganda política y contrarrestar así, la guerra mediática que inició Calderón en contra del candidato a la presidencia Andrés Manuel López Obrador; que si el senador Manuel Bartlett, llamó a los priístas que dieran el voto útil a AMLO porque Roberto Madrazo, ya no tenía ninguna posibilidad de ganar las elecciones.

Cómo olvidar las investigaciones por enriquecimiento ilícito y tráfico de influencias a las que estaban sujetos los hermanos Manuel y Jorge Alberto Bribiesca Sahagún; la lluvia desatada de ajustes de cuentas, balaceras, “levantones”, secuestros, entre los carteles de Sinaloa y del Golfo, para obtener el dominio del mercado de las drogas en el Puerto de Acapulco; la explosión ocurrida en Pasta de Conchos que sepultó a 65 mineros; los casos de pederastia de Surcar Kuri y Kamel Nacif Borge; la corruptela; las indignantes, poco honorables y cuestionables políticas de gobierno de Hank Ron en Baja California; la “Ley Televisa”... ay, la lista era interminable.

Durante seis meses me saturé de catastróficas y caóticas noticias de mi México querido y seguramente ellas participaron para alcanzar y rebasar mi límite de cordura.

Desde que inició el 2006, me dediqué a leer la Proceso, quería empaparme de la situación política del país, era año de elecciones y seguramente me serviría la información para explicarles a mis alumnos franceses, cómo andaba México. Claro, según yo, después de dos intentos fallidos, por fin conseguiría esa beca de la Secretaría de Educación Pública (SEP) que cada año otorga a más o menos 150 pasantes de todo el país quienes poseen un nivel intermedio de la lengua francesa, un amplio conocimiento de la cultura mexicana y quieren convertirse en ayudantes de profesor de español en Francia.

Necesitaba ver realizado mi sueño de ir al país del Champagne, del queso Camembert. No lo conseguí. De nueva cuenta se agregó un fracaso más a mi lista. Era tan importante esa beca para mí, por ella entré a estudiar francés en el Centro de Enseñanza de Lenguas Extranjeras (CELE) de la UNAM. Durante tres años estuve aprendiendo el idioma y metí mi documentación para irme a la ciudad luz a dar clases de español, pero todo fue inútil, dos veces me rechazaron.

Tenía en mente intentarlo una tercera, pero se atravesó lo que nunca imaginé me sucedería a mí, yo que me consideraba la más fuerte, la más deportista, la más sana, eso, por lo que mi padre, mi madre y mi hermano enfrentaron en su momento. Desgraciadamente, la depresión también me alcanzó a mí.

María me explicó que su familia es depresiva, su hermano, su madre y su padre en distintos momentos cayeron en depresión, ella era la única que faltaba, pero finalmente también la embistieron los síntomas de este padecimiento.

Después de la tempestad llegó la calma; de regreso a la cruda realidad

Más de un mes pasó. Conforme transcurrían los días, mis ideas irreales iban perdiendo fuerza, pero la ansiedad, la tristeza, el llanto, la impotencia, la desesperación, la soledad, el insomnio nocturno y la somnolencia diurna, se iban apoderando rápidamente de mí. Para mediados de agosto, ya era un hecho, estaba hundida en una terrible depresión. Me venían a la mente los recuerdos de Vallarta y Pachuca, como una pesadilla recurrente que se repetía una y otra vez en mi mente; quería regresar el tiempo para cambiar todo aquello que me hizo daño durante esos días, me preguntaba diariamente y a cada instante qué había hecho mal.

Deseaba dormir y no despertar más. Cuando la luz de la mañana entraba por mi ventana, la maldecía. A diario le pedía a Dios que no amaneciera, pero él nunca me escuchaba. Se olvidó de mí por completo. Prefería dormir a estar despierta, no valía la pena ver mi alrededor, porque se tornó gris, insoportable, impacientemente interminable. Los días pasaban lentos, ninguno era distinto al otro.

No tenía razones para seguir viviendo, toda yo era un fracaso total. Mis sueños y aspiraciones desaparecieron. Ni una sola pizca de ánimo circulaba por mis venas. Todo lo veía complicado, el simple hecho de bañarme se me hacía imposible. Al momento de meterme a la ducha, sentía una indescriptible impotencia para abrir la llave de la regadera.

Quería morirme, esa sería la mejor solución a mi problema. Soñaba con poder hacerlo realidad. Deseaba aventarme al vacío desde una muy alta montaña. Imaginaba el gran alivio que sentiría al acabar de una vez por todas con tanto sufrimiento.

Mi único consuelo era mi hermano Carlos, siempre estuvo conmigo, tratando de animarme. Su presencia me daba la fuerza para seguir adelante. Él se convirtió en mi soporte, mi sustento. A diario me visitaba y platicaba conmigo. Fue la persona más importante para mí en esos momentos. Siempre tenía las palabras exactas para reconfortarme.

– María, todo esto va a pasar y se convertirá en un desagradable recuerdo, te lo aseguro, ten paciencia. Sabes que yo pasé por lo mismo y sé exactamente lo que sientes, pero no te angusties, sólo dale tiempo, cuando menos sientas, vas a ser la de antes, te lo prometo. Todo en esta vida tiene una duración y esos sentires que se apoderan de ti terminarán, no lo dudes.

Gracias a mi hermano pude sobrellevar mi amarga existencia. Sólo deseaba verlo a él, me aislé completamente del exterior. Dejé de ver a mis amigos. No quería ver a nadie y tampoco deseaba que me vieran. Me miraba en el espejo y el reflejo no era el mío, odiaba a esa extraña, quien se había apoderado de mí. No tenía el más mínimo interés de salir a la calle, mi refugio era la cama, ella, además de mi hermano se convirtieron en la mejor compañía, la indispensable, la reconfortante, la única.

Ir encerrada en un automóvil en medio del tráfico era desquiciante, insoportable, fastidioso. Ese tipo de situaciones, los encierros me colmaban de ansiedad y angustia, en cuanto veía la acumulación de autos mi inconformidad se evidenciaba. La basura tirada en la calle, los puestos ambulantes, el ruido de la ciudad, las grietas del pavimento, de las banquetas, las casas en obra negra, todo, todo lo que estaba fuera de lugar me causaba conflicto. Mi alrededor lo percibía sin chiste, vacío, inservible, sin sentido y sumamente agobiante.

Una luz al final del túnel

Presa de la desesperación, acepté la propuesta de ir con un acupuntor, aunque ello implicaba trasladarme durante dos horas en un auto, más el tiempo de espera para que me atendiera, a menudo llegaba de día y salía de noche, sin contar el regreso a casa; también comencé a ir a las Constelaciones Familiares y en octubre, pedí ayuda en el instituto en donde me diagnosticaron bipolaridad, noticia totalmente inesperada. Recuerdo al médico, más o menos de mi edad, quien sostenía mi expediente, le pregunté: ¿Son ciertas sus sospechas, en verdad soy bipolar?, sin siquiera mirarme a los ojos y yo esperando una respuesta contraria, sólo me dijo: “sí, es usted bipolar y tomará medicamentos el resto de su vida”.

Mi reacción inmediata fue... de hecho no tuve ninguna, sólo sentí una todavía mayor tristeza, impotencia, enojo, frustración, incredulidad; era inaceptable que “el resto de mi vida” estaría acompañada de una enfermedad declarada, incurable, crónica. Visualicé mi futuro sin porvenir alguno, después de ser una persona libre de alteraciones físicas, deportista desde que tengo memoria, ninguna fractura, sin sobrepeso, sin hipertensión, sin diabetes, sin cáncer. Sus palabras retumbaron en mi cabeza y me hicieron sentir como una desahuciada.

De inmediato comenzaron las prohibiciones: “no puede tomar café, beber alcohol, fumar, mucho menos consumir algún tipo de droga, desvelarse, y muy importante, jamás suspender el tratamiento”.

Negativas seguidas, por supuesto de mis cuestionamientos internos privados y apocalípticos: ¿No beber café?, si es uno de mis mayores placeres y más cuando está acompañado de una agradable charla y encantadora compañía.

¿No fumar, no ingerir alcohol?, no son mi pasión, ni soy una fumadora compulsiva, ni tampoco una borracha conocida; pero el hecho de tenerlo prohibido era algo que me carcomía. ¿Qué pasaría con los brindis navideños, el día de mi boda, el día de mi graduación, el cigarrito inspirador?; ¿qué sucedería con los chocolates envinados, el raspado de rompopo, las piñas coladas? ¡¿Drogas?!, impensable, nunca las consumí y no iba a empezar a esas alturas.

¿No desvelarme, en dónde quedarían las fiestas, reuniones, ¡los bailes!? A mí que, no me fascina, lo que le sigue, amo o amaba bailar, ya no me quedaba tan claro.

¿No suspender el tratamiento?, si mis medicinas se reducían a paracetamol, aspirinas, uno que otro antibiótico y sal de uvas; el simple hecho de imaginar que mi vida estaría rodeada de chochos hasta el día de mi muerte fue... totalmente devastador, nada prometedor, sin esperanzas, sin rumbo, mucho menos con destino.

Sumando además, que todos mis esfuerzos para mejorar mi estado parecían inútiles, yo me seguía sintiendo cada vez peor. En un arranque, corté mi cabello con mis propias manos, porque no deseaba peinarme más. Podía pasar una semana y no me bañaba. No me interesaba ni la televisión, ni la música, ni la Internet, ni hablar por teléfono, ni el cine, ni la lectura; nada, absolutamente nada me despertaba el más mínimo impulso.

Por su puesto perdí el semestre, no tenía ánimos para levantarme, mucho menos para ir a la escuela. El único día que recuerdo me la pasé bien, fue en mi cumpleaños, estuve con Gustavo y mi familia todo el día, fuimos a comer, después al cine y al final cenamos en la Bodeguita del Medio, en donde bebí un mojito sin alcohol en compañía de un trío cubano que me cantó las mañanitas. Pero solo un día, entre treintenas de ellos; como si mi ferviente deseo de estar feliz, contenta, concentrada, libre de mis propios negros pensamientos, se me hubiera concedido el día de mi aniversario.

Y sé que fue un solo día, porque al siguiente mis mejores amigos de la secundaria, Danna y Gabriel fueron a visitarme a mi casa, me llevaron pastel, me regalaron una chamarra y una blusa; pero en verdad que no disfruté de su compañía, en vez de sentirme feliz por su presencia, más bien estaba preocupada porque no traían coche, se hacía tarde y ellos no se iban. La constante en mi cerebro era lo negativo, lo catastrófico y sin remedio.

Regresé a la escuela en febrero, pero aún me sentía muy triste, así que a veces iba y a veces no. Todavía no podía concentrarme del todo. En este mes de abril comienzo a sentirme ligeramente mejor, ya voy más regularmente a la escuela y poco a poco voy centrando mi atención, por ejemplo, estoy haciendo un álbum fotográfico, eso me relaja un poco y me mantiene ocupada, acción que hace unos meses era impensable.

No sé cuándo recuperaré mi salud, pero por lo menos ahora ya tengo la esperanza de reencontrarme con ella, ahora, puedo decir que por fin veo una pequeña luz al final del túnel.

La búsqueda de María para aliviar su insostenible situación continuó los meses siguientes: talleres, del Niño Interior, de Autoestima, Programación Neurolingüística; fue a terapia psicológica e incluso recurrió a una bruja, visitó además a una sacerdotisa líder de una secta que se hacía llamar espiritista; le encomendaba que leyera una cantidad determinada de veces fragmentos de la Biblia, mientras mantenía encendidos cirios, adquiridos en el templo de los seguidores de esta mujer, a cambio de una cooperación voluntaria.

María amargamente imagina las cantidades de dinero que entre su familia y su novio gastaban para darle acceso a todas esas alternativas; una la llevaba a la otra, por consejo o recomendación, de varias de las personas quienes se preocupaban por su estado. Evidentemente ella no generaba un solo centavo, al contrario: “yo era fuente inagotable de un gasto tras otro, circunstancia, que me hacía sentir todavía más inútil y empeoraba mi malestar anímico, el solo hecho de pensar en el dinero invertido por mis seres queridos, ya me ponía enferma”.

La situación por la que pasó esta joven sólo es una muestra de los extremos a los que expone a las personas una enfermedad tan complicada como lo es el Trastorno Bipolar. María vivió palmo a palmo, muchos de los síntomas que caracterizan al padecimiento.

Conforme iba empeorando su estado fue experimentado, entre otras señales de alarma, el bienestar, la sensación de poder hacerlo todo, la verborrea, la energía y la evidente y tan desgastante, –tanto para ella como para sus seres queridos– crisis psicótica, seguida de la tormentosa depresión. Sin lugar a dudas padeció síntomas indiscutibles propios del trastorno.

Según palabras de María, no se considera bipolar, se niega a aceptar que lo es, a pesar de haber sido diagnosticada por una institución tan prestigiada como lo es el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Está convencida de que la situación por la cual pasó, sólo fue un desequilibrio producto de una carga de emociones no liberadas desde hacía ya mucho tiempo atrás y que finalmente no pudo contener más.

2.4. Mi Hija es Bipolar

No es ningún enigma, más bien es evidente para todo el mundo e incluso vivencial. Cuando un ser querido es afectado, ya sea por un accidente, una enfermedad, una decepción, una pérdida o cualquier tipo de desgracia; los familiares y seres cercanos, incluidos amigos acompañan al afligido en su transitar por caminos plagados de un sinnúmero de situaciones agobiantes, desagradables, dolorosas, económicamente infranqueables y en muchas ocasiones, insostenibles, tanto para el principal lesionado, como para quienes lo rodean.

Afortunadamente para María, pero no para otros, que son los más, siempre tuvo el apoyo de los suyos. Un respaldo emocional, terapéutico y económico constante. Hay miles de historias perdidas entre mares de familias a nivel mundial que atraviesan situaciones similares, otras más sencillas o peores, mucho más complicadas o inclusive letales.

Y con letal me refiero a todo lo amplio de la palabra y en todos los sentidos; porque cuando se presenta un problema de esta índole, literalmente llegan a morir relaciones personales, laborales, familiares, puede perderse la libertad cuando hay problemas con la ley, el paciente acaba por extraviarse y convertirse en un indigente como tantos vistos en las calles, o también logra finalmente suicidarse.

Una prueba ferviente es el caso de *Cheng Guorong*. Hace ya algunos años, en el 2010 para ser exactos, un fotógrafo independiente se dejó envolver por la habilidad para vestirse de un indigente asiático y subió fotos captadas en su lente a la red. Gracias a las imágenes, el hombre que en la actualidad cuenta con 34 años fue localizado por su hermano menor y su madre.

El joven incursionó en el negocio de los vagabundos desde el 2003 cuando, según parientes, huyó del yugo familiar por problemas económicos y psiquiátricos. Pocos mencionan que tiene dos hijos menores de edad y perdió a su esposa y a su padre en un accidente automovilístico, antes de su presente condición.

Convertido hoy día en todo un fenómeno de las redes sociales, vaga por las calles de Ningbo, al este de China. Ahora es una indiscutible celebridad *fashionista*, conocida en el medio como *Brother Sharp* (hermano elegante). Tiene miles de seguidores en *facebook* e incluso un director de cine quiere llevar su historia a la pantalla grande. *Cheng*, peculiar, trastornado y ahora famoso nómada va por las calles rechazando todo tipo de ayuda, tanto de familiares como de extraños.

Tuve la oportunidad de intercambiar contadas, informales, breves o como se le conoce en el medio periodístico “extraoficiales” charlas con la madre de María. Para la Señora, como ella misma lo externa, la experiencia vivida con su única hija fue una verdadera pesadilla. Las constantes en la memoria de la mujer eran el amenazante miedo, la obligada intranquilidad, los agobiantes dilemas, la desesperante incertidumbre; pero por encima de todas estas angustias, lo que más la ofuscaba como madre, era la dolorosa impotencia.

-Una situación como la que viví con mi hija, no se la deseo a nadie. Fue tan terrible que ni siquiera estoy interesada en recrear los recuerdos; como dicen, recordar es vivir y el solo hecho de contarlo me pone nerviosa, inquieta y me llena de tristeza.

Para los padres, la seguridad, la salud y el bienestar de sus hijos es lo primordial; claro habrá sus excepciones, pero por lo menos los papás de amigos, conocidos y por supuesto los míos, las constantes en su comportamiento hacia sus descendientes son: la protección, el abrigo, el cuidado, la preocupación y sobre todo la ocupación de ellos. Por lo tanto, ¿qué puede decirte un padre o una madre cuando trata de transmitir lo que siente cuando ve sufrir a sus herederos?, sencillo, todo aquello que proyecte dolor, pena o como mencionó la madre de María, impotencia.

El desconcierto que ocasiona un diagnóstico que involucra y trastorna la mente y el comportamiento, es indescriptible; desboca los más profundos miedos, inseguridades, dudas; alimenta angustias y ansiedades. Por ello, no es más reconfortante el rol de los seres queridos, a la par del enfermo, experimentan y comparten en diferente medida, los estragos de cualquier enfermedad mental, no solo del Trastorno Bipolar.

CAPÍTULO 3 VOCES BIPOLARES

Mi problema dio inicio cuando decidí hacer de todo. En la prepa me decían megalómano. Me sentía una jirafa con cabeza de girasol, adopté el color amarillo, me vestía raro, usaba un tenis azul y el otro amarillo, un pantalón azul pitufo, playera de hippie, saco negro, en la solapa me colocaba un girasol, me colgaba una jirafa de plástico en la ropa, llevaba puesto un sombrero de gabardina multicolor diseñado por mí, que denominé retrato cerebral. Quería ser político, estudié ciencia política, quería cambiar las ciencias sociales, después, caí en depresión y mis planes se vinieron abajo. Por fortuna, terminé el bachillerato, pero la licenciatura no. Estando en depresión, me sentía la peor basura del mundo, mi cabeza se convertía en una fábrica de suicidio, durante todo el día pensaba cómo me iba a matar, no salía de la cama, era un muerto viviente. Tengo problemas de adicciones, pero llevo tres semanas sin consumir alcohol, ni marihuana. ¿Cómo estoy ahora? Estoy excelente, por el momento, el psiquiatra dice que esta batalla no termina, porque en cualquier momento puedo recaer.

Este es el testimonio de un paciente bipolar entrevistado durante la transmisión del programa *Diálogos en Confianza* del Instituto Politécnico Nacional. Su voz, es una más de aquéllas que reflejan la dura realidad bipolar. Afortunadamente para quienes sufren los estragos de este trastorno, desde mediados del siglo XX, existen tratamientos efectivos que ayudan a evitar sufrimientos innecesarios como: deterioro mental y físico, relaciones destructivas, divorcios, pérdidas de empleos, fuertes problemas económicos, consumo de sustancias y lo más inaceptable, el intento o el suicidio consumado.

Desgaste físico, mental y fuertes desembolsos económicos, son el pan de cada día para las personas que rodean, viven y conviven con un enfermo mental. Sobrellevar tales implicaciones resulta demasiado difícil, porque, al menos en México, no existe la suficiente información y difusión sobre los padecimientos mentales; además, las carencias en cuanto a servicios psiquiátricos, es también

un gran inconveniente; por lo tanto, enfrentar una enfermedad tan compleja como lo es el TBP, se torna una batalla constante que no siempre se gana.

A lo largo de este capítulo se presentarán diferentes testimonios, de pacientes bipolares, además, se abordarán los distintos tratamientos a los que están sujetos; también se hará mención de los medicamentos y las instituciones convencionales y alternativas, encargadas de dar asistencia médica a los enfermos.

Es indispensable la participación conjunta del paciente, los especialistas en salud mental, los familiares y la sociedad civil, para enfrentar de la manera más asertiva posible, los problemas relacionados, en general, con las enfermedades mentales y particularmente con el TBP.

Los fuertes cambios emocionales que experimentan los pacientes bipolares pueden ser contrarrestados con un tratamiento adecuado, continuo y a largo plazo; ya que es muy importante evitar el mayor número de episodios, para que éstos, no deterioren la salud física y psicosocial del individuo. El objetivo de los tratamientos, forzosamente farmacológicos, es el de mantener al enfermo estable, sin altibajos que lo pongan en alguna situación de riesgo.

Al igual que en otras enfermedades, es muy importante la no automedicación porque podría empeorar el problema. Los medicamentos propician inconvenientes, porque en ocasiones, se tienen que cambiar constantemente hasta conseguir el resultado terapéutico adecuado. También los efectos secundarios que ocasionan pueden llegar a ser intolerables, o por el contrario, causar ciertas molestias al principio y con el tiempo ir disminuyendo o desaparecer por completo.

3.1. Sufrimiento Compartido

Sin duda alguna, las enfermedades se relacionan directamente con el sufrimiento; causan incertidumbre, síntomas físicos indeseables, incluso, insoportables, problemas anímicos, económicos y hasta sociales. Hablando específicamente de un padecimiento mental, la situación no es más alentadora, porque es todavía más complejo que un malestar físico, y por lo tanto, difícil de entender y de atender.

Padecer cualquier enfermedad, es un golpe bajo a la integridad del individuo y su entorno, es muy común escuchar: “si te enfermas tú, nos enfermamos todos”. La familia como un sistema, funciona adecuadamente, cuando cada uno de sus integrantes, no manifiesta problemas de cualquier índole; sin embargo, en el momento cuando se presenta alguna anomalía, el sistema familiar deja de marchar en forma armónica.

Las partes involucradas en una situación de enfermedad mental son: el paciente y en el mejor de los casos, quienes se hacen cargo de él directamente, como pueden ser familiares, o en su defecto, amigos, vecinos, instituciones de asistencia psiquiátrica. En el peor, tristemente la calle, el abandono, el rechazo, albergan a un enfermo mental.

Maníaco, depresivo, esquizofrénico, paranoide y psicótico, todo en uno

Sergio Alejandro Molina Sánchez, es esquizofrénico desde los... En realidad, no sabe desde cuándo; él calcula que más o menos comenzó su enfermedad entre los 20 y 25 años. Es un hombre obeso, alto, de mirada apagada, inexpresiva, de piel morena, de apariencia tranquila, inofensiva. Su rostro, refleja tristeza, indiferencia, su cabello se ve despeinado, sucio, su mano derecha no deja de moverse, porque además, padece Mal de Parkinson:

Trastorno del sistema nervioso, descubierto por el médico británico James Parkinson. Concierne directamente con la deficiencia en la producción de dopamina, sustancia localizada en algunas células del cerebro, relacionada con el movimiento y el equilibrio. No se ha determinado si se trata de una enfermedad hereditaria. Los síntomas que caracterizan a ésta

son, movimientos involuntarios o temblor, en piernas, manos, cara, rigidez o poca flexibilidad de extremidades o tronco, lentitud o dificultad para iniciar movimientos, problemas de equilibrio y falta de coordinación. Es menos frecuente encontrar trastornos de la marcha (se camina con pasos cortos) voz (se hace lenta, con tono bajo y arrastrado) e inexpresividad facial. En promedio, la enfermedad aparece a los 60 años y es igualmente común entre hombres y mujeres, sin embargo, entre el 5 % y el 10 % la manifiesta antes de los 40. Se presenta en 1 de cada 100 personas mayores de 65 años y en 1 de cada 50 individuos mayores de 80 años. A la fecha, no tiene cura, sólo se controla con medicamentos y en algunos candidatos, con cirugía. (Mejía, 2007)

Despide un ligero olor desagradable, su ropa se nota descuidada, desaliñada. Al hablar no se le entiende del todo, su voz es lenta, ronca, alargada. Su charla es desarticulada, las respuestas que da, no coinciden con las preguntas formuladas.

Ahora cuenta con 54 años, vive solo, su madre, la única persona que veía por él, murió hace 15 años, pero gracias a su pensión y a un patrimonio que le heredó, Sergio se ha mantenido a flote. Hijo no deseado, producto de una relación adúltera, entre su madre y un doctor que nunca reconoció su paternidad, Molina, milagrosa e increíblemente ha sobrevivido durante todo este tiempo.

En su juventud, practicó esgrima, en la Escuela Nacional Preparatoria Núm. 1, fue entonces cuando comenzó a percatarse de que algo andaba mal, porque en una ocasión sin razón alguna, intentó enterrarse el florete en el estómago, desde ese momento fue atendido en la unidad psiquiátrica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

También fantaseaba que tenía una relación amorosa con una chica real, a quien le enviaba cartas de amor, pero la mujer nunca lo aceptó, el noviazgo sólo lo sostenía en su mente. El constante rechazo de las personas y en especial de las mujeres, le causaba fuertes depresiones, en las cuales podía pasar una semana sin bañarse, no salía de casa, sencillamente, no tenía ganas de vivir.

A pesar de haber sido diagnosticado como esquizofrénico, Sergio, también presenta síntomas maníacos, depresivos, psicóticos y paranoides. Por ejemplo, una manía se le manifestó, en el momento cuando se dedicó a escribir tres libros; pagó 100,000 pesos para que le publicaran 5,000 copias, porque quería venderlas y sacar un provecho económico, pero nunca se atrevió a vender un solo ejemplar. Sus alucinaciones se resumen a escuchar “atormentadora” – como él la llama– música clásica que sale de su mente y su paranoia la siente cuando cree que alguien quiere entrar a su casa para hacerle daño o para robarle su obra literaria.

Fue internado una sola vez en el Hospital de Psiquiatría de San Fernando, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), porque presentó un fuerte cuadro psicótico, que ni él mismo da razón de cómo fue. Sergio Molina se concibe a sí mismo como un parásito, en parte culpa a su madre, porque ella fue quien se encargó de tomar las decisiones de su vida. Se refiere a su progenitora como sobreprotectora, dominante, chantajista con él; le prohibió amistades, trabajos, le pagaba cursos de pintura para mantenerlo en casa.

Concluyó la carrera de periodismo en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, logró titularse e inclusive, llegó a entrar a la maestría, pero sólo duró un semestre, sus depresiones lo orillaron a abandonarla. Se siente insatisfecho con su vida, porque todos los ideales que le inculcaron fueron imposibles de cumplir. Atribuye su enfermedad, a que durante su infancia vivió una doble vida, por un lado acataba las reglas de su madre y por el otro, se la pasaba solo en casa con sus propias normas, porque ella todo el tiempo estaba fuera, trabajando.

A pesar de estar siempre medicado, las crisis maníacas, depresivas, psicóticas y paranoides se presentan. En momentos, siente la necesidad de estar en dos lugares a la vez y piensa en reír durante un velorio, por ejemplo. Un día, su médico le comentó que su madre estaba al borde de la muerte, entonces Sergio lo felicitó efusivamente porque al morir ella, ya no tendría más de qué preocuparse.

Su día se resume a levantarse entre cuatro y seis de la mañana, se despierta tratando de identificar dónde está, qué día y hora es. A las ocho desayuna, come a las doce y las 17:30 toma su café y sus medicamentos. Su compañía es la radio, la televisión y la Internet. La hora de la comida es una forma de imaginar que alguien la comparte a su lado. Ha pensado en terminar con su vida, arrojándose en el tráfico de autos o dar datos falsos acerca de una supuesta enfermedad para ser medicado y a su vez, intoxicarse con dichos fármacos.

Sergio está solo en el mundo, tiene un hermano sano quien vive en los Estados Unidos, pero como si no lo tuviera, porque no lo visita, nunca se ha hecho cargo de él; las únicas veces cuando lo ha buscado ha sido para pedirle dinero. A pesar de su situación, a comparación de otros, Molina es afortunado, porque tiene un techo, alimentos, pensión, seguro médico, medicamentos, no cualquiera es tan privilegiado.

“Cuando cuenta algo debes confirmarlo con alguien más, porque no se sabe si es verdad o no. La realidad que él ve, no es cierta, pero la describe como si lo fuera, por ejemplo, piensa que soy su amante, pero sólo soy una amiga que lo tolera y trata de entenderlo”.

Sergio cuenta con la amistad de una persona que de vez en cuando lo procura, Francisca Robles, actualmente Doctora en Ciencias Políticas y Sociales con orientación en Ciencias de la Comunicación y académica de la FCP y S.

Compañera de la universidad, quien ha tratado de brindarle apoyo, muchas veces sin éxito, dice ser muy difícil tratar a un enfermo mental, porque en ocasiones, la ha metido en aprietos, por ejemplo, en algún momento, él tuvo alucinaciones amorosas con la Doctora y las plasmó en sus libros llamándola por su nombre y apellido. En otra ocasión, Molina le regaló unos muebles viejos, una mesa, un ropero y un refrigerador, que a su vez ella regaló a un vecino, después, entre compañeros de la profesora, la acusó de robo.

Sostener la amistad ha llegado a ser comprometedor para la docente, le llegó a ofrecer 50, 000 pesos por acostarse con ella, inclusive, le preguntó a su esposo cuánto quería por dejarlo pasar una noche a lado de su esposa.

Francisca Robles lo considera como un niño de 54 años, que sólo le interesa recibir y recibir sin dar nada a cambio; ya que no se compromete con nadie, a pesar de su edad, no tiene esposa, ni hijos; tenía una especie de compañera quien también es esquizofrénica, pero le asustó entablar una relación más profunda con ella.

“Es una carga emocional, física y a veces hasta económica. En ocasiones es aseado, pero muchas otras no, su casa está muy sucia, yo he entrado a ella, pero me salgo a los cinco minutos, porque huele horrible, no lava las sábanas de su cama. Él ve su vivienda limpia, pero en la realidad no lo está. Siempre debo recordar al amigo que fue, para poder tratar al amigo que es ahora”.

Cuando la especialista en Ciencias Políticas y Sociales lo conoció, era un joven como cualquier otro, con sueños, deseos de superación; pero llegó el día en que se transformó en otra persona completamente distinta. Dice que el aislamiento y su madre se convirtieron en sus compañeros, porque lo reprimía mucho, por complacerla, abandonó amigos, trabajo, hizo a un lado sus planes e ilusiones. Su mamá actuó como le dictó su corazón, lo cuidó al extremo hasta los últimos días de su vida, según menciona la Doctora. Seguramente nunca fue nada fácil hacerse cargo de un hijo con un padecimiento mental.

“Su madre tiene 15 años de muerta, pero él la mantiene viva para reprocharle, para culparla, de que lo hizo inútil, idiota”.

La Doctora Robles comenta que ve en ella a la figura materna perdida, también la percibe como un símbolo erótico con quien podría tener una relación amorosa; sin embargo, le ha dejado en claro, tratándolo siempre con respeto y mucha tolerancia, que sólo es una amiga.

“Es una enfermedad muy difícil de entender, de lidiar, honestamente, sólo convivo con él, una vez al mes por teléfono. Dos veces al año, compartimos dos comidas, una en su cumpleaños y otra en el mío, pero cuando puedo ‘safarme’ de la mía, lo hago. Me le escapo porque no me gusta estar con él, me persigue, de pronto me acosa, me llama varias veces al día”.

Sergio en algún tiempo, por la necesidad de compañía y aceptación, se rodeó de malas amistades que lo indujeron al alcohol, a las drogas, lo incitaban a apostar en juegos de azar para ganarle su dinero. “Ha tenido relaciones con mujeres de la calle y me llama por teléfono para avisarme, alguna vez una mujer de éstas le vació la casa”. La profesora le ha enseñado a protegerse de malas compañías, lo aconseja e intenta en cierta forma, hacerlo valer para que no se aprovechen de él, pero no es suficiente, porque su enfermedad propicia el abuso de quienes lo rodean.

“Mi familia sólo piensa que es una buena obra de mi parte, manejo las circunstancias, como un amigo enfermo de la mente, a quien ayudo porque soy su amiga. Le pido respeto para él. Mis hijos no lo aguantan, mi esposo tampoco”.

A pesar de los problemas que le causa sostener la amistad con Sergio, Francisca Robles ha estado ahí para ayudarlo. Lo acompañó durante la muerte de su madre y también en el momento cuando lo operaron de la vista, incluso un día se hizo pasar por su esposa para que le enviaran unos muebles. “Me hace sentir bien aguantarlo, aceptarlo y tolerarlo. Lo siento como mi amigo niño, de mi niña interna que no desprecia a nadie”.

Esta situación se sale por completo de la voluntad de los dos, por más que lo intentaran, no podrían hacer a un lado este sufrimiento mutuo; es indeleble a sus vidas, a menos, que la Doctora decidiera darle la espalda, sólo así, ella se deslindaría; pero Sergio, de ninguna otra forma lograría desaparecer el dolor, la única manera sería estando muerto, como tantas veces lo ha deseado, para liberarse de su tormento.

El suicidio, la puerta de escape

“Siempre he sido agresiva, grito, aviento cosas, le pego a mis familiares, a mí misma. Cuando me empiezan las crisis, siento una ansiedad incontrolable; entonces, me pego, le pego a los demás, salgo corriendo. Preferiría morir en esos momentos, antes de experimentar esas sensaciones”.

Paola Franco Mora, tiene 26 años y fue diagnosticada como bipolar a los 21. Ella es de piel morena, su antebrazo está repleto de cicatrices, producto de todas las veces que con propia mano se ha cortado. Usa pupilentes verdes, su mirada refleja desconcierto, quizá un poco de angustia. Su cabello es medianamente largo y lacio, no es obesa, pero sí tiene algunos kilos de más, es de estatura media. Se le percibe distraída, da la impresión de no estar escuchando cuando le hablas.

Estudió Publicidad en el Centro de Estudios Universitarios de Periodismo y Arte en Radio y Televisión (PART), logró terminar la licenciatura porque, como ella misma dice, los maestros fueron piadosos, ya que el último año casi no asistió a clases.

A pesar de contar con una carrera, su enfermedad no le ha permitido ejercerla, tampoco ha podido desempeñarse cabalmente en los trabajos: “laboré dos años en el aeropuerto y mis compañeros me decían Heidi, porque según ellos se me iban las cabras al monte. Era muy doloroso para mí, y pues... ¿Cómo le explicas a los demás que tienes bipolaridad?, no te entienden o sencillamente no les interesa”.

Paola considera que su primera crisis la vivió a los 18 años, era verano y de repente le vino una tristeza inmensa que le duró dos meses, la depresión coincidió con la pérdida de un ser querido; lo cual, agravó aún más la situación. No se bañaba, dormía todo el tiempo, su autoestima estaba por los suelos, se sentía obesa y dejó de comer.

“Cuando estoy en manía me comporto agresiva, destructiva, así como Taz, el Demonio de Tasmania, (dibujo animado, creado por la *Warner Brothers*, presentado en la serie *Looney Tunes*, caricatura diseñada por la misma compañía- que se caracteriza, por ser una especie de animal, parecido a un lobo, con una cabeza de tamaño desproporcionadamente más grande que su cuerpo, posee grandes colmillos y al caminar se desliza como si fuera un torbellino, el cual, a su paso todo lo destruye) cuando estoy bien, pues soy alegre, me intereso por los demás, pero cuando estoy mal, hablo mucho, no me quedo quieta, no duermo, me lleno de ansiedades”.

A la edad de 21 años comenzaron los intentos de suicidio, en su lista se le han acumulado tres. Los dos primeros fueron a través de cortadas más profundas en su antebrazo y sobredosis de pastillas; pero éstas no surtieron el efecto deseado, porque eran las mismas que desde hacía tiempo estaba tomando, entonces lo único que le ocasionaron fue un profundo y prolongado sueño. El tercero, con un cuchillo pretendió cortarse las venas ante la presencia de su novio, pero él se lo impidió.

Por la desesperación que le causa la ansiedad, ha llegado a salirse de su casa, caminar sin rumbo y de pronto aparecer en Pachuca, Querétaro, Tlalnepantla; sin tener ni la más mínima idea de cómo llegó a esos lugares. En alguna ocasión, estuvo a punto de ser violada, en otra, atropellada. Ha golpeado a su madre, a su sobrina de cuatro años, su novio también ha corrido con la misma suerte, además, lo ha perseguido, amenazado y acosado.

Al mes de conocerlo, se fue a vivir con él, después de dos años, simplemente un día decidió que ya no quería estar más con su pareja y lo abandonó. De repente le surge una inmensa necesidad de comprar o de gastar dinero, entonces pide prestado, roba; un día sacó tarjetas de crédito y en ese mismo instante consumió todo el crédito de ellas.

También a Paola la han perseguido voces, sombras, su propia voz le ha susurrado al oído: “mátate, eres una inútil, hazte daño”. Su olfato ha percibido olores inexistentes. A pesar de estar en tratamiento, las crisis se presentan y cada vez van en aumento, son más frecuentes e intensas, y cuando todo parece estar bien, vuelve a recaer.

Es tal su deseo de poder tener una vida estable, equilibrada y sin altibajos extremos, de ser feliz; que hace todo por estar cuerda, toma cualquier cantidad de medicamentos, no bebe alcohol, no fuma, ni consume café, ha ido con curanderos, reza, cada mes va a la iglesia y recibe un aceite elaborado para curar a los enfermos.

“Esta enfermedad me vino a destruir la existencia, la sociedad me juzga, porque físicamente me ve bien y me cuestiona de por qué no trabajo, eso no lo tolero. Tengo 26 años y no he hecho nada, mi vida no es vida. Mi hermana, sólo terminó la prepa y tiene una casa, una hija, un trabajo, solvencia económica, a mí me siguen manteniendo mis padres, lo cual me molesta demasiado”.

Al parecer, los psiquiatras no hacen mucho por Paola, porque se siente igual o peor, se somete a cuanto tratamiento le indican, pero nada le ayuda. Ha perdido amigos, su familia duda de su enfermedad, cree que sólo trata de llamar la atención, de chantajear.

Ella, define su vida como un infierno. Varias veces ha deseado dejar de existir y quedan de testigos mudos sus marcas en los antebrazos de sus intentos de suicidio. Aconseja a quienes pasan por una situación similar, que se informen y atiendan, porque el sufrimiento causado por esta terrible enfermedad, desencadena una muerte en vida, lenta y dolorosa.

¿Esquizofrénico o bipolar?

Martín Vladimir Conde Franco, es un joven de 29 años, casi egresado de la Facultad de Derecho de la UNAM y digo casi, porque su enfermedad le ha impedido acreditar algunas materias. Es alto, ligeramente pasado de peso, de piel morena, tiene varios atractivos lunares en el rostro, posee una enorme y contagiosa sonrisa, su mirada no dice mucho, es apagada, denota cierta tristeza, quizá hasta indiferencia. Despide un fuerte olor a tabaco, ya que fuma uno tras otro cigarro. Su cabello aunque corto, se nota ondulado. Al hablar no puede dejar de mover alguna parte del cuerpo.

Desde los 16 años Martín percibió cierto desajuste en su estado de ánimo. Sin razón aparente, se sentía a veces triste, a veces con mucha energía. Tanto su familia, como él mismo, atribuían los intempestivos cambios de humor a la adolescencia. Durante algunos períodos, se obsesionaba por obtener buenas calificaciones, por ejercitarse, pero de pronto, todo ese ímpetu desaparecía y caía en depresión.

La cúspide de su inestabilidad, la alcanzó a los 24 años, con un cuadro de insomnio que se prolongó durante dos meses, este trastorno del sueño, provocado por una manía con síntomas psicóticos, lo orilló a visitar el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvares del sector salud. En aquel tiempo, los psiquiatras de esta institución, atribuyeron los síntomas a un brote psicótico; sin embargo, por consejo de algunos conocidos, se puso en manos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y fue ahí donde lo diagnosticaron con Trastorno Esquizoafectivo Tipo Bipolar (trastorno mental que comparte síntomas de la esquizofrenia, sin serlo, con los del TBP. INPRFM, 2007).

Entre el 2002 y el 2005 tuve una serie de vaivenes maníacos y depresivos muy leves, también experimenté fuertes períodos de hipersexualidad; es decir, si me gustaba una chica, sin medir las consecuencias tenía relaciones con ella. Tuve alucinaciones visuales y auditivas, veía estrellas de colores a mi alrededor, oía a Dios que me ordenaba dar un mensaje de

fe y confianza en el colegio donde estudié secundaria y preparatoria; además, de la nada comenzaba a reír sin parar.

Los síntomas de su enfermedad, lo alejaron de la escuela, del trabajo, hizo a un lado sus planes, sus metas. Lleva cuatro años sin novia. En comparación con años atrás, ahora casi no sale, se la pasa ayudando en las labores del hogar. Sus obstáculos a vencer, se resumen a no desvelarse, mas que en ocasiones especiales, Navidad, Año Nuevo; levantarse lo más temprano posible; para él, nueve o diez de la mañana. Tomar sus medicamentos a tiempo, porque sabe que sólo estando estable, podrá alcanzar otro tipo de retos.

Aunque su enfermedad le dio un giro completo a su vida, lo obligó a abandonar sus ocupaciones e incluso lo estimuló a quitarse la vida con una sobredosis de medicamentos, que por fortuna sólo terminó en un lavado de estómago. Vladimir, siente que no perdió el tiempo en los últimos años, él lo asimila como una inversión en su salud, piensa que Dios lo dotó de inteligencia, ciertas capacidades y herramientas para superar los obstáculos.

Según él, sólo es cuestión de adaptarse. A diferencia de Paola, Martín reconoce a los psiquiatras como las personas quienes lo han sacado adelante, advierte que gracias a ellos, ha manejado su enfermedad con responsabilidad, por ejemplo, en cuanto su familia comienza a notar alguna señal de alarma, lo lleva de inmediato al doctor y accede a ir sin ninguna resistencia.

“Ahora mi mayor problema es encontrar un trabajo, pero aún no he hecho nada por buscarlo. Me siento apto para comenzar una nueva vida laboral, con la capacidad de manejar una jornada de trabajo y el estrés que ésta genere”.

Como sucede con varios bipolares, Martín también experimentó los impulsos de gastar y comprar cosas, se endeudó con 40,000 pesos, cantidad que hasta la fecha no ha podido pagar. Se compró ropa, gastó en citas con mujeres, en su mente, se convirtió en un supuesto magnate muy importante al cual le sobraba el dinero; posteriormente, cuando la depresión llegó, sintió un terrible remordimiento por haber despilfarrado el dinero.

Actualmente este joven le surgieron las ganas de comenzar de nuevo, a sus 29 años, tiene el deseo de retomar su vida laboral, quizá recuperar aquel empleo al cual tuvo que renunciar hace más de cinco años. Si la enfermedad no lo hubiera sorprendido, a estas alturas, considera, tendría una carrera terminada, un trabajo estable, experiencia profesional, estaría ganando bien, contaría con un patrimonio, ya sea un auto o un departamento, no tendría estos kilos de más y su vida sentimental y social sería otra.

“Siento que invertí cinco años de mi existencia en una enfermedad a la cual no podía darle la espalda, no podía darme el lujo de ignorarla, invertí en lo más importante, en mi salud”.

Mi deseo de ser madre, se esfumó

“Todo empezó, cuando no podía conciliar el sueño, dormía alrededor de tres horas por día, a las cuatro de la mañana ya estaba levantada, haciendo cualquier cantidad de actividades. Me la pasaba platicando con mis amigas, hablaba, comía y pensaba rápido”.

Nora Genoveva Ortega Avitia tiene 40 años y también es bipolar. La diagnosticaron hace dos años. A primera vista, su aspecto es el de una mujer casada; sin embargo, es soltera y no tiene hijos. Cuenta con un rostro que despierta una indescriptible ternura, a pesar de su edad, se le percibe como el de una niña, fresca, ingenua, sin malicia. Su mirada refleja abundante tranquilidad. Es de estatura baja, su cabello es largo, negro profundo, abundante, rizado. Tiene un considerable sobrepeso. No da ninguna señal de que esté enferma, da la impresión de ser una mujer sana, sin problema alguno.

Vive en Tepoztlán, Morelos, es comerciante independiente, se dedica a la venta de artículos femeninos, cosméticos, accesorios, bolsas, “chácharas” como ella les llama. En el 2005, por propio pie, fue a dar al INPRFM, porque sufrió un fuerte episodio de manía.

Estaba “acelerada”, dormía poco, hablaba y pensaba muy rápido; se le venían a la mente miles de ideas para innovar su negocio. Durante ese período, a toda costa quería inyectarle capital a su fuente de trabajo, dejar de ser ambulante y conseguir un local regular, entonces pidió prestado, se endeudó con 20,000 pesos. También organizó una excursión a Acapulco, pero no llenó el camión y solicitó otros 15,000 para salir del apuro. Por otro lado, agredió verbal y físicamente a su hermana, además, a su padre. A él, le gritó, reprochándole que no sabía amar, que no tenía corazón, deseaba arrancárselo, para conseguirle uno nuevo.

Una noche comenzó a llorar y a llorar, su llanto despertó a su madre, quien le preguntó la causa de sus lágrimas. Nora, sin poder parar de sollozar, le decía que se sentía frustrada, por no ser independiente, por no tener esposo ni hijos, fue tan fuerte el sentimiento, que de pronto, sintió un intenso dolor en el brazo, la desesperación se apoderó de ella, pensó que en cualquier momento le daría un infarto. El temor, la hizo reaccionar y respirando profundamente, ella misma se fue tranquilizando poco a poco.

“No sé si fue el mismo día cuando golpeé a mi papá, sólo recuerdo que también me le fui encima a mi cuñado y cuando reaccioné, salí corriendo de casa. La pasé deambulando en la madrugada por las calles, quería encontrarme con un chico quien me gustaba mucho, porque el apetito sexual lo traía a flor de piel”.

Nora se sentía como en una obra de teatro, en donde veía representadas en su familia, a gente que le había hecho daño; por ejemplo, su mente le hacía ver la figura de una tía quien no siente ningún afecto por Nora, en el cuerpo de su hermana, entonces a ésta, le gritó en repetidas ocasiones que se alejara de ella, que era mala y en un momento de desesperación, la tomó de los cabellos para arrodillarla, porque quería que le pidiera perdón. También hubo una ocasión en la cual, se sintió la más pura, la más virginal, se creyó un ángel que Dios había enviado para salvar al mundo.

“Frente a mi casa, hay un hospital y un día llegó ahí una chica porque estaba bajo los efectos de las drogas, entonces, yo fui a verla y comencé a regañarla, como si fuera su madre; además, la abofeteé, entonces un policía intervino y a él lo agredí tomándolo de los genitales y fui a parar a la presidencia municipal”.

Cuando la depresión tocó la puerta de Nora, ella, se había salido de su casa, rentó un departamento, porque quería ser independiente, pero estando sola, la tristeza se apoderó de su ser, quiso escapar de ella quitándose la vida. Lo tenía todo planeado, tan sólo abriría la llave del gas para envenenarse, pero no tuvo el valor, la detuvo la imagen de su padre viendo el cuerpo sin vida de su hija, yaciendo en el piso; además, tampoco deseaba heredarle sus deudas.

En la actualidad, Nora está completamente estable, la supervisión y atención de los psiquiatras del instituto le han dado mucha seguridad, se siente conforme con su enfermedad, sabe que aunque la padezca, es capaz de controlarla. No la considera como un impedimento para ser feliz; tal vez lo único que le arrebató, fue la ilusión de poder ser madre, porque si antes tenía albergado el deseo de serlo, ahora está completamente convencida de que no debe.

Llanto incontenible, inconsolable, angustia, desesperación, ansiedad, confusión, remordimiento; todos estos sentimientos y otros además, se concentran, adhieren y almacenan en la existencia de un paciente bipolar. Son incontables las sensaciones desagradables, indeseables. Un infierno, una pesadilla, un calvario, un castigo, un túnel sin final; son las palabras con las cuales, los enfermos intentan ilustrar su padecer.

El temor de recaer siempre está latente, porque cuando todo parece estar regresando a la normalidad, de improviso comienza de nueva cuenta el martirio; la tortura, tan lenta, cruel y dolorosa. No por nada los intentos y los suicidios consumados, están a la orden del día dentro del mundo bipolar.

Estar contento o triste es un peligro, puede ser una señal de alarma, no se sabe exactamente cuándo es sólo felicidad y cuándo ya es un síntoma. ¿Cómo identificar los estados de ánimo alterados, de los “normales”? Quizá quien ya está familiarizado con la enfermedad, los advierte de inmediato, pero los primerizos, los desinformados, ¿cómo hacen para darse cuenta de que algo anda mal?

3.2. Lo Inevitable, los Fármacos

Invariablemente, el TBP es un padecimiento mental, crónico e incurable, que únicamente puede ser controlable. Necesita ser atendido por especialistas, en este caso, los psiquiatras son los encargados de brindar la ayuda médica. Los pacientes bipolares están expuestos a padecer severos episodios tanto de manía, como de depresión; por ello, es indispensable controlar, la frecuencia e intensidad de los síntomas, evitar los internamientos y brindar calida de vida.

Gracias a la medicina actual es posible mantener a un paciente bipolar en un estado de eutimia, como se había mencionado con anterioridad, la eutimia es considerada por los psiquiatras como la estabilidad del enfermo, durante ésta no hay presencia de síntomas que indiquen la aparición de períodos de manía o depresión.

Los medicamentos (*vid. infra.* p. 119) utilizados en el tratamiento del TBP son conocidos como estabilizadores del ánimo, ya que ayudan a alcanzar la eutimia. Se combinan durante las crisis más fuertes de depresión y manía, con antidrepresivos y antipsicóticos o neurolépticos; respectivamente, aunque éstos últimos, también se utilizan en episodios de depresión que presentan síntomas psicóticos (alucinaciones visuales, auditivas, olfativas; paranoias). Además, si el paciente lo requiere, se le administran benzodiacepinas (fármacos para controlar el insomnio, la ansiedad y la angustia, INPRFM, 2007).

Así como los medicamentos, la psicoterapia y la psicoeducación (información acerca de la enfermedad) es muy importante para un tratamiento integral; la cooperación del paciente es indispensable, ya que debe mantener un patrón de sueño estable, evitar estresores ambientales, sean positivos o negativos, apegarse a la toma de los medicamentos, no consumir sustancias como el café, el cigarro, el alcohol, las drogas; asimismo es básico identificar con anticipación señales de alarma.

De acuerdo con Dupont, 2006 para establecer un tratamiento efectivo en el paciente bipolar se deben ser considerados los siguientes aspectos:

- **Desarrollar una evaluación diagnóstica.** Es preciso un acertado diagnóstico, debido a que la enfermedad evoluciona de diversas formas, sus síntomas son cambiantes.
- **Evaluar la seguridad de los pacientes y su entorno, y determinar el establecimiento del tratamiento.** Es de vital importancia monitorear al paciente, ya que existe un alto riesgo de suicidio durante los episodios depresivos. La hospitalización es primordial, cuando la integridad del enfermo y de quienes lo rodean está en peligro, hay consumo de sustancias y/o se presentan síntomas psicóticos.
- **Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica.** El objetivo es brindarle al paciente entendimiento sobre su enfermedad, para que aprenda a vivir con ella y sepa manejarla.
- **Monitoreo de la respuesta terapéutica.** La supervisión clínica no debe faltar, porque en ocasiones el paciente tiene ideas erróneas sobre todo durante los períodos maníacos) y comienza a modificar su tratamiento.
- **Proporcionar educación al paciente y a su familia.** Toda la información posible sobre el padecimiento, es de gran ayuda para el paciente y los familiares, ya que con ella pueden identificar señales de alarma y también tienen la posibilidad de saber qué hacer en una emergencia.
- **Reforzar apego al tratamiento.** Cuando un paciente se siente bien, es muy común que abandone los fármacos, lo que propicia recaídas. También influye mucho la situación económica, ya que los medicamentos son costosos.
- **Promover la detección de factores estresantes y regularizar patrones de actividad e higiene del sueño.** Es importante evitar situaciones estresantes a nivel familiar, laboral y social; porque éstas pueden detonar episodios de manía o depresión. Los estados de sueño – vigilia deben ser regulares, para que no ocasionen un desequilibrio.

3.2.1. Medicamentos

Como sucede en cualquier otra enfermedad, el paciente y quienes lo rodean, deben tomar conciencia de los medicamentos que se convertirán en los acompañantes durante la lucha en contra del TBP. A continuación haré mención de algunos de los fármacos recetados cuando se hace presente el padecimiento en un sujeto.

El tratamiento básico para atacar la enfermedad, está compuesto por los llamados, estabilizadores del ánimo (anticonvulsivantes), el Litio; los antipsicóticos o neurolépticos, los antidepresivos, y en casos muy específicos, el Tratamiento Electro Convulsivo (TEC electrochoques) y como complemento, también se utilizan las benzodiazepinas.

El objetivo de la medicación, es el de neutralizar los síntomas durante las crisis maníacas, depresivas, mixtas, hipomaníacas, psicóticas y posteriormente, proporcionar estabilidad emocional.

La utilización de los anticonvulsivos como estabilizadores, no significa que los bipolares padezcan epilepsia, simplemente se ha comprobado que son excelentes para atacar los vaivenes del ánimo. Por otro lado, los antipsicóticos o neurolépticos, no son de uso exclusivo de los pacientes que manifiestan síntomas psicóticos, es decir, aquellos que demuestran pérdida de la realidad, porque también se emplean para combatir la inestabilidad anímica.

En el caso de los antidepresivos, éstos deben ser administrados en pacientes bipolares bajo un estricto control, porque pueden disparar una hipomanía o una manía.

Cualquiera de las opciones utilizadas en el tratamiento del TBP, inevitablemente causan efectos secundarios, la agresividad de éstos va a depender de cada individuo. En el caso de que sean insoportables, o estén alterando peligrosamente el funcionamiento del organismo, es indispensable modificar las dosis o los medicamentos.

En el siguiente cuadro se desglosan por grupos los medicamentos utilizados en el combate en contra del TBP, en los Anexos de este trabajo, se brindará una explicación más amplia al respecto de estas sustancias, con base en la información recabada durante el curso psicoeducativo que impartió el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente Muniz, la consulta de libros especializados y también de algunas referencias de la Red.

Como sucede en cualquier tipo de enfermedad, el apego al tratamiento es básico; sin embargo, los mismos síntomas de la bipolaridad incitan al paciente a no llevarlo de manera constante y correcta, lo cual agudiza la enfermedad y provoca recaídas más recurrentes y con mayor fuerza.

En ocasiones sólo varias recaídas y el dolor que éstas causan hacen que el sujeto haga conciencia de su enfermedad.

Cuadro 5. Grupo de fármacos empleados en el tratamiento del Trastorno Bipolar		
Grupo	Sustancias	Efecto Terapéutico
Estabilizadores del Ánimo (Anticonvulsivantes)	<i>Clásicos:</i> Valproato, Carbamazepina. <i>Nuevos:</i> Lamotrigina, Topiramato, Oxcarbazepina, Levetiracetam	Proporcionan estabilidad anímica. Ayudan a que la duración y la frecuencia de los episodios no sean tan prolongadas y continuas.
Litio	Carbonato de Litio	Se emplea también como estabilizador del ánimo. Embiste síntomas de manía y depresión.
Antipsicóticos o Neurolépticos	<i>Típicos:</i> Haloperidol, Perfenazina. <i>Atípicos:</i> Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona, Aripiprazol, Risperidona.	Los dos tipos tienen como objetivo combatir los síntomas psicóticos, sin embargo, los típicos causan mayores efectos secundarios y los atípicos, además de controlar este tipo de síntomas, también se utilizan para nivelar el estado de ánimo y no son tan agresivos.
Antidepresivos	Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Venlafaxina	Su uso es exclusivo en los episodios muy severos de depresión, y cuando no existe respuesta por parte del paciente a los estabilizadores del ánimo.
Tratamiento Electro Convulsivo	TEC (Electrochoques)	El efecto terapéutico es inmediato, se utiliza principalmente en pacientes embarazadas, cuando existe riesgo de suicidio y cuando no hay respuesta al tratamiento farmacológico.
Benzodiazepinas	Clonazepam, Alprazolam, Lorazepam, Bromazepam	Son complementos del tratamiento, éstas, atacan la ansiedad, la angustia y el insomnio. Facilitan el control de la manía, porque poseen un efecto relajante.

Fuente: Curso Psicoeducativo, 12 de junio de 2007.

3.2.2. Control Maníaco

Transitar por un episodio maníaco o mixto, llega a ser altamente peligroso, tanto para el paciente, como para terceros. Durante este período, el paciente puede comportarse agresivo, irreverente, amenazante, incrédulo ante la situación de que algo anda mal en él; por lo tanto, es indispensable controlarlo inmediatamente con fármacos, pero, cuando el grado de peligrosidad llega a ser alto, el enfermo debe además, ser internado.

El tratamiento farmacológico inmediato para un paciente que presenta un episodio maníaco severo, consiste en la administración de Litio o Valproato de Magnesio más un antipsicótico; cuando los síntomas no son lo suficientemente fuertes, con la utilización de la monoterapia (un solo medicamento), ya sea Litio, Valproato o un antipsicótico, es suficiente.

En caso de intolerancia o resistencia al tratamiento, se utiliza la Carbamazepina, la Oxcarbamazepina o también puede considerarse el TEC. Con anterioridad, se ha mencionado en cuáles circunstancias es viable esta última opción, y como explicó una doctora de la institución, los electrochoques, no son con se pintan en las películas, simplemente se adhieren electrodos en puntos estratégicos de la cabeza y se dan descargas equivalentes a la energía que genera una pila convencional.

3.2.3. Control Depresivo

Un episodio depresivo implica altas posibilidades de tener un desenlace fatal. Durante esta etapa, el paciente alcanza un estado abrumador de tristeza, inconformidad, desánimo, desilusión y desesperanza; el cual llega a ser tan insoportable, que puede orillar a tomar la decisión de quitarse la vida. Como se mencionó en el Capítulo 1, el 15 % de los bipolares comete suicidio durante la fase depresiva (Huesca, 2005).

La variedad de depresiones obstaculiza un adecuado diagnóstico, porque, por ejemplo, se asentó con anterioridad, entre el 50 % y el 75 % de los bipolares, debutan con un episodio depresivo y éste comparte la mayoría de los síntomas con el Trastorno Depresivo Mayor o Depresión Monopolar (*vid. supra*, p. 25).

Por lo tanto, el tratamiento de primera instancia que los psiquiatras eligen para atacar los daños ocasionados por dicho trastorno en el ánimo del paciente, son los antidepresivos; los cuales, –tratándose de un bipolar– pueden desencadenar una hipomanía o una manía. En cuanto a éstas, sólo pueden confundirse entre sí y el tratamiento es el mismo para ambas. No obstante, en el caso de la depresión, existen varias tipologías, por lo que es de vital importancia diferenciar un trastorno depresivo de otro, para adecuar el tratamiento a las exigencias de cada uno y no favorecer el brote de una hipomanía o una manía.

Como en el caso de la manía, en la depresión, el tratamiento base se compone de anticonvulsivantes, antidepresivos y/o el TEC. Los estudios relacionados con los fármacos utilizados durante los episodios depresivos, arrojan que aquellos que han brindado mejores resultados en el control de los síntomas de la depresión bipolar, han sido el Litio, la Lamotrigina y la Paroxetina; sin embargo, aún son escasas las investigaciones al respecto y la poca eficacia y seguridad de los medicamentos existentes para contrarrestarla, entorpecen el trabajo de los psiquiatras al momento de elegir cuál es el tratamiento idóneo.

En resumen, no se ha cubierto la urgente necesidad clínica de contar con una gama de fármacos, que cumplan con los parámetros de efectividad apropiados para neutralizar de manera rápida y contundente los síntomas característicos de la depresión bipolar.

Existe una absoluta contrariedad entre los síntomas de la manía y la depresión, y si a lo anterior se le agrega, la ansiedad, la angustia, los trastornos del sueño; entonces se torna aún más difícil la lucha en contra de la bipolaridad. El ajuste adecuado de los medicamentos y las dosis, son indispensables, para alcanzar y mantener la eutimia; es por ello que, el monitoreo y supervisión de las reacciones del paciente son imprescindibles y son responsabilidad de este último y del psiquiatra tratante.

3.3. ¿Y... si Dejo Los Chochos?

Hasta la fecha, el único método comprobado científicamente para controlar el TBP es el de los medicamentos, es importante recordar que la acción de éstos, no es inmediata, sino a largo plazo; actúan de distinta manera en cada organismo, provocan una variedad de efectos secundarios indeseables, algunos pasajeros, otros graves, unos no tanto y su efectividad, va a depender de factores diversos.

“El porcentaje de personas que no maneja adecuadamente su tratamiento es muy alto, el 50 % de los pacientes, lo abandonan al año de inicio, 7 de cada 10, lo dejan en algún momento de su vida y 9 de cada 10 renuncian a él, por períodos prolongados” (INPRFM, 2007). Las distintas desventajas de la toma de fármacos, invitan al enfermo a dejarla de lado, lo cual provoca las constantes recaídas.

Existen tres distintos tipos de inadecuado apego al tratamiento, estos son: total, el paciente no se toma el medicamento, mucho menos va a las consultas, selectivo, algunos eligen qué medicamentos ingerir y en qué cantidades y otros sólo deciden tomarse las medicinas sin asistir a su cita con el psiquiatra.

Los mitos

Alrededor de los fármacos gira una serie de mitos relacionado directamente con la desinformación. Si bien es cierto que el paciente debe desarrollar una especie de ojo clínico capaz de identificar síntomas de alarma, también es seguro que, de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia tiene la facultad para automedicarse.

Con base en la información proporcionada en el curso psicoeducativo, las siguientes frases son consideradas como clásicas en el vocabulario del paciente bipolar propenso a abandonar su tratamiento:

“Si me tomo el medicamento, sólo cuando me siento mal, es suficiente”, los estabilizadores del ánimo garantizan largos períodos de equilibrio anímico y mejorías en la calidad de vida, pero son de acción lenta; por lo tanto, los resultados favorables que pueden llegar a mostrar, sólo se verán reflejados después de un tiempo considerable.

“Tomar medicamentos no sirve de nada, yo he tenido recaídas aún con el tratamiento”, la probabilidad de sufrir un episodio, no desaparece nunca, pero es mucho menos probable en pacientes medicados.

“La hipomanía es buena y permitida”, algunos pacientes la consideran saludable porque le suministra una sensación de bienestar, pero la mayoría de las veces, la hipomanía se convierte en la antesala de la manía. Se siente bien, es agradable, sin embargo, las consecuencias pueden ser desastrosas.

“En la manía me vuelvo más productivo, creativo y soy más divertido”, durante un período de manía, la sensación de bienestar es tal, que los pacientes piensan en él, como una oportunidad de poseer mejores ideas, ganar más dinero, ser más creativos, ágiles, superiores e inteligentes; pero la realidad demuestra, con base en estudios científicos, que cuando se está en manía, la atención se torna tan dispersa, hay tantas ideas, tantos proyectos por realizar; que difícilmente se logra concretar lo pensado. La verdadera creatividad y productividad, sólo se alcanza cuando se está estable.

“Los medicamentos son malos”, con respecto a los fármacos, se cree que: no son sanos, causan dependencia, se convierten en una esclavitud y los efectos secundarios son insoportables; entonces, es muy común que los pacientes desconfíen de ellos y por consecuencia los dejen de lado. En relación a los síntomas secundarios, son una importante causa de abandono, pero no la más representativa y existen dos variedades: los reales, efectivamente provocados por las sustancias y los psicosomáticos (transformación de un problema de tipo emotivo, en un síntoma orgánico o funcional, Dicc. de psicología); sin embargo, muchos de éstos, son temporales, controlables, a través del ajuste de las dosis y la mayoría son tolerables.

Otros factores que impulsan al paciente para dejar sus medicamentos son: la reciente noticia de que es bipolar, lo cual, acentúa el enojo provocado por el diagnóstico y la negación de la enfermedad; por último, la adhesión a la sensación de bienestar proporcionada por las hipomanías y manías impulsa el deseo de seguir experimentándolas.

“Estoy loco, los demás se asustan cuando se enteran que soy bipolar”, la carencia de información relacionada, en general con las enfermedades mentales, promueve la ignorancia, el miedo y la desconfianza. Padece un trastorno psiquiátrico, en las esferas sociales, es sinónimo de locura; esta situación provoca vergüenza, inseguridad y baja autoestima en el enfermo. Las grandes masas están acostumbradas a estigmatizar este tipo de padecimientos, lo cual, le impide al paciente aceptar su enfermedad y al mismo tiempo rechaza el tratamiento.

Dejar el tratamiento, se relaciona con mayor número de recaídas y hospitalizaciones. Hasta 50 % de los enfermos que renuncian a los medicamentos recaen; además, conforme pasa el tiempo, el trastorno sigue empeorando, y el riesgo de suicidio va en aumento. Otro de los inconvenientes, es que si al principio, determinado fármaco funcionaba, cuando éste se hace a un lado y después se pretende retomarlo, su efecto terapéutico ya no resulta como en un principio, lo cual implica cambiarlo por otro más fuerte. En ocasiones el paciente intercambia las medicinas, por alcohol y/o drogas y justifica que con ellas, logra calmar su ansiedad o eliminar su depresión (INPRFM, 2007).

Para que cualquier tipo de tratamiento funcione, la clave está en la constancia y el apego a él; también, seguir las indicaciones de los especialistas favorece la adecuada evolución del mejoramiento del paciente. Las terapias alternativas son válidas, ya sean religiosas, espirituales; siempre y cuando no impliquen dejar de tomar los fármacos.

3.3.1. Alternativas Terapéuticas

Si bien es cierto, que es indispensable llevar un control farmacológico-psiquiátrico adecuado, también es vital poner atención en los, como se diría en esta era tecnológica “virus” que asedian y afectan el correcto funcionamiento del “disco duro” de los humanos; es decir al cerebro. Y con “virus” me refiero a todas y cada una de las circunstancias negativas, ya sean sociales, económicas, familiares, de pareja, profesionales, personales; que generaciones y generaciones han sido presas de ellas y que además, han adoptado erróneamente como “normales” o peor aún “naturales”.

Natural es que una hembra, defiende con pezuñas y dientes a su cría de un depredador como una leona. Pero es antinatural que una madre le suelte una bofetada a su hijo pequeño porque está “insoportable” y la perturba cuando está conversando con la vecina.

Quién no ha escuchado las siguientes frases: “déjala, las mamás son así”, “la vida es difícil, nada es fácil”, “son sus hormonas”, “está en sus días”, “es que es mujer”, “es que es hombre”, “es que es bipolar”, “es que está idiota”, “es que está loco”, “es que está loca”; en fin no acabaría.

La realidad es que todas ellas comparten una variable son: VIOLENTAS. Algo que siempre he defendido, y a lo largo del tiempo, he estudiado, he reflexionado, he aprendido y he constatado, en teoría y en la práctica; es que a diferencia de la agresividad, que es ésta atávica, inherente a toda clase de ser vivo que intenta defenderse de una amenaza; la violencia se aprende, se practica, se hereda y se promueve en todos los sectores, para donde se voltee y es propia de los seres humanos.

En mi opinión, ese sería el cáncer por antonomasia causante de las miserias humanas. Por tanto considero es insuficiente combinar fármacos con consultas. Es imprescindible darle cuidado al cuerpo, mantenimiento a la mente, entusiasmo al alma y alimento al espíritu.

Porque como se dice comúnmente: “entre que son peras o son manzanas”; es decir, mientras se ponen de acuerdo en cuanto a que si somos o no seres humanos dotados no solo de polvo de estrellas, sino que además nos acompaña, para el entendimiento filosófico-religioso, el alma; para la psicología una consciencia y para la

metafísica el espíritu; personalmente me inclino hacia los cuatro planos o los cinco o por qué no, a todos los posibles.

Existe ene cantidad de opciones para brindarle alternativas de tratamientos integrales a una persona con un padecimiento, sea el que fuere. Es cuestión de buscarlas, de encontrarlas y muy importante de querer salir de ese estado enfermizo; evitar conformarse, habituarse, resignarse y sobre todo, aceptar a la situación perturbadora por la que se está pasando como “normal”.

Tengo conocimiento de terapias que combinan distintas corrientes de la psicología como es el caso de las ya mencionadas Constelaciones Familiares; incluida en esta última o por separado la Programación Neorolingüística (PNL), técnica comunicativa que sostiene existe una serie de creencias infundadas, erróneas y negativas, conscientes o inconscientes instaladas en la mente; las cuales interactúan en el individuo para la toma de decisiones asertivas o equivocadas en situaciones importantes de vida o vida cotidiana.

Sesiones terapéuticas en donde se manejan conflictos gestados en la infancia como el Taller del Niño Interior son sumamente reveladoras; para situaciones que afectan el desenvolvimiento en el entorno está el Taller de Autoestima; los Psicólogos, de una manera más general pero profunda auxilian en el desmenuzamiento de conflictos.

La medicina milenaria china puede de igual manera ayudar a encontrar la mejoría con la Acupuntura; el legado de los hindúes, practicado también por budistas y jainistas, el Yoga, además de que ejercita, vuelve a las personas más flexibles y no solo en el aspecto corporal, sino a nivel de toma de decisiones; enseña el arte de respirar *praná* que de acuerdo a los seguidores y promotores, es la energía vital adquirida a través de la respiración, aunadas a las diversas posturas de esta disciplina y a la meditación; en conjunto generan cura, paz, tranquilidad y sobre todo equilibrio.

Actualmente está en boga el *coaching* empresarial o de vida, en donde una serie de expertos y otros no tanto, enrolan a integrantes de una organización con fines productivos; o a personas con alguna problemática para deshacerse de todos aquellos malestares que están ahogándolas en distintos aspectos de sus vidas. El *coaching* intenta reprogramar los pensamientos alejando a los sujetos de la actitud y comportamiento de víctimas; para emprender el camino hacia la acción fructífera y creadora, a partir de la

cual logran materializan metas, objetivos, sueños y propósitos individuales y también colectivos.

Retomando el tema con el que di inicio a este apartado, es vital eliminar a la mínima expresión aquellas actitudes violentas: acciones, omisiones, pensamientos, palabras, hábitos; porque solo obedecen al dolor compartido que va y viene en un mar de remordimientos, reproches, frustraciones, culpas, odios, resentimientos y enfermedades; que invariablemente entorpecen, distorsionan, tergiversan los mensajes, por lo tanto la comunicación y finalmente el entendimiento entre quienes están involucrados.

Las técnicas para atacar una problemática son infinitas, es cuestión de aceptar que existe una situación que por sí misma necesita una atención especializada, concreta; es tan sencillo como cuando se avería en el hogar la lavadora, el boiler; el marido, la esposa intentarán arreglarlos, pero al final terminarán llamando al técnico o al plomero.

Es exactamente lo mismo cuando hay una enfermedad, se debe consultar a los especialistas y si no funciona uno, con otro y si tampoco, otro y otro, cuantos sean necesarios. Durante el camino emprendido siempre habrá aparentes aciertos y aparentes desaciertos, pero sin duda muchas respuestas; lo verdaderamente importante es dar pasos hacia adelante, evitar conformarse y quedarse con el “más o menos”, “no me gusta, pero es lo que hay”, “no hay de otra”; esas expresiones conformistas, mediocres, derrotistas; vienen de personas que prefieren su miserable círculo de seguridad porque “más vale malo por conocido, que bueno conocer” y prefieren sufrir y aceptar lo poco, pero seguro, a renunciar para arriesgarse por algo mucho mejor y abundante.

CONCLUSIONES

Cual interruptor de luz, el individuo se enciende o se apaga, así de rápido, así, en automático. Cualquier situación puede desencadenar su extrema alegría o su intensa tristeza, e incluso orillarlo a salirse de la realidad. Para la bipolaridad no hay límites, puede dotar al sujeto de facultades inimaginables, proveerlo de astucia, inteligencia, omnipotencia; o a la inversa, hundirlo en la incapacidad, paralizarlo sin la más mínima posibilidad de levantarlo de su lugar para hacerlo caminar.

La tristeza y el júbilo son, para muchos, estados de ánimo pasajeros que van y vienen, pero para los bipolares, llegan a convertirse en celdas que los atrapan y desconectan de lo posible. El Trastorno Bipolar es una enfermedad doblemente devastadora. Desborda la alegría convirtiéndola en peligrosa euforia y transforma a la tristeza en una profunda oscuridad que sumerge al sujeto en asfixiante sufrimiento, que sólo lo impulsa a querer desaparecer.

Sin lugar a dudas, el Trastorno Bipolar debería ser un tema de interés público y estar dentro de las prioridades de salud en nuestro país, al igual que las enfermedades de origen físico; sin embargo, como es el caso de otros padecimientos mentales, es tomado a la ligera, además, quien lo padece es constantemente criticado y tachado de “loco”.

A lo largo de esta investigación descubrí, entre otros elementos que, por ejemplo, existe cada vez más información sobre el trastorno y otros padecimientos mentales, pero no forman parte del conocimiento popular. Me atrevo a decir que hay cierta resistencia a creer en este tipo de enfermedades, sólo cuando alguien se topa directamente con alguna de ellas, se ve orillado a investigar e informarse.

Debido a la escasa difusión que las instituciones hacen de padecimientos mentales, no es común escuchar los términos psiquiátricos y sus inconvenientes; una tras otra vez se anuncia en los medios de comunicación campañas de salud y prevención de enfermedades físicas, pero poco se habla de la salud mental.

El paciente, los familiares, la sociedad, no tienen los elementos suficientes para enfrentar una enfermedad tan complicada como lo es el Trastorno Bipolar. Y como lo mencioné en la Introducción, el presupuesto destinado a la salud, contempla un porcentaje muy por debajo del necesario para contar con los recursos óptimos y adecuados para atacar este mal y otros además.

Basta con recordar la historia de María para darse una idea de cuán complicada puede tornarse la situación. Su enfermedad la mantuvo inconsciente, fuera de la realidad, ausente de sus deberes, en pocas palabras, aislada del mundo por más de un año. Sólo quienes convivieron con ella descubrieron el dolor ocasionado por verla en un estado psicótico, maniático, depresivo.

Si bien es cierto estoy sosteniendo una problemática mental con un cantidad importante de estadísticas, cifras, bibliografía, información institucional, testimonios; también es indiscutible que plasmo una perspectiva sociológica importante.

He tenido acceso a imágenes de tribus como los aimaras o los quechuas en la Amazonia de hace más de 50 años y me han dado pie para pensar en que esas personas alejadas de la “civilización” y que ciertamente tienen un promedio de vida de 42 a 50 años, considerablemente inferior al de un ciudadano del Distrito Federal, aproximadamente de 70 a 75 años; por ejemplo, me pregunto: fuera de las causas de muerte entre integrantes de estos grupos, por picaduras ponzoñosas, enfermedades provocadas por el clima, la vegetación, la actual contaminación; ¿Por qué ellos no desarrollan bipolaridad, esquizofrenia, psicosis, estrés, ansiedad, neurosis y demás desórdenes mentales?

Cuestionamiento del cual se desprendería otro trabajo igual o mucho más extenso que el propio; pero esa no es la intención.

Desde mi particular punto de vista, es más claro que el agua. Cuando una especie está en su hábitat rodeada y en contacto con la naturaleza, en un entorno del cual se genera la enfermedad sí, pero también la cura, de donde se obtiene una alimentación balanceada, a base de semillas, plantas, proteína; es cuestión de adaptación y supervivencia, en el sentido de que si un hombre no corre, se puede convertir en presa en vez de cazador.

En varias ocasiones lo he expresado, cualquier tipo de enfermedad entra por la boca y se cocina en la cabeza.

Este mundo exuberante, que alberga lo necesario para cubrir necesidades primarias, como la alimentación; ajeno a la propiedad privada, a las comodidades de, por ejemplo, un colchón que desde luego, ¿a quién con previa costumbre no le gusta llegar a

su alcoba y disfrutar de una cálida, confortable cama con resortes independientes y doble colchoneta afelpada?

Todo es relativo, creo ya se torna poco agradable pensar cuando hay que pagar la factura de las 24 incómodas mensualidades sin intereses con tarjetas de crédito participantes de esa apapachadora cama; deuda aliada de los otros interminables compromisos financieros que se deben solventar mes con mes: colegiaturas, energía eléctrica, agua potable, la mensualidad del coche último modelo, el iPhone 5, ah perdón, ese ya es obsoleto porque ya está a la venta el 6, créditos de vivienda, servicios médicos, seguros de vida; éstos le quitan el descanso, la tranquilidad, la salud y el sueño a cualquiera, por muy colchón sofisticado, costoso y con una tecnología ergonómica insuperable que se posea.

Una desbocada cantidad de seguros para salvaguardar la integridad física se ubica en el puntero, de ahí se desprende otra observación. Efectivamente, la esperanza de vida de un quechua es “más corta” que la de un mexicano; pero esa idea, creencia, pensamiento parte desde la perspectiva de una persona habituada a pensar que entre más larga sea una vida es mejor, no importa si la persona tiene: diabetes, hipertensión, sobrepeso, que ya le ocurrieron dos pre-infartos, que tiene depresión, glaucoma; lo verdaderamente apremiante es “vivir” muchos años.

Los humanos que conviven con la Amazonia viven lo necesario, no tienen el anhelo de vivir más o mejor, simplemente viven y mueren como una especie más del ecosistema y punto. Envejecer no es para ellos una maldición apaciguada por el bisturí del cirujano plástico. Desconocen la necesidad imperiosa de querer alargar la existencia, inclusive artificialmente. Evitan la mordedura de una víbora porque saben de acuerdo a su experiencia que eso ocasionaría fuertes dolores o la muerte misma, y quizá, y digo sólo quizá, porque no lo sé con certeza, es ahí en ese momento cuando una preocupación los invade, porque se preguntarían: ¿Si no estoy yo, quién cazará para que coma mi familia?

El *modus vivendi* de ellos no es envidiable para muchas civilizaciones occidentales, porque simplemente, éstas han alcanzado niveles de conocimiento que las empuja a ir siempre un paso adelante, a ver qué hay detrás de la montaña, al otro lado del río y cuando consiguen ver qué hay, pues aparece otra montaña y otro río y no acaban nunca. La búsqueda de respuestas a los cuestionamientos que taladran la tranquilidad de muchos, es el motor que los guía hacia, una de dos, a la solución momentánea de la pregunta en cuestión, porque después habrá otra interrogante; o a la acumulación insaciable y viciosa de querer saber más y más y por añadidura poseer mucho más.

Cuando las civilizaciones dejen de coleccionar conocimientos, para dedicarse a atesorar experiencias que las lleve a un estado de consciencia elevado y dotado de sabiduría; sin falsas pretensiones, aniquilando necesidades creadas por una minúscula clase dirigente que su único deseo es entorpecer el camino hacia el despertar de la humanidad rumbo a la evolución; pero ya no a la darwiniana selección natural, sino a la evolución del ser y el espíritu.

Justo en ese momento terminarían las competencias para averiguar quién es el mejor equipo de *soccer* del mundo, con la intención no de premiar el esfuerzo apabullante de un grupo, sino porque está comprobadísimo que organizar, patrocinar, vender una competición es un negocio multibillonario. Establecer un certamen para, arbitrariamente etiquetar a una mujer como la más bella del mundo, me parece un insulto a la multiculturalidad; pero queridísimos lectores, se han preguntado: ¿Bajo qué parámetros o perspectivas de quiénes depende la decisión de aventurarse a catalogar ante millones y millones de personas, cuál es el mejor equipo mundial de *soccer*, o qué características imperiosamente físicas son las de la mujer más hermosa sobre la faz de la Tierra?

Al final de la afrenta queda el aplastante remanente para los o las “perdedoras”, inductor de un pensamiento e ideas absolutamente equivocadas, pero insidiosamente dominantes que se propagan hacia todo un universo de seguidores: “no soy nada, sólo un pobre perdedor, no fui lo suficientemente hábil, rápido, resistente, inteligente”; “seguramente estoy gorda, qué estaba pensando cuando me creí hermosa”. Encasillar y reducir al éxito, al crecimiento personal y por encima de todo, a la felicidad en una copa o en una corona, es un ejemplo abominable y sin embargo avalado por un sinnúmero de personas y empresarios.

Puedo hablar ahora con un poco más de argumentos y dar respuesta a la pregunta de por qué los aimaras no padecen enfermedades mentales. Siendo más clara, cuando un mundo ilusorio, una realidad aparente son catalogados como modelos ideales a seguir, chocan con la realidad personal y es cuando comienzan a generarse los conflictos, es decir discordancia entre lo exterior y el interior.

Y de pronto las frustraciones, las desilusiones comienzan a hacer de las suyas y atacan la toma de decisiones, siembran la duda, el miedo, la incertidumbre. Provocan que te provoques enfermedades para evadir dolorosas realidades. Propician el conformismo, la mediocridad y lo ordinario; apartando de la mente, de los sentidos y del espíritu lo extraordinario, lo auténtico, lo original; e intercambiar toda esa riqueza por ser una copia, y parecerse a, o uniformarse como alguien más, para nunca ser tú mismo.

Siempre será más sencillo etiquetar un producto para identificarlo, clasificarlo pronto y venderlo rápido, porque *the time is money*. Para el sistema dirigente es más cómodo dominar a inmensas masas cuando en vez de ser seres humanos se convierten en cifras con etiquetas: europeo, hombre, ingeniero, genio, con número de registro B; igual a: *business*. Latinoamericana, mujer, nivel de estudios: primaria, morena, robusta, ilegal; igual a: *slave*. Joven, mujer, depresiva, maníaca, psicótica; igual a: bipolar.

Cuando haya exterminio, pero no de personas como en la Segunda Guerra Mundial o de aborígenes en territorios invadidos; sino cuando se extingan las comparaciones, el racismo, la explotación, la esclavitud contemporánea; degenerada en trata de blancas y obreros quienes reciben no un pago justo y proporcional al número de horas que trabajan; porque es impensable, si se elevara el salario mínimo en México se dispararía la inflación diría Agustín Cartens, él sugiere seguir haciendo reformas o lo que es lo mismo que los “pobres” sigan viviendo para trabajar y no trabajar para vivir.

En el momento que los deseos absurdos e infundados de querer poseer una *Tablet*, pero no una cualquiera, sino una iPad, aunque no la sepa usar, mucho menos pagar; eso es lo de menos, es vital que la tenga, porque se ha programado al consumidor para ir, no tras lo necesario, sino tras lo superfluo, lo frívolo, superficial y costoso; que lo mantenga alejado de la reflexión y ocupado en seguir depositando en los bolsillos de otros, el esfuerzo y sacrificio de todo el mes a cambio de un *gadget* que se instalará, en el mejor de los casos, dentro de la bolsa de mano de una mujer y verá sólo la luz en cuanto su dueña se vea en la “necesidad” de sacarla y tomarle foto a su “amiga” para

hacerle ver que le importa tanto que hasta inmortalizarla su belleza en una fotografía; cuando en la realidad sólo quería apantallarla; en el peor, permanecerá durante meses dentro de su empaque original a la espera de que el hijo universitario tenga un “tiempito libre” para enseñarle a su madre entrada en años el funcionamiento del “complicadísimo” artilugio y que casualmente, es ella quien financia la formación académica del joven y ocupado estudiante.

En el instante mismo cuando lo valioso se anteponga a lo costoso. Se atesoren instantes y no sextantes. Se coleccionen amigos verdaderos y se eviten enemigos traicioneros. Se promueva la honestidad y la bondad. Cuando se acepten y crezcan las riquezas culturales y no las diferencias abismales. Cuando se globalice la actitud triunfadora y no la juventud perdedora. Cuando todo esto pase, quizá se podría vivir el aquí y el ahora.

José Mujica Presidente del Uruguay recientemente hizo eco de un pensamiento ancestral: “...Pobre no es el que tiene poco, sino que verdaderamente pobre, es el que necesita infinitamente mucho”, y desea y desea y desea, más y más...”

Pero valdría la pena reflexionar todavía más. Como lo mencioné al concluir el Capítulo 3, la violencia es la clave.

Ya de entrada, la llegada al mundo es aparatosa, para cualquier recién nacido promedio, lo menciono, porque habrá quien tiene las posibilidades de pagar por tener un parto en agua menos “traumante”, una cesárea con “zurcido invisible”; en fin, privilegios que no están al alcance de las mayorías. Si a ello se le agrega, una crianza violenta, ahora sí que desde la leche materna se mama, porque estamos hechos, de aminoácidos, proteínas, sustancias químicas y si esa leche acaba de estar inmiscuida en una golpiza del marido a la madre, está químicamente alterada esa lactosa y por eso afirmo que literalmente la violencia se mama.

Algunos pensarán qué exagerada, ésta se va hasta lo más inverosímil; pues tristemente es aún más increíble que el anterior ejemplo, se queda corto cuando una persona, ya sea padre, hermano, madre, amigo, pariente, vecino, conocido, extraño, tutor, maestro; tiene la inconcebible intención, acción u omisión, ya sea con dolo o de manera automática, porque así se lo enseñaron desde la cuna; a ejercer no importa cuál tipo de violencia en contra de un bebé o cualquier otro ser vivo indefenso. Para mí, lo sostengo,

lo definiendo y lo expreso con todas sus letras: los seres más vulnerables son los niños, los animales, las plantas, los adultos mayores y los llamados personas con capacidades diferentes; y triste y desalmadamente los más violentados.

Quizá alguien agregaría a las mujeres, pero nosotras no es que no podamos defendernos, más bien no fuimos educadas, programadas, instruidas y sobre todo, autorizadas para hacerlo; sino totalmente a la inversa. Estoy segura que en más de una ocasión han escuchado que a la prima de una amiga su propia madre la ha adoctrinado diciéndole: “pues sí mijita, te da tus chingas, pero es el hombre y si se te va, ¿quién va a pagar la leche del niño?”

El abuso fue para muchas, unas en mayor, otras en menor medida, la constante creencia de que “nos toca la sufridera” porque somos el “sexo débil” y hay “que aguantarse”; pero por otro lado, aludo a la incongruencia, “somos bien luchonas”, “somos bien aguantadoras”, “bien sufridoras”, pero además “bien machorras”, si decimos groserías, “bien putonas” si nuestro vestuario es llamativo, “provocador” o si ejercemos la propia sexualidad aplicando el libre albedrío.

La generosidad se paga con generosidad, y de igual manera, la honestidad, la bondad, el respeto, la nobleza, la lealtad, la gratitud, el amor. Mientras alguien reciba violencia, vomitará violencia y también la generará, la practicará y la heredará. Punto.

Por último y para cerrar con broche de oro quiero hacer algo inusual, cederle la palabra a María con quien aún tengo contacto después de transcurridos siete años y me permito otorgarle la culminación de este trabajo matizado con diversos y aparentes inconvenientes que convirtieron a un mero trámite para obtener mi título universitario, en toda una, diría Homero, odisea plena de sinsabores, además de auténticas, inesperadas y agradables sorpresas.

En apariencia cada acontecimiento terminó por demorar la conclusión de mis estudios de licenciatura, pero vuelvo a comprobar a través del ensayo-error, es decir de la experiencia, que se debe tener paciencia y saber esperar sin quitar el dedo del renglón, porque como dice la canción: “no hay plazo que no se cumpla y fecha que no se venza” y todo en esta realidad llega en el instante mismo cuando debe llegar, ni antes ni después.

César Millán, mejor conocido como el “encantador de perros” que entre otras actividades, participa en el canal de televisión de paga Animal Planet dijo una frase en una publicidad del Whisky Johnny Walker: “enfrentar la peor frontera de todas, la mental”; en el anuncio hace alusión a que buscando su sueño personal salió de su país de origen, México y cruzó la frontera hacia los Estados Unidos.

Coincido con César al mil por ciento, así como él, yo también emprendí el viaje de mi vida que me llevó a cruzar mis propias fronteras mentales.

Hace ocho años fui diagnosticada con Bipolaridad Tipo I por uno de los institutos más prestigiados en América Latina, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. En ese entonces me dijeron que si quería una opinión superior a la de sus residentes tendría que viajar a Houston, Texas. Lo máximo que podría hacer por mí la institución era que mi caso fuera revisado por el ahora fallecido fundador, padre de quien fuera recto de la UNAM Juan Ramón de la Fuente.

Mi intención no es repetir mis travesías; hay en este trabajo un capítulo destinado exclusivamente para mí. Más bien, deseo comentar cómo es mi vida casi diez años después, y el cómo, lo describe una palabra: BIENESTAR.

Soy feliz, porque estoy sana y soy sana porque estoy feliz. ¿Cómo lo logré? Se preguntarán, si la bipolaridad no se quita, es crónica, te deteriora las neuronas. Sencillo, hoy soy yo misma.

Primero fue inminentemente necesario cambiar todo mi modus vivendi dando un giro de 360°, lo que implicó tomar medicamentos durante una larga temporada, años enteros; pero más que la toma de pastillas, lo primordial fue la toma de decisiones.

Asistí a todas las terapias que se me presentaron; seguí varios de los consejos de gente que me quería y aún me quiere; uno de ellos fue la clave para experimentar el bienestar del que ahora gozo. Dejé a mi familia y mi casa, cambié de residencia e incluso hallé mi propio hogar en otro estado de la república; encontré un trabajo, hice un viaje fuera del país; solté a mi novio de toda la vida con quien estuve más de una década estacionada o mejor dicho estuvimos estacionados los dos. Paulatinamente todos estos cambios generaron una amalgama que unió a esos dos polos ubicados en los extremos de lo más profundo de mi ser y obtuve el equilibrio deseado.

La estrategia que implementé fue infalible: decisiones, acciones.

Como era de esperarse, a mí, como a este valiente hombre, retomando la historia de César Millán nos sucedió de todo. Él por ejemplo se vio obligado a aprender un lenguaje ajeno al suyo; vivió el hambre, supo lo que fue dormir bajo el cobijo de un puente, conoció la verdadera lealtad y a su vez se topó con personas deshonestas que lo utilizaron, pero de ellas aprendió y se levantó, para seguir siendo lo que fue desde el momento en que decidió salir a buscar su sueño, un triunfador.

Personalmente, alentada, entre otras muchas razones por afirmaciones inspiradas en mí: “pobrecita nini”, “si te pones mal te internamos”, “prefiero verte depresiva que maníaca”, “nada más de verte me deprimó”, “estás peleada con la vida”... y casualmente es a ella, justo a la vida a la cual le debo que desde hace un par de años, gracias a ella aprendí de la manera más triste, a vivirla, a gozarla, a saborearla, a disfrutarla y a indigestarme con sus mieles, pero también con inmensa gratitud reconozco que asimilé sus embistes y de ellos sustraje la sabiduría de sus enseñanzas.

Salí de mi ciudad natal huyendo de mis demonios, sin saber que me perseguirían al fin del mundo mientras no los enfrentara; y paso a paso fui cruzando mini fronteras mentales que me permitieron atravesar hasta el Atlántico y sin embargo, esa huida no está ni remotamente cercana al verdadero viaje de mi vida, el que me cambió por completo y en definitiva, fue uno del D.F. a Cuernavaca y gracias a él, hoy por hoy me permito vivir plenamente, con proyectos, con propósitos, con ilusiones y con deseos.

Por supuesto me queda claro, la diferencia entre yo, María, y muchos otros es sencilla: me atreví con todo el terror del mundo a dar un primer paso que me llevó a dar otro y ahora esos pasos recorrieron un camino de casi una década colmada de experiencias y enseñanzas que me mostraron una realidad sumamente agradable, reconfortante, amorosa y altamente terapéutica, como jamás había conocido alguna en 29 años de mi vida. Hoy a mis 33 años, sencillamente vivo cada instante con una sonrisa dibujada en el rostro y si el momento lo acompaña una carcajada, mejor aún.

ANEXOS

Estabilizadores del Ánimo (Anticonvulsivantes)

- **Valproato.** *Beneficios:* excelente para contrarrestar episodios rigurosos de manía y mixtos. En combinación con el Litio funciona cuando un solo medicamento no es suficiente. Su efecto antidepresivo no es tan eficaz como el de otros anticonvulsivos, ni tampoco como el del Litio, sin embargo, muestra una efectiva respuesta; similar a la del haloperidol y la olanzapina cuando la manía y la psicosis son graves, también es utilizado en bipolares a causa médica.

Efectos Secundarios: los efectos leves se resumen a sedación y molestias gastrointestinales (anorexia, diarrea, náuseas, estreñimiento, vómito), acné, caída del cabello, visión borrosa o doble, fallas de equilibrio, mareos, aumento de apetito y, por consecuencia ganancia de peso. Pueden reducir o desaparecer estos malestares, con el ajuste de dosis. En caso de que se ingiera el valproato en cantidades excesivas, llega a ser tóxico y puede ocasionar alteraciones en el hígado (insuficiencia hepática irreversible), pancreatitis y agranulocitosis¹. Por ello es indispensable corroborar los niveles de esta sustancia en sangre y monitorear el funcionamiento del hígado.

¹ **Insuficiencia Hepática:** incapacidad del hígado de efectuar sus complejas funciones sintéticas, metabólicas y excretorias. Soza Ried. Alejandro, Arrese Jiménez. Marco, Insuficiencia Hepática Aguda, Pontificia Universidad Católica de Chile, Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/MedicinalIntensiva/Insuficiencia.html>. Acceso en: 03/09/07. **Pancreatitis:** es la inflamación y la autodigestión del páncreas, es decir, es un proceso en el que las enzimas pancreáticas destruyen su propio tejido y causan la inflamación del mismo. Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Pancreatitis#.C2.BFQu.C3.A9_es_la_pancreatitis.3F. Acceso en: 03/09/07. **Agranulocitosis:** también conocida como granulocitopenia o neutropenia, es la disminución aguda o crónica de granulocitos (células de la sangre), condición anormal de la sangre que puede predisponer al cuerpo humano a contraer infecciones. Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Agranulocitosis#Definici.C3.B3n>. Acceso en: 03/09/07

- **Carbamazepina (CBZ).** *Beneficios:* su uso no es tan frecuente como el del valproato, pero es una buena opción para eliminar los síntomas maníacos y mixtos. Inhibe la agitación e hiperactividad. Se recomienda cuando hay intolerancia y/o ineficacia del Litio. Deben ser controlados los niveles de esta sustancia en sangre, para que no afecten el funcionamiento corporal.
Efectos Secundarios: hasta el 50 % de los pacientes sufren consecuencias desagradables, algunas de ellas graves. Se puede presentar, visión borrosa, fatiga, náuseas, fallas de equilibrio, aumento de peso; temporalmente, al inicio, somnolencia, vértigo, anorexia, diarrea, sequedad en boca; alteraciones dermatológicas (salpullido, ampollas).²
- **Oxcarbazepina.** *Beneficios:* existen pocos estudios acerca de las bondades de este fármaco. Forma parte de la familia de la CBZ, tiene propiedades apropiadas para modular el afecto, comparadas con las del litio, además, posee activos parecidos a los antipsicóticos; contrarresta los síntomas de manía; se recomienda su administración como tratamiento de seguimiento. *Efectos Secundarios:* a diferencia de la CBZ, tiene mayor aceptación por el paciente.³
- **Lamotrigina.** *Beneficios:* se administra poco a poco, es un buen medicamento cuando se presenta depresión aguda. Se utiliza principalmente para prevenir síntomas de manía y depresión, sobre todo en pacientes bipolares tipo I. *Efectos Secundarios:* dolor de cabeza, reacciones alérgicas en piel.⁴
- **Topiramato.** No hay estudios acerca de la eficacia de esta sustancia.

² Dupont Villanueva, *op. cit.* p. 304-306

³ *Ibidem.* p. 325

⁴ *Ibidem.* p. 314

Litio

- **Carbonato de Litio.** *Beneficios:* este metal, el tercero más ligero de los elementos, se ha utilizado en el tratamiento del TBP, en más de 50 años. Tiene una doble acción, es curativo y preventivo con respecto a síntomas maníacos y depresivos.

Efectos Secundarios: en promedio, el 75 % de los consumidores de Litio, experimentan efectos colaterales, los cuales pueden ser: aumento de peso, disminución de memoria, falta de concentración, confusión, temblor, principalmente en manos, sedación, problemas de coordinación, molestias gastrointestinales (diarrea, vómito, náuseas, dolor abdominal), caída de cabello, acné, poliuria (aumento de veces que se orina), polidipsia (muchacha sed), alteraciones renales. Se debe tener especial cuidado en las deshidrataciones, diarreas, vómitos, porque las concentraciones de Litio en el organismo aumentan, también deben hacerse periódicamente estudios de control para determinar sus niveles en sangre, ya que si se presentan dosis excesivas, llega a ser tóxico; asimismo deben realizarse estudios de función tiroidea, ya que esta sustancia va deteriorando a la tiroides. Es importante cuidar, además, la combinación con otros fármacos, porque pueden presentarse reacciones. La modificación de las dosis ayuda a aminorar los efectos indeseables.

Antipsicóticos o Neurolépticos

- **Haloperidol.** *Beneficios:* actúa en contra de los delirios y las alucinaciones, además, posee un efecto de sedación psicomotriz, lo cual ayuda a paralizar los síntomas de manía.

Efectos Secundarios: rigidez, temblor, salivación excesiva, sedación, somnolencia, vómitos, pérdida del apetito, alteraciones en el peso. Es propio de los neurolépticos, ocasionar el aumento de prolactina (hormona que estimula la producción de leche durante la lactancia, en producciones anormales puede ocasionar, problemas en la menstruación, disminución en el deseo sexual, segregación de leche sin estar lactando).⁵

⁵ Haloperidol. Disponible en: <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antipsicoticos/haloperidol.htm>
Acceso en: 03/09/07

- **Olanzapina.** *Beneficios:* controla síntomas de manía, de manera similar al Litio, el Valproato y el Haloperidol; su uso es frecuente en pacientes bipolares tipo I, se administra cuando existen o no, síntomas psicóticos.
Efectos Secundarios: somnolencia, aumento de peso. Los efectos adversos, menos frecuentes son, mareos, sequedad bucal, estreñimiento, entre otros.⁶
- **Risperidona.** *Beneficios:* tiene un amplio espectro, ya que actúa en varios padecimientos psiquiátricos, elimina los síntomas psicóticos, además de la ansiedad, la depresión, el aplanamiento afectivo, la agresividad.
Efectos Secundarios: por lo general es bien tolerada, cuando se presentan, los más comunes son, insomnio, agitación, ansiedad, los menos, somnolencia, fatiga, mareos, náuseas, vómitos, dolor abdominal, visión borrosa, disfunción eréctil, orgásmica y/o eyaculatoria, incontinencia urinaria.⁷

Antidepresivos

- **Fluoxetina.** *Beneficios:* ataca la depresión, su efecto se ve reflejado hasta después de 4 semanas o más. *Efectos Secundarios:* ansiedad, insomnio, alteraciones en el apetito y peso, tiende a bajar el deseo de comer y por consiguiente, disminuye la masa corporal.⁸
- **Paroxetina.** *Beneficios:* la relación con inducciones hacia hipomanías o manías es significativamente baja.⁹

⁶ Dupont Villanueva, *op. cit.* p. 309-310

⁷ Risperidona. Disponible en: <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antipsicoticos/risperidona.htm>
Acceso en: 03/09/07

⁸ Fluoxetina. Disponible en: <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antidepresivos/fluoxetina.htm>
Acceso en: 03/09/07

⁹ Dupont Villanueva, *op. cit.* p. 315

Tratamiento Electro Convulsivo (TEC)

- *Beneficios:* es un tratamiento intrahospitalario, es decir, se emplea cuando el candidato se encuentra internado. Es el más rápido y efectivo remedio para la manía y la depresión, sobre todo cuando éstas contienen síntomas psicóticos; sin embargo, no es una opción de primera mano, porque implica anestesia, además, su disponibilidad es limitada, en el DF sólo la aplican el INPRFM, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino y la Clínica San Rafael; en el interior de la república no hay acceso a este método. Es de muy rápida acción, se utiliza, por ejemplo, en una paciente embarazada, que presenta una manía con síntomas psicóticos y demuestra mucho riesgo para hacerse daño a ella o al bebé; cuando existe peligro de suicidio o no hay respuesta ante los fármacos. No es un método poco ortodoxo como se maneja en las películas, simplemente, se aplica anestesia general, se colocan unos electrodos en partes específicas de la cabeza y se dan descargas eléctricas, equivalentes a la energía de una pila, lo cual provoca, la convulsión del dedo pulgar del paciente. Tiene un efecto estabilizador del ánimo, pero no se sabe cuál es su persistencia. El TEC se maneja en un período de 12 sesiones y es necesario combinarlo o darle seguimiento con fármacos.

Efectos secundarios: llega a ocasionar pérdida de la memoria, pero sólo se olvidan situaciones que ocurrieron en el mismo día.

Benzodiazepinas

- **Clonazepam y Diazepam.** *Beneficios:* al igual que todas las benzodiazepinas, esta sustancia, tiene la capacidad de inhibir la ansiedad, relajar, sedar.
Efectos secundarios: el 50 % de quienes lo ingieren, sufren somnolencia; su efecto es depresor del Sistema Nervios Central, por lo tanto, se recomienda, no manejar vehículos y ningún tipo de maquinaria, tampoco debe combinarse con el alcohol. Su uso durante el embarazo, se relaciona con malformaciones congénitas; los adictos y alcohólicos son propensos a ser dependientes de este fármaco.¹⁰

¹⁰ Clonazepam. Disponible en: <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/ansioliticos/clonazepam.htm>
Acceso en: 03/09/07

Cerebro y creatividad

Disponible en: <http://www.biomedicas.unam.mx/gaceta/2006/julio/index.html> Acceso en:
22/04/13 p. 8-10

FUENTES DE CONSULTA

BIBLIOGRAFÍA

B. Nemeroff Charles, F. Schatzberg Alan, Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, manual de psicofarmacología para atención primaria, 1ra impresión en EUA, 1999, reimpresso en México Ed. Ars XXI de Comunicación 2006, pp. 272

Briones. Guillermo, Métodos y Técnicas de investigación para las ciencias sociales, México, Ed. Trillas, 1998, pp. 368.

Caballero E. Vicente, Buena-Casal. Gualberto, Carrobes. José Antonio, Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, España, Ed. Siglo XXI, 1995, p. 619-663.

Diccionario de psicología, Ed. Planeta, p. 24, 39, 44, 53

Dieterich. Heinz, Nueva guía para la investigación científica, México, Ed. Ariel, 2000, pp. 229.

Dupont Villanueva. Marco Antonio, Trastorno bipolar, México, Ed. Alfil, 2006, pp. 385.

González Reyna. Susana, Manual de redacción e investigación documental, México, Ed. Trillas, 1979, p. 121-154.

Goodwin. Guy, Sachs. Gary, Fast facts: trastorno bipolar, Barcelona, Ed. J&C Ediciones Médicas, 2007, pp.

Ibarrola. Javier, Técnicas periodísticas. El reportaje, México, Ed. Gernika, 3ra edi., 1994, pp. 135.

Leñero. Vicente, **Marín.** Carlos, Manual de periodismo, México, Ed. Grijalbo, 1986, pp. 315.

Campbell. Federico, Periodismo escrito, México, Ed. Ariel, 1995, pp. 191

Martín Vivaldi. Gonzalo, Géneros periodísticos, España, Ed. Paraninfo, 1987

Paz. Octavio, El laberinto de la soledad, México, Ed. FCE, 1959, p. 62

Ramírez. Santiago, El mexicano, psicología de sus motivaciones, México, Ed. Grijalbo, 1997, p. 157

Rojas Soriano. Raúl, Guía para realizar investigaciones sociales, México, Ed. Plaza y Valdés, 1998, pp. 437.

TESIS

Hage Badui. Madlen, La depresión, ¿un mal incurable? Relato periodístico, tesis de licenciatura en ciencias de la comunicación, FCP y S, UNAM, México, 2003.

Hernández Carballido. Elina, El relato periodístico en México, tesis de maestría en comunicación, FCP y S, UNAM, México, 1998.

Méndez Contreras. Jessica Itzel, Un estudio integral sobre trastorno bipolar, tesis de licenciatura en psicología, FP, UNAM, México, 2001.

Robles. Francisca, El relato periodístico testimonial, perspectivas para su análisis, tesis de doctorado en ciencias políticas y sociales, FCP y S, UNAM, México, 2006.

Rodríguez Dorantes. Ma. Mónica, Viviendo y conviviendo con el Down, un relato periodístico, tesis de licenciatura en ciencias de la comunicación, FCP y S, UNAM, México, 2003.

Romero Álvarez. Ma. de Lourdes, El relato periodístico, entre la ficción y la realidad. Análisis narratológico, tesis de doctorado en filología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1995

Varela Huerta. Janik Amarela, El jaramillismo a través de sus protagonistas. Un relato periodístico, tesis de licenciatura en ciencias de la comunicación, FCP y S, UNAM, México, 2002.

HEMEROGRAFÍA

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Trastorno bipolar. Guía de orientación y ayuda, México, 2006.

NOTIESE, Hay en el país unos 4 millones de personas con depresión. Aumentarán en México casos de enfermedades mentales: expertos, La jornada, México, D.F., 5 de abril de 2006, p. 55

Salmerón. Cristina, Vivir con bipolaridad, El universal, México, D.F., 24 de marzo de 2008, p. G5

Escobar Izquierdo. Alfonso, **Gómez González.** Beatriz, Creatividad y cerebro, Gaceta Biomédicas, Julio 2006, p. 8-10

CONFERENCIAS

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Curso Psicoeducativo de Trastorno Bipolar. INPRFM. Clínica de Trastornos Afectivos. Mayo 8 – junio 19 2007.

PELÍCULAS

Mr. Jones: un irresistible seductor. Dir. Mike Figgis, Prot. Richard Gere, Lena Olin, Anne Bancroft, Tom Irwin, EUA, 114 min. 1993

Las horas. Dir. Stephen Daldry, Prot. Nicole Kidman, Julianne Moore, Meryl Streep, Ed Harris, EUA, 114 min. 2002

Los juegos del destino. Dir. David O. Russell, Prot. Bradley Cooper, Jennifer Lawrence, Robert De Niro, Jacki Weaver, EUA, 122 min. 2012

POGRAMAS DE TELEVISIÓN

Diálogos en confianza, Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, Once TV del Instituto Politécnico Nacional, jueves 13 de septiembre de 2007.

Noticiero Adriana Pérez Cañedo, Suicidios, Once TV del Instituto Politécnico Nacional, 26 de junio 2014.

Noticiero Joaquín López Dóriga, Depresión, Noticiero Televisa, viernes 25 de julio de 2014.

FUENTES ELECTRÓNICAS

A propósito del día de muertos, Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/muertos12.asp?s=inegi&c=2851&ep=106>, Acceso en 21/03/13

Atlas de salud mental OMS, Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-sm-de-la-oms/atlas-de-sm/> Acceso en: 16/04/13

Carrillo R. Gustavo, Disponible en: <http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/a-panico.html>. Acceso en: 12/08/07

Demonio de Tasmania, Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Taz> Acceso en: 29/08/07

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf> Acceso en: 16/04/13

Fassler. Clara, Desarrollo y participación política de las mujeres, III Conferencia Internacional de la Red de Estudios sobre el Desarrollo Celso Furtado, p. 8, Disponible en: <http://www.redcelsofurtado.edu.mx/archivosPDF/riofassler.pdf> Acceso en: 01/09/07

Huesca. Patricia, Crea psiquiatra mexicano en Harvard el primer tratamiento único contra el trastorno bipolar, La crónica de hoy, México, D.F., 5 de mayo de 2005. Disponible en: http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=179995 Acceso en: 16/05/07

INEGI, “Estadísticas a propósito del día de muertos”. Datos nacionales, México, D.F., 2 de noviembre de 2008, pp. 7 Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2008/muertos08.doc> Acceso en: 07/12/08

Informe mundial sobre la discapacidad OMS, Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf Acceso en: 21/03/13

Informe sobre el sistema de salud mental en México 2011, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf Acceso en: 18/04/13

Invertir en la salud mental OMS, Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf> Acceso en: 21/03/13

La inactividad, principal discapacitante en México, Disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/12/03/algunas-discapacidades-estan-relacionadas-con-la-inactividad> Acceso en: 16/04/13

La jornada, Desarrollan trastorno bipolar tres millones de personas en el país Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/04/18/sociedad/049n1soc> Acceso en: 01/05/14

La OMS pone de relieve la falta de inversión en atención de salud mental a escala mundial, Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/mental_health_20111007/es/index.html Acceso en: 21/03/13

La salud mental en el sistema nacional de salud, Disponible en: <http://spm.mx/home/la-salud-mental-en-el-sistema-nacional-de-salud/> Acceso en: 21/03/13

Medina-Mora. Ma. Elena et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, Salud Mental, Vol. 26, No. 4, p. 6, agosto 2003. Disponible en:

http://www.inprf.org.mx/epidemiologia_psiquiatica/encuesta_nacional_epidemiologia_psiquiatica.pdf Acceso en: 17/04/07

Mejía. Rafael, Parkinson, Cuenta pendiente de la medicina. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=371>, Acceso en: 29/08/07

Mendoza Azucena, Noticieros Televisa, Presentan Programa Nacional de Salud 2006-2012. Disponible en: <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/655125.html> Acceso: 07/01/08

México en el Top 10 de gastos en diabetes, Disponible en: <http://porinsurgentes.com/noticia-diaria/sociedad-cat/mexico-entra-a-top-10-por-gasto-en-diabetes/> Acceso en: 21/03/13

Moura. María Elena, Ciclotimia, causa de inestabilidad en el carácter. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1947> Acceso en: 23/04/07

Nava. G, Carvajal. L, Arteaga. M, IMOVO, ¿Qué es el déficit de atención?, disponible en: <http://www.imovo.com.mx/articulo.asp?id=29>, Acceso en 05/09/07

No health without mental health, Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/abstract) Acceso en: 16/04/13

Olivares. Emir y Notimex, Debe duplicarse presupuesto para tener sistema funcional de salud: Narro, La Jornada, México D.F., 16 de abril de 2007. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2007/04/16/debe-duplicarse-presupuesto-para-tener-sistema-funcional-de-salud-narro> Acceso: 16/05/07

Peña lanza el plan nacional contra diabetes y obesidad, Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/914158.html> Acceso en: 16/04/13

Reverte Javier. Amazonas, vida y muerte Disponible en: http://elpais.com/diario/2006/01/29/eps/1138519607_850215.html Acceso en: 20/09/2014

Salud mental y atención psiquiátrica en México^a, Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000604.pdf> Acceso en 21/03/13

Salud y Medicinas, Depresión, afecta a 10 millones de mexicanos Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/depresion-afecta-a-10-millones-de-mexicanos.html> Acceso en: 15/05/14

Secretaría de salud, Programa de acción en salud mental, México, 2001, p. 30. Disponible en:

<http://www.dif.gob.mx/gruposvulnerables/media/prog.de%20accion%20de%20salud%20mental%202001%202006%20karla.pdf> Acceso en: 15/03/07

Silveti. David, Disponible en: <http://www.burladerodos.com/Nota.asp?7500> Acceso 1/09/07

Van Gogh. Vincent, Disponible en: <http://www.secundariasgenerales.tamaulipas.gob.mx/Biografias/v/vangoghvicent.htm>
Acceso en: 01/09/07

Virginia **Woolf,** ¿bipolar?, Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/653869.html>

Woolf. Virginia, Disponible en: http://www.noticias-oax.com.mx/articulos.php?id_sec=10&id_art=26673 Acceso en: 01/09/07

FUENTES VIVAS

Raúl Hernández Solís

Azucena Solís Cárdenas

Adriana Tovar Díaz

María Segura Figueroa

Sergio Alejandro Molina Sánchez

Francisca Robles

Paola Franco Mora

Martín Vladimir Conde Franco

Nora Genoveva Ortega Avitia

