

Universidad de Lima
Facultad de Comunicación
Carrera de Comunicación



LA TRIVIALIZACIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR EN LA RED SOCIAL FACEBOOK

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Comunicación

Paula José González Zuloeta Ladd
Código 20081429

Asesora

Lilian Kanashiro

Lima – Perú
Febrero de 2018





**LA TRIVIALIZACIÓN DEL TRASTORNO
BIPOLAR EN LA RED SOCIAL FACEBOOK**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: INFORMACIÓN EN LA WEB: CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y SEGREGACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES	6
1.1 ¿Por qué compartimos en línea?	6
1.2 La calidad de la información sobre las enfermedades mentales en la web	7
1.3 Formas de representación de las publicaciones sobre enfermedades mentales en la web.....	9
1.4 Patrones de segregación en la web y sus estrategias retórico discursivas.....	10
CAPÍTULO II: IDENTIDAD Y DISCURSO EN LA SOCIEDAD RED	12
2.1 La sociedad red	12
2.2 El yo en la sociedad red	14
2.3 Sociedad red o sociedad del miedo	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	19
3.1 Diseño	19
3.2 Recolección de datos.....	20
3.3 Codificación y análisis de datos.....	21
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS	24
4.1 Características generales	24
4.2 Calidad de la información	25
4.3 Formas de representación de las actitudes sobre la bipolaridad.....	29
4.4 Patrones de segregación y sus estrategias retórico-discursivas.....	32
4.5 “Me gusta”	36
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3. 1. Indicadores para la calidad de la información sobre enfermedades mentales en redes sociales.....	22
Tabla 3. 2. Indicadores para las formas de representación de las actitudes sobre el trastorno bipolar en las redes sociales	23
Tabla 3. 3. Indicadores para los patrones de segregación en redes sociales y sus estrategias retórico-discursivas	23
Tabla 4. 1.2. Características generales de las publicaciones	24
Tabla 4. 1.2. Características generales de los comentarios	25
Tabla 4. 2.1 Calidad de la información de las publicaciones en general.....	25
Tabla 4. 3.1. Actitud general en las publicaciones hacia el trastorno bipolar	29
Tabla 4. 4.1. Actitudes estigmatizadoras	32
Tabla 4. 5.1. Promedio de ‘me gusta’ en las publicaciones	37
Tabla 4. 5.1. Promedio de ‘me gusta’ en relación con las actitudes estigmatizadoras	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: ¿El peruano tolera o rechaza a personas que han tenido una enfermedad mental?.....	3
---	----------





INTRODUCCIÓN

La estigmatización de las enfermedades mentales es una de las principales barreras para que las personas afectadas por ellas busquen ayuda profesional o continúen con el tratamiento (Wei, McGrath, Hayden y Kutcher, 2015, p. 1). El trastorno bipolar rara vez es el objeto de las investigaciones sobre el estigma público y aún menos estudios han diferenciado entre las percepciones de la manía y la depresión. (Durand-Zaleski et al., 2012, p. 2).

De las pocas investigaciones que se han realizado al respecto, se tiene como resultado que las experiencias estigmatizadoras y la discriminación son comunes en los pacientes con trastorno bipolar, y que se requiere trabajar para reducirlas (Milev, 2008, p. 1). Asimismo, existen varias formas de discriminación que pueden percibirse en distintos ámbitos: político, económico, social y cultural. De esta forma, también se habla de diferentes conceptos tales como estigma, exclusión y discriminación, entre otros (Hernández, 2013, pp. 29-32).

En el Perú, enfermedades mentales como el trastorno bipolar y la esquizofrenia son las más estigmatizadas por la sociedad, indica el psiquiatra Aitor Castillo del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, y esto es debido al desconocimiento y los prejuicios. Hay pocas oportunidades laborales para quienes padecen estas enfermedades y, por lo tanto, no tienen acceso a un tratamiento que los ayude a llevar una vida de calidad.

Pese a todo, el estigma ha ido disminuyendo en relación con enfermedades como la depresión y los trastornos de ansiedad, los cuales son los más comunes en el país. No obstante, la sociedad ve a las enfermedades como el trastorno bipolar y la

esquizofrenia con desagrado o como males incapacitantes e intratables (como se citó en *El Comercio*, 2015, párr. 2, 3 y 4).

Alrededor de una cuarta parte de la población de Lima Metropolitana y Callao ha sufrido de algún desorden psiquiátrico en algún momento de su vida, y una de cada diez personas lo ha padecido o lo padece en el último año, según resultados del Estudio Epistemológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – 2012, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud (INSM, 2014, párr. 1, 2 y 3). El estudio reveló que entre los desórdenes con mayor prevalencia se encuentran el episodio depresivo, e indicó que el 17,2% de la población (más de un millón de personas) ha sufrido este desorden. En el último año, el 6% de los peruanos ha tenido un episodio depresivo; es decir, más de 361 mil personas. También se encuentran el trastorno de ansiedad, con un 3%, y los problemas de alcohol, con un 7,5% en la población limeña; es decir, aproximadamente 37 mil personas. El estudio también indicó que cada 22 minutos una persona intenta suicidarse en la ciudad de Lima, siendo las razones principales los problemas con la pareja, la separación y los problemas con los padres. Además, se reveló que más de la tercera parte de las mujeres que alguna vez han tenido pareja ha sufrido de violencia doméstica, y que una de cada 20 la sufre continuamente.

Por otro lado, un estudio realizado por el Instituto Integración (2016, pp. 1-3) indica que el 80% de peruanos con problemas de salud mental no recibe tratamiento adecuado. Este mismo estudio muestra que 34% de la población rechazaría ser vecino de alguien que haya tenido alguna enfermedad mental, y que 46% rechazaría trabajar con él o ella (ver Figura 1).

Cabe resaltar la importancia de realizar estudios sobre trastornos mentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la población mundial de personas con trastornos mentales en el año 2001 era de 450 millones (OMS, 2001, p. 19). En el Perú, esta cifra actualmente es de 4 millones de personas (Instituto Integración, 2016 p. 1). El trastorno bipolar afectaría a unos 300 mil peruanos, por lo menos el 1% de la población peruana actual, indica la psicóloga Diana Pacheco (como se citó en *RPP*, 2016, párr. 1).

Figura 1: ¿El peruano tolera o rechaza a personas que han tenido una enfermedad mental?



Fuente: Instituto Integración (2016).

A pesar de estas cifras, el presupuesto destinado a su atención en la mayor parte del mundo es inferior al 1% del gasto total de salud. Incluso más del 40% de los países no cuenta con una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Esto demuestra que la salud mental es uno de los derechos a la salud más descuidados (OMS, 2001, p.37).

El Perú no es ajeno a estas cifras. Según la OMS, el 98% del presupuesto de salud mental en nuestro país se destina a hospitales psiquiátricos y, sin embargo, el 80% de los problemas de salud mental podrían ser resueltos en el primer nivel de atención, es decir, sin necesidad de hospitalización, tal como indica el psiquiatra Hugo Lozada (como se citó en *RPP*, 2016, párr. 5).

Existe entonces la necesidad de fortalecer las redes de atención primarias, de tal manera que solo los casos graves sean atendidos en los hospitales. En junio de 2012, durante el gobierno de Ollanta Humala, se promulgó la Ley 29889, la cual garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental y establece una reforma para su atención integral. Sin embargo, el cambio recién comenzó a darse en octubre de 2015, pese a que debía establecerse en un plazo máximo de 30 días. Esta enmienda,

además de poner a disponibilidad psicofármacos en centros de salud (antes solo era posible acceder a ellos en hospitales), establece la creación de centros de salud mental comunitarios. Según Yuri Cutipé, el Perú es uno de los últimos países de la región que sigue con el modelo de atención basado en hospitales psiquiátricos; es por esto último que se ha implementado la red comunitaria de servicios, la cual brinda atención personalizada (*El Comercio*, 2017a, 9, 10 y 11).

Este retraso en el sistema y los servicios de salud mental es una de las causas por las cuales las personas con desórdenes mentales no buscan ayuda. Alrededor del 84% de las personas que presentan algún problema de salud mental no lo aceptan ni lo reconocen, y solo una de cada diez personas que requiere tratamiento solicita atención, señala el Dr. Humberto Castillo Martell, director general del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2014, párr. 1). Otra razón por la cual esto ocurre es el elevado estigma con que gran parte de la población construye sus prejuicios sobre los trastornos mentales.

Aunque se ha logrado un enorme avance en el entendimiento y tratamiento de las enfermedades mentales, todavía se les estigmatiza. Las personas pueden ser discriminadas por su misma condición, o ser percibidas como flojas e irresponsables. Las enfermedades mentales son vistas como menos reales o menos legítimas que las enfermedades físicas, lo que deriva en una renuencia por parte del Estado y las compañías de seguros para pagar los tratamientos. Sin embargo, el creciente conocimiento de cuánto afectan las enfermedades mentales a los costos del cuidado de la salud y las cifras sobre ausencias laborales por parte de las personas afectadas están cambiando la situación.

Los prejuicios sociales y la desinformación en relación con las causas y los tratamientos de los trastornos mentales es lo que lleva a la población a considerar estos trastornos como incurables, y a ver a quienes los padecen como personas peligrosas, incapaces de convivir con el resto de la población. A esta situación se le suma la poca importancia que se le da al testimonio de las personas con trastornos mentales y a su falta de reconocimiento como sujetos de derechos. Esto hace de las personas con trastornos uno de los grupos demográficos más marginados y vulnerables (Defensoría del Pueblo, 2008, p. 33).

En el Perú, el 17% de la población dice tener un familiar o amigo cercano con un problema de salud mental diagnosticado, según la encuesta del Instituto Integración (2016, p. 1). Justamente son la familia y los amigos los más tolerantes con los pacientes. Sin embargo, todavía existe un 46% de personas que rechazaría trabajar con una persona con algún trastorno mental. Como indica el psiquiatra y director general de HL Consultores, Hugo Lozada, “lamentablemente estamos asociando problemas de salud mental con locura, y [a la] locura la estamos asociando con agresividad” (como se citó en *RPP*, 2016, párr. 4).

El estigma social sigue representando un problema para que las personas busquen ayuda y tratamiento, ya que al basarse en mitos y prejuicios generan temor en las personas afectadas, indican médicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2014, párr. 1). Estos mitos y prejuicios se basan principalmente en representaciones negativas de las personas con enfermedades mentales, las cuales pueden ser encontradas en la publicidad, películas e incluso en el discurso diario en bromas o insultos (Camp, Finlay y Lyons, 2002, p. 1). Estas representaciones negativas pueden además ser encontradas en la web, en donde las enfermedades mentales son presentadas de forma incorrecta, con información inadecuada (Nour, Nour, Tsatalou y Barrera, 2016, p. 4) y con una pobre calidad de información (Khazaal, Fernandez, Cochand, Reboh y Zullino, 2008, p. 5).

En este contexto es que se plantea el problema general de la presente investigación: identificar cuáles son las formas de segregación de las personas con trastorno bipolar expresadas dentro de la red social Facebook.

El objetivo general es reconocer las formas en que se segrega a las personas con trastorno bipolar dentro de Facebook, y los objetivos específicos son: evaluar la calidad de la información, el carácter científico y testimonial de las publicaciones sobre la bipolaridad en las redes sociales; identificar las formas de representación de las actitudes sobre el trastorno bipolar en las redes sociales; e identificar los patrones de segregación en las publicaciones sobre el trastorno bipolar en las redes sociales así como sus estrategias retórico-discursivas.

CAPÍTULO I: INFORMACIÓN EN LA WEB: CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y SEGREGACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES

1.1 ¿Por qué compartimos en línea?

Con la llegada de internet, el receptor deja de ser un elemento pasivo y toma un rol mucho más importante, inclusivo y presente en el proceso de comunicación. En internet, el usuario/receptor comienza poco a poco a ganar importancia y, por ende, su opinión también. Esta es más perceptible y directa, a la vez que puede afectar más fácil y rápidamente a una marca.

Los usuarios, al percibir esto, otorgan más importancia a sus opiniones individuales y se crea la necesidad de autoexpresión: hacer una publicación, compartir, dar 'me gusta' y comentar. Existen estudios que sugieren que los humanos dedicamos entre 30% y 40% a hablar de nosotros (Tamir y Mitchell, 2012, p. 1) y que, cuando se trata de conversaciones en las redes sociales, la cantidad de información que compartimos acerca de nosotros se eleva a 80% (Naaman, Boase, Lai, 2010, p. 4). De acuerdo con Tamir y Mitchell, hablar de uno mismo produciría una sensación parecida a la de comer o tener relaciones sexuales, puesto que involucra al neurotransmisor dopamina (2012, p. 4).

Además de sentir placer al hablar de uno mismo, el usuario estaría también instintivamente predispuesto a compartir información. Un estudio llevado a cabo por el New York Times (2011, pp. 4 y 6) encontró que dos de cada tres personas (65%) sienten que, al encontrar información valiosa, tienen que compartirla; asimismo, tres de

cinco (58%) dijo que le sería difícil dejar de compartir información en línea. Otras razones que encontró el citado estudio, por las cuales las personas comparten información, son las siguientes: para autoafirmarse, pues dos de tres (68%) comparten información para definirse ante los demás y ante sí mismos; para autorrealizarse, pues los consumidores obtienen satisfacción al compartir información valiosa con las personas que les importan; y para crecer y nutrir sus relaciones, pues compartir información mantiene a los consumidores conectados, fortalece sus relaciones y ocasionalmente crea nuevas conexiones.

1.2 La calidad de la información sobre las enfermedades mentales en la web

A pesar de la popularidad de internet y las redes sociales, muy poco se sabe sobre cómo las enfermedades mentales son presentadas en línea y sobre la calidad de la información provista (Nour et al., 2016, p. 1; Athanasopoulou, et al., 2015, p. 2). La mayor parte de estos estudios tienden a investigar sobre las actitudes hacia las enfermedades mentales en general o sobre los conocimientos generales acerca de ellas (Wei et al., 2015, p. 13.)

Incluso, muchos de los estudios concluyen que la presentación de estas enfermedades se da de forma incorrecta, con información inadecuada (Nour et al., 2016, p. 4), y que la calidad de esta es generalmente pobre (Khazaal et al., 2008, p. 5).

Además, existe una gran cantidad de información con actitud negativa implícita en la red (Athanasopoulou et al., 2015, p. 12), desde banalizaciones tales como burlas o chistes (Pavelko y Myrick, 2015, p. 1), hasta discriminación hostil o directa, que adjetiva negativamente ya sea a las personas que sufren de una enfermedad mental o a la enfermedad misma (Athanasopoulou et al., 2015, p. 9).

Los estudios que analizan la calidad de las páginas web, lo hacen de acuerdo a criterios como la rendición de cuentas (propiedad del sitio, fuentes por el contenido, afiliación del autor y fecha de última modificación), interactividad (cuestionarios y retroalimentación vía correo electrónico de contacto, motor de búsqueda interno, etc.), estética (encabezamientos y subpartidas, anuncios de publicidad, hipervínculos a

páginas externas o diagramas en el contenido), legibilidad (dificultad del texto, ortografía y gramática) y calidad del contenido (disponibilidad de respuestas a consultas relacionadas con la salud, generadas frecuentemente por personas con trastornos psiquiátricos, tales como información sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento y efectos secundarios de la medicación). Dichos estudios ponen de manifiesto la baja calidad de los sitios web relacionados con alguna enfermedad mental en específico (Athanasopoulou et al., 2013, p. 7; Khazaal et al., 2008, p. 4).

Por otra parte, el estudio de Nour et al. (2008, p. 1 y 4) analiza la precisión y calidad de los videos de Youtube relacionados con la esquizofrenia, teniendo en cuenta que las representaciones de las enfermedades mentales en los medios de comunicación influyen en la comprensión del público y podrían agudizar la estigmatización. En el estudio se analiza la precisión con que la enfermedad es presentada según su diagnóstico. Se escogieron videos que afirmaban presentar esquizofrenia aguda y dos psiquiatras consultores que los vieron para ayudar con la precisión del diagnóstico, sin ver el título, la descripción, comentarios, fecha, puntuaciones o autor. El estudio halló que los videos encontrados y elegibles eran en gran medida imprecisos, conteniendo características psicopatológicas no específicas de la esquizofrenia. Solo el 21% de los casos elegibles buscaría representar con precisión la esquizofrenia aguda, aunque el trastorno se retrató como una condición de delirios persecutorios, afecto inadecuado y otros síntomas negativos.

En el estudio de Pavelko y Myrick (2015, pp. 1, 2, 5 y 7), quienes exploran la trivialización del trastorno obsesivo compulsivo en Twitter, se postula que la calidad de la información de los mensajes presentados en dicha red social influye en las percepciones, emociones y actitudes de sus usuarios. En este estudio, la calidad de la información se define según las siguientes características: i) clínica, que puede ser una observación objetiva o referencia a algún síntoma, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con un enfoque en pacientes reales y de atención a los mismos; al contrario de un mensaje ii) trivial, por si hay simplificación excesiva, escepticismo sobre la severidad o burla sobre la enfermedad; o uno iii) mixto, si combina elementos de las dos primeras características. Se estima y comprueba empíricamente que, si bien el contenido de la publicación no tiene una influencia muy fuerte en la percepción de las personas, los antecedentes de una persona (por ejemplo, su experiencia personal con la

enfermedad mental) tiene una influencia mayor. Sin embargo, se demostró que el uso trivial de las enfermedades mentales puede llevar a impresiones negativas de los usuarios.

La mala calidad de la información brindada, la pobre manera con que son presentadas las enfermedades, la información inadecuada y la estigmatización sobre estos desórdenes pueden tener un efecto negativo en el conocimiento y entendimiento público sobre los trastornos mentales; además, pueden generar percepciones contraproducentes sobre enfermedades altamente estigmatizadas (Athanasopoulou et al., 2015, pp. 1 y 2; Khazaal et al., 2008, p. 1). Algunos estudios indican que el estigma en las enfermedades mentales ha sido asociado con: poca utilización de tratamientos; peores resultados en el tratamiento (Lazowki, Stuart y Milev, 2012, pp. 1 y 2); reducción de la calidad de las relaciones (Brohan, Elgie, Slade, Clement y Thornicroft, 2010a, pp. 1-2); y mayor discriminación en el empleo, vivienda y educación (indican Link, Struening, Rahav y Nuttbrock [como se citó en Quinn, Williams y Weisz, 2015, p. 2]).

1.3 Formas de representación de las publicaciones sobre las enfermedades mentales en la web

En el estudio de Li et al. (2015, pp. 5-6) se analizan las publicaciones del microblog más popular en China, Weibo —el cual es muy parecido a Twitter— para comprender las actitudes en dicha red social hacia los intentos de suicidio. Las publicaciones se clasificaron según temática, actitudes generales, actitudes estigmatizadoras, motivaciones percibidas y respuestas deseadas. Dentro de actitudes generales se encuentran: solidaridad, neutralidad, desagrado y estigmatización. Dentro de las actitudes estigmatizadoras, se entendió que una enfermedad mental es percibida como: estúpida, superficial, embarazosa, engañosa, vengativa, débil, egoísta, inmoral, patética, glorificada/normalizada y extraña. Los resultados indicaron que más de un tercio de las publicaciones fueron encontradas ‘estigmatizadoras’, mientras que menos del 10% de las publicaciones incluyeron referencias a información sobre salud mental.

El estudio de Athanasopoulou et al. (2015, p. 2) analiza las actitudes hacia la esquizofrenia en Youtube, y señala que los videos cultivan percepciones altamente estigmatizadoras sobre aquel trastorno. El estudio tiene como medida de análisis las actitudes en general presentadas en los videos y las divide en positivas y negativas. Positivas pueden ser recuperación, objetivos de la vida real, empoderamiento, objetividad y otras expectativas o creencias positivas (p. ej.: solidaridad hacia las personas con enfermedades mentales). Y negativas pueden ser peligrosidad, impredecibilidad, incompetencia, infantilismo, culpa, contagio, miedo, ira, lástima, asco y otras actitudes y creencias negativas presentes (p. ej.: doble personalidad, obsesión, descortesía, etc.).

Dicho estudio encontró que la mayoría de los videos eran negativos para con la esquizofrenia o con la gente que vive con ella, y su objetivo central no era educar a los espectadores sobre el trastorno. Esto resalta los limitados recursos con que cuentan aquellos que buscan información sobre salud mental en Youtube relacionada con esquizofrenia. Además, el estudio concluyó que una porción considerable del público tiene percepciones y actitudes negativas de y hacia las personas con enfermedades mentales (Athanasopoulou et al., 2015., p. 12).

1.4 Patrones de segregación en la web y sus estrategias retórico-discursivas

En el estudio de Pavelko y Myrick (2015, p. 3-7) se analizan las percepciones de las personas sobre la trivialización de las enfermedades mentales; en este caso, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Se encontró que el lenguaje trivial irrita a los observadores y disminuye la simpatía, mientras que el lenguaje clínico disminuye la molestia y aumenta la simpatía. También observaron que los participantes que vieron el contenido del Twitter de una persona que no se autodiagnosticó con TOC, experimentaron niveles más bajos de identificación o empatía que aquellos participantes que vieron contenido de personas que sí se autodiagnosticaban con dicho trastorno. Además, el resultado comprobó que los participantes se identificaban con los perfiles de las personas que se autodiagnosticaban, sin importar el contenido del perfil (ya fuera este clínico, trivial o mixto).

Otro indicador de segregación que también es estudiado es la presencia del estigma. Según Goffman, el estigma es una etiqueta social desacreditadora que cambia radicalmente la forma como los individuos se perciben a sí mismos y como son vistos por los demás (como se citó en Brohan et al., 2010b, pp. 1-2). La investigación realizada por Ilic et al. (2013 pp. 4-5) analiza las formas en que se presenta la discriminación de las enfermedades mentales, vista aquella como la actitud pública del estigma, y encuentra cuatro tipos: discriminación hostil (directa), discriminación benévola (trato diferente con supuestas intenciones positivas), tabú (intento de evadir el tema de la enfermedad mental en conversaciones) y negación (alegar que la enfermedad mental no es una enfermedad real y que el individuo utiliza el supuesto diagnóstico para su provecho).



CAPÍTULO II: IDENTIDAD Y DISCURSO EN LA SOCIEDAD RED

2.1 La sociedad red

La transformación de una sociedad postindustrial en informacional es denominada por Castells como sociedad red. “La sociedad red es una estructura social formada por redes de información alimentadas por las tecnologías de la información características del paradigma informacional” (como se citó en Fernández-Carrión, 2008, p. 86). En esta sociedad son las redes las que tienen un papel protagónico; ellas distribuyen información a lo largo de los nodos siguiendo un patrón interactivo.

Este nuevo paradigma tecnológico se caracteriza por dos rasgos fundamentales: el primero, que las nuevas tecnologías están centradas en el procesamiento de la información; el segundo, que la información constituye tanto la materia prima como el producto (Castells, 1995, pp. 37-38). Si nos basamos en estos rasgos, se puede entender que, con la proliferación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), la información con que una persona cuenta actualmente es abundante, pero que no toda es necesariamente correcta, de buena calidad y, mucho menos, útil.

También según Castells (1999), la idea de que internet es un espacio en el cual las personas hablan solo tonterías es sumamente superficial; esto es un fenómeno extraordinariamente minoritario, pues no mucha gente tiene tiempo para eso. Sin embargo, esta teoría es debatible (p. 7).

Otra característica de la sociedad red son las consecuencias socioculturales que traen las nuevas tecnologías de la información y comunicación al enfocarse en el procesamiento de la información. La información está basada en la cultura y su procesamiento es, de hecho, una manipulación de los símbolos sobre la base del conocimiento existente (Castells, 1995, p. 40).

La comunicación mediatiza y difunde la cultura y las mismas culturas son profundamente transformadas —y lo serán más con el tiempo— por el nuevo sistema tecnológico. (Castells, como se citó en Torres, 2014, p. 360)

Aparte de la transformación de la cultura, también se da la transformación sociotécnica del espacio y del tiempo. Los espacios físicos ceden su lugar a espacios de flujos y es en ellos donde surge un ‘tiempo atemporal’. Esta nueva conceptualización del tiempo y del espacio altera las fronteras culturales específicas mientras que el hipertexto, por el contrario, integra todas las expresiones culturales; por eso la cultura de la ‘virtualidad red’ determina la comunicación en todos los contextos y los procesos sociales con los que se relaciona (Fernández-Carrión, 2008, p.88).

Internet es el espacio en el cual todas las culturas se unen. Todas las personas (por lo menos teóricamente) tienen acceso y pueden contribuir con cuanto quieran, en el idioma que quieran, en la plataforma que quieran, utilizando el medio que quieran. En el ciberespacio las culturas se cruzan, chocan y pueden también fusionarse. Debido a la rapidez del internet y a su inmediatez es que se dice que este es atemporal.*

Lo que caracteriza al nuevo sistema de comunicación, basado en la integración digitalizada e interconectada de múltiples modos de comunicación, es su capacidad de incluir y abarcar todas las expresiones culturales. (Castells, 2005, p. 407)

Por esta razón, la expresión cultural y la creación humana en los nuevos medios de comunicación están hipervinculadas, ya que mientras las experiencias individuales pueden existir fuera del hipertexto, las experiencias colectivas, los mensajes compartidos y todo aquello que suma a la cultura como medio social, son captados

generalmente por el hipertexto, en el cual la fuente se establece como la ‘virtualidad real’ (Fernández-Carrión, 2008, p. 92).

Si bien vivimos las experiencias en el día a día —en la vida real, por así decirlo—, hoy en día el ser humano tiende a compartirlo todo, en especial mediante redes sociales. Comparte una foto de lo que está comiendo, qué película ha visto últimamente, un *selfie* en un evento, noticias importantes, etc.; es por eso que se dice que vivimos una ‘virtualidad real’.

Es precisamente debido a su diversificación, multimodalidad y versatilidad por lo que el nuevo sistema de comunicación es capaz de abarcar e integrar todas las formas de expresión, así como diversidad de intereses, valores e imaginaciones, incluida la expresión de conflictos sociales. (Castells, 2005, p.407)

2.2 El yo en la sociedad red

En el comienzo de la era informacional se vivió una crisis de identidad de aquellos valores característicos de la era industrial, debido a la aparición de las redes de riqueza, poder e información en la actual sociedad postindustrial, la cual cambia de significado y de función a sus principales instituciones generales (Estados nación), particulares (familia, nexo de unión biológica y común acuerdo) o colectivas (los grupos sociales unidos por diversos motivos). Esto dio paso a un nuevo tipo de sociedad, en la cual se imponen la regla del multilateralismo y los aspectos negativos de los factores mencionados (Fernández-Carrión, 2008, p.94).

Esta crisis de identidad se da como consecuencia de la gran cantidad de información con la que se cuenta y del proceso de unificación de diversas costumbres pertenecientes a diferentes culturas. En otras palabras, así como la globalización tiene algunas ventajas culturales, tales como la unión de comunidades o una mayor accesibilidad a bienes que antes no se podían obtener, también tiene desventajas como la pérdida del sentido de pertenencia a la comunidad de origen, al homogeneizarse las costumbres, o la pérdida de algunas costumbres propias. Pero la globalización no es

solo la cultura occidental expandiéndose en todo sentido; es un intercambio de elementos culturales entre la cultura occidental y las demás. De esta forma, la manera en que uno procesa toda esta información —o cuál información procesa— es la forma en que uno crea o refuerza su identidad. Por su parte, Barglow señala la siguiente paradoja de la era de la información: mientras las TIC y la interconexión aumentan la organización y la integración en el humano, a la vez transforman el tradicional concepto occidental de sujeto separado e independiente.

El paso histórico de las tecnologías mecánicas a las de la información ayuda a subvertir las nociones de soberanía y autosuficiencia que han proporcionado un anclaje ideológico a la identidad individual desde que los filósofos griegos elaboraron el concepto hace más de dos milenios. En pocas palabras, la tecnología está ayudando a dismantelar la misma visión del mundo que en el pasado alentó. (Barglow, como se citó en Castells, 2005, p.49)

Según Castells, se produce la disolución de las identidades compartidas, que a su vez significa la disolución de la sociedad como sistema social significativo, lo cual puede ser considerado como el estado de cosas de nuestro tiempo (como se citó en Fernández-Carrión, 2008, p. 94). Lo que queda es un mundo que mira hacia los mercados, las redes, los individuos y las organizaciones estratégicas. No hay una aparente necesidad de contar con identidades, por lo menos no las colectivas, ya que se impone individualmente la cultura de la supervivencia del día a día, los impulsos de poder particulares, locales o globales. Además, se trata de un mundo en el que se reafirman los nacionalismos y la imposición de la ley del mercado, y destaca más que nada la individualización social en torno a una visión del mundo centrada en el yo, frente a una centrada en la cultura y los valores generales, los cuales en la nueva sociedad parecieran no existir por su cambiante representación en la red (Fernández-Carrión, 2008, p.95). En este estado, el yo totalmente aislado “parece irrecuperablemente perdido para sí mismo” (Barglow, 1994, p.185).

Con tanta información y de tan diversa índole, algunas incluso contradictorias, las personas se encuentran en constante búsqueda de una identidad o tratan de reafirmarla. Es en esta búsqueda que suelen hacer publicaciones en internet, pues sienten la necesidad de compartir información y de expresarse.

En una sociedad postindustrial, en la que los servicios culturales han reemplazado los bienes materiales en el núcleo de la producción, la defensa del sujeto, en su personalidad y su cultura, contra la lógica de los aparatos y mercados, es la que reemplaza la idea de la lucha de clases. (Touraine, como se citó en Castells, 2005, p.49)

Sin embargo, como afirma Castells (1995, p. 485) las sociedades no están compuestas por sujetos pasivos resignados. En este proceso de cambio, se produce una crisis de legitimidad que vacía de significado y función a las instituciones de la era industrial. En estas nuevas condiciones, “las sociedades civiles se reducen y desarticulan, ya que no hay conexión entre la lógica de la creación de poder en la sociedad red y la lógica de la asociación y la representación en las sociedades y culturas específicas” (Castells, 2004, pp. 33 y 393). Es por esto que surgen otras nuevas identidades, las cuales siguen en construcción constante. Según Castells, las ‘identidades legitimadoras’ son aquellas que han sido introducidas por las instituciones dominantes para extender y racionalizar su dominación frente a los actores sociales. De ahí surgen dos identidades más: las ‘identidades de resistencia’, aquellas generadas por actores que se encuentran en condiciones devaluadas o estigmatizadas, por lo que construyen trincheras de resistencia y supervivencia basándose en principios diferentes a los que las instituciones de la sociedad imponen (2004, p. 30).

Surgen además las ‘identidades proyecto’, las cuales se dan cuando los actores sociales construyen una nueva identidad que redefine su posición en la sociedad, buscando la transformación de toda la estructura social (Castells, 2004, p. 30). Estas identidades, al contrario de las ‘identidades de resistencia’, no surgirían de las antiguas identidades de la sociedad civil, sino del desarrollo de las identidades de resistencia existentes. Formula Castells entonces que cuando los sujetos se construyen, ya no lo hacen basándose en las sociedades civiles, las cuales están en proceso de desintegración, sino como una prolongación de la resistencia comunal (2004, p. 34).

Estas identidades parecieran ser una continuación de las antiguas, propias de la sociedad civil de la era industrial, ya que se construyen en torno a valores tradicionales como Dios, patria y familia. Sin embargo, ambas no se comunican entre sí, ya que se

basan en principios muy distintos, mientras que con el Estado nación se comunican solamente para negociar intereses específicos (Castells, 2004, p. 89).

Se puede decir que el grupo de personas con enfermedades mentales se identificaría con las 'identidades de resistencia', pues se encuentran en condiciones devaluadas, son estigmatizados por la sociedad y sobreviven como resistencia a las instituciones. Pero lo que no se ha visto (aún) es una identidad clara, que busque la transformación de la sociedad; es decir, que las enfermedades mentales y quienes las sufren surjan como 'identidad proyecto'. Esto puede deberse justamente a la estigmatización y al miedo de alzar la voz. En palabras de Castells (1995):

El resultado histórico de este proceso (espacio de flujos) podría ser el anuncio de una era caracterizada por la inestable coexistencia de logros humanos extraordinarios y la desintegración de grandes segmentos de la sociedad, junto con la existencia generalizada de una violencia sin sentido (ya que la imposibilidad de la comunicación transforma a las otras comunidades en extraños y por lo tanto en potenciales enemigos). (p. 485)

2.3 Sociedad red o sociedad del miedo

El miedo ha sido una constante en la historia de la humanidad, al igual que otros factores tales como el odio, la compasión, el respeto y la violencia. Pueden darse tanto por separado como juntos, y aparecer en una acción determinada:

El miedo debe entenderse como el principio de una actitud pre/pos o antecesora/sucesora de un acto humano. Una acción puede desarrollarse individualmente o en grupo por los condicionantes del odio, la compasión, el respeto y la violencia, mientras que el miedo es el resultado de una reacción o es el estado previo a una acción, o ambas a la vez. (Fernández-Carrión, 2008, p.97)

En la sociedad red se es más vulnerable al miedo; primero porque se vive inmerso en una transformación constante de identidades individuales y colectivas, y

segundo porque los valores tradicionales industriales (familia, trabajo permanente, valores culturales, etc.) entran en crisis. Según Fernández-Carrión, estos factores son suficientes para determinar un estado de crisis y una propensión a la soledad, al individualismo, a la insolidaridad, al egoísmo, a la depresión y sobre todo al miedo (2008, p.97).

Así como Castells pone énfasis en las identidades colectivas de la sociedad red (2004, p. 29), Fernández-Carrión introduce el factor del miedo como determinante del nuevo comportamiento social, el cual supera la respuesta biológica individual del simple resultado de un estado de ánimo o de una reacción ante un hecho determinado (propio de una sociedad preindustrial), para convertirse en la actitud de la mayoría de la sociedad ante la realidad que vive y sufre, por la cual a veces se rebela en soledad, individualmente (2008, pp. 98-99).

La crisis de identidad en la sociedad red, la necesidad por reafirmar la identidad propia, así como la constante propensión a la soledad, insolidaridad y egoísmo que se vive en la sociedad del miedo, son factores que juntos pueden generar violencia en la red. Esta violencia se transmite en internet como mensajes de odio, mejor conocidos como discursos de odio. Con todas las plataformas que existen, con toda la libertad con que se cuenta para expresarse y con la facilidad de escudarse en el anonimato, es fácil que los mensajes de odio se difundan en la red. Y el grupo de personas con enfermedades mentales es un blanco fácil.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Para la presente investigación, se realizó un estudio trasversal que implicó la recolección de datos de una muestra de individuos en tres ocasiones específicas para ser usados como base para inferir las características de la población. Y se utilizó el muestreo no probabilístico discrecional; es decir que la selección de muestras no fue aleatoria sino que se tomaron decisiones acerca de las publicaciones que serían incluidas en la muestra, sobre la base de ciertos criterios incluyendo el conocimiento previo sobre el tema de investigación y el juicio profesional (Jupp, 2006, pp. 53, 146 y 197).

Para la codificación de los datos se realizó un análisis de contenido red inductivo, es decir que se analizó el contenido en la red utilizando medidas cuantitativas para la frecuencia de aparición de elementos particulares, tales como la presencia de un discurso negativo en las publicaciones, y por medio de la inducción se crearon y separaron los datos por categorías. Este método de análisis fue elegido con el fin de crear una estrategia de codificación con categorías basadas en la teoría existente, para asegurar la validez y viabilidad del estudio. (Athanasopoulou et al., 2015, p. 3; Spannagel, Gläser-Zikuda y Shroeder, 2005, p. 4; Elo et al., 2014, p. 2).

3.2 Recolección de datos

Para la recolección de datos se empezó por crear una cuenta de Facebook nueva y sin vinculación a página, persona o cuenta alguna, para lo cual se creó también un correo nuevo sin vinculación a ningún correo o cuenta. Se tuvieron en cuenta todas las publicaciones del año 2015.

Se realizaron tres búsquedas generales. Una fue hecha el 17 de setiembre de 2016, otra el 8 de enero de 2017 y, por último, una el 21 de junio de 2017. La primera búsqueda se realizó mediante Google Advanced Search, buscando el término ‘bipolar’ bajo las restricciones de país a ‘Perú’ y de páginas a ‘Facebook.com’. No se hubo restricción en cuanto al tiempo o última actualización, puesto que cuando estas tres restricciones iban juntas no se obtenía ningún resultado, pero sí se tomó en cuenta la fecha en que se realizó la publicación en la red social. Con esta búsqueda se obtuvo 44 resultados.

La segunda búsqueda se realizó luego de que se actualizara la página de Facebook junto con su buscador en el Perú. Se realizó lo que se conoce como Facebook Search, que permite una búsqueda más extensa y precisa en la página. Se buscó el término ‘bipolar’ en el buscador y se filtraron los resultados por ubicación (‘Lima’) y fecha de publicación (‘2015’). Esta búsqueda dio como resultado 414 publicaciones.

Una tercera búsqueda se realizó para confirmar los datos, y en esta se obtuvo 370 resultados; este número luego se redujo a 362 ya que mientras se confirmaban datos, algunas publicaciones desaparecieron. Esto probablemente sucedió porque fueron eliminadas, porque la persona eliminó su cuenta de Facebook o cambió el estado de privacidad de la publicación de su página, o porque las personas cambiaron de nombre o el hipervínculo cambió.

Para un correcto análisis de datos, solo se tuvo en cuenta las publicaciones que tuvieran la palabra ‘bipolar’ y los comentarios en dichas publicaciones. Además, también se consideró los comentarios de alguna otra publicación, aunque esta no tuviera la palabra ‘bipolar’ en ella si es que el comentario la tenía. Por esta razón, no se

consideraron páginas, personas o grupos con la palabra ‘bipolar’ en el nombre para este estudio, como tampoco páginas o personas con la palabra ‘bipolar’ en la descripción. Esto se debió a la gran cantidad de páginas que contenían la palabra ‘bipolar’ en su nombre, pero las páginas en sí no presentaban ninguna actitud para con la enfermedad. Por ejemplo, se encontró una página (y varias publicaciones) de una marca de zapatos llamada Bipolar. El término bipolar puede ser usado sin referirse a la enfermedad, pues significa, además, algo que tiene dos polos.

El resultado final fue 202 ya que no se incluyeron aquellos comentarios que, si bien eran de publicaciones sobre la bipolaridad o que la mencionaran, aludían a otros temas.

3.3 Codificación y análisis de datos

El análisis del contenido de las publicaciones se realizó mediante una hoja de cálculo de Microsoft Excel. El marco de la codificación se realizó teniendo como base teoría existente sobre otros estudios realizados para temas parecidos, con el fin de asegurar la validez y fiabilidad del estudio.

Primero se decidió clasificar a las publicaciones según la calidad de información en ellas, es decir clínico o no clínico (Pavelko y Myrick, 2015, pp. 2 y 3). Para esto, también se analizó si las publicaciones de carácter clínico nombraban alguna fuente, con el fin de analizar su rendición de cuentas y confiabilidad (Athanasopoulou et al., 2013, pp. 3-5; Khazaal et al., 2008, pp. 2-4).

Luego se decidió clasificar a las publicaciones según la actitud general que presentaban (Li et al., 2015, p. 5), ya sea esta neutral, positiva o negativa (Athanasopoulou et al., 2015, p. 5). Si la publicación tuvo una actitud negativa, se procedía a clasificarla según el tipo de actitud estigmatizadora que presentaba, sea trivial, discriminatoria, benévola o de negación (Ilic et al., 2013, p. 6).

Para clasificar las publicaciones según la actitud ante la bipolaridad, se tuvo en cuenta solo las primarias que contuviesen la palabra ‘bipolar’ y los comentarios que también la tuviesen o que hiciesen referencia a ella por la publicación.

Luego de la codificación, se volvió a revisar los resultados una segunda y tercera vez para asegurar la fiabilidad y estabilidad del análisis de contenido dentro del evaluador, como indica Lederman (como se citó en Athanasopoulou, 2015, p. 7).

Tabla 3.1 Indicadores para la calidad de la información sobre enfermedades mentales en redes sociales

Calidad de la información	Indicadores
Clínica	Comentarios con referencia a diagnóstico, tratamiento o síntomas.
No clínica	Comentario negativo, comentario positivo/alentador, opinión sobre enfermedad/personas con enfermedad, crítica constructiva, crítica negativa, chiste/burla, insulto, comentario/opinión sobre algo en específico/un tema diferente.

Fuente: Elaboración propia

Pavelko y Myrick (2015, p. 2) definen a las publicaciones clínicas como aquellas que denotan una observación objetiva, se refieren al tratamiento de la enfermedad con un enfoque en pacientes realistas y atención al paciente. Estas publicaciones deben referirse a síntomas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. También incluyen aquellas que hablan sobre el bienestar del paciente. Para este estudio tenemos en cuenta específicamente aquellas publicaciones que se refieran a la enfermedad en relación con los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad (ver Tabla 3.1).

Las publicaciones no clínicas incluyen todo comentario que no refiera ni mencione algún aspecto de la enfermedad, como los síntomas, el tratamiento, la medicación, etc. Incluye comentarios que presentan una actitud ante la enfermedad, ya sea positiva o negativa. Pero también incluye aquellos comentarios que, sin presentar alguna actitud, no mencionan ningún aspecto objetivo, real u observable de ella.

Tabla 3.2 Indicadores para las formas de representación de las actitudes sobre el trastorno bipolar en las redes sociales

Actitud general	Indicadores
Positiva	Comentario alentador/positivo, opinión/expectativa positiva sobre enfermedad/personas con enfermedad, crítica constructiva.
Negativa	Comentario estigmatizador, opinión despectiva sobre la enfermedad/personas con enfermedad, crítica negativa/destructiva, chiste/burla, insulto.
Neutral	Comentario parcial, que no presenta una actitud hacia la enfermedad, ni negativa, ni positiva.

Fuente: Elaboración Propia

Athanasopoulou et al. (2015, p. 5 y 6) clasifican los videos sobre la esquizofrenia como positivos/neutrales y negativos. En este caso, se decidió por clasificarlos como: positivos, neutrales y negativos (ver Tabla 3.2).

Tabla 3.3 Indicadores para los patrones de segregación en redes sociales y sus estrategias retórico-discursivas

Actitud estigmatizadora	Indicadores
Trivial	Burla, chiste, banalización.
Discriminatoria	Insulto, crítica destructiva, adjetivos negativos, opinión despectiva.
Negación	Negación de enfermedad, negación de síntomas, comentario en contra de algún tratamiento.
Benévola	Comentario estigmatizador pero que aparenta buenas intenciones. Comentario condescendiente.

Fuente: Elaboración propia

Ilic et al. (2013, p. 6) propone que la discriminación es la actitud pública del estigma y sugiere cuatro dimensiones de discriminación: discriminación hostil, discriminación benévola, tabú y negación. En este estudio se clasifican las publicaciones con actitud negativa en relación con su actitud estigmatizadora, y se consideran estos cuatro tipos: trivialización (Pavelko y Myrick, 2015, p. 1-2), discriminación (que viene a ser la discriminación hostil de Ilic et al., 2013, p. 6), negación y benévola (Ilic et al., 2013, p. 6) (ver Tabla 3.3).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 Características generales

De los 202 resultados, 51 son publicaciones (25,25%) y 151 son comentarios (75,75%). Esto puede crear la ilusión de que el tema genera bastante debate, pero como veremos más adelante, debe realizarse un análisis de mayor profundidad. De las 51 publicaciones, 37,25% pertenecen a páginas representativas de instituciones con una mediana de 7.056 seguidores, y 62,75% pertenecen a personas. Esto podría reflejar que los valores individuales prevalecen sobre los institucionales, aunque estos últimos tengan un mayor alcance (ver Tabla 4.1.1).

Tabla 4.1.1 Características generales de las publicaciones

Tipo de publicación	Frecuencia
Publicación institucional	19
Publicación personal	32
Total	51

Fuente: Elaboración propia

Es así que de los 151 comentarios, 87,42% han sido hechos en alguna de las 19 publicaciones realizadas por las páginas (ver Tabla 4.1.2).

Tabla 4.1.2 Características generales de los comentarios

Tipo de comentario	Frecuencia
Comentario en una publicación institucional	132
Comentario en una publicación personal	19
Total	151

Fuente: Elaboración propia

4.2 Calidad de la información

De los 202 resultados, solo 11,88% son calificados como clínicos. Esto demuestra la baja calidad de la información, pues la misma no es científica (ver Tabla 4.2.1).

Tabla 4.2.1 Calidad de la información de las publicaciones en general

Tipo de publicación	Frecuencia
Clínicas	24
No clínicas	178
Total	202

Fuente: Elaboración propia

En las publicaciones clínicas, la actitud general más presente fue la ‘neutral’, representando el 75% de los resultados: “ser bipolar lo tiene que decir [*sic*] un médico o un psicólogo o psiquiatra, no es un juego eso se medica” (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPb, 2015). Este, por ejemplo, sería el caso de un comentario clínico neutral, ya que habla sobre el diagnóstico de la enfermedad, mas no muestra ninguna actitud hacia ella, ni positiva ni negativa.

Siguiendo a la actitud ‘neutral’, están la actitud ‘positiva’ y la ‘negativa’ ambas con 12,5%. Esto señala que la mayoría de resultados clínicos tienden a la neutralidad; sin embargo, pueden expresar un juicio negativo o positivo del trastorno.

Conozco muy de cerca a una persona con bipolaridad; lo heredó de su papá; todo está bien si toman de por vida los medicamentos; pero si dejan de tomarlos tienen fuertes crisis y cambios muy rápidos de estado de ánimo. Esta persona toma sus medicamentos y destaca en lo que realiza; además tiene muy buena memoria y desarrollo intelectual; pero en su lucha por no querer tomar los medicamentos ha tenido fuertes recaídas. (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPa, 2015).

Este es un comentario clínico positivo, ya que habla sobre los medicamentos y cómo afectan la vida de una persona bipolar. Es considerado positivo porque muestra un mensaje alentador cuando dichas personas toman medicamentos.

Por otro lado, también se da el caso de algunos comentarios clínicos con actitud negativa: “Una persona bipolar ya tiene trastornos depresivos sin haber fumado...” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maniacos en gente bipolar”, 2015). En este caso, hablamos de un comentario hecho en una publicación de RPP, el cual indica que el uso de la marihuana puede favorecer la aparición de síntomas maniacos y depresivos en personas con trastorno bipolar. Esta fue la publicación con más comentarios (122) y generó bastante polémica y debate entre los usuarios. Pero los usuarios se dedicaron más a comentar sobre la marihuana o culpar a la página de querer ‘satanizar’ a la planta, mientras que los efectos que podrían producir en la enfermedad bipolar fueron relegados a un segundo plano. Solo 40 comentarios (32,79%) hacían alusión a la enfermedad.

En esta publicación la mayoría de comentarios muestra dos actitudes: en contra y a favor de la marihuana; si abordaban la bipolaridad, lo hacían de forma negativa. Un 75% de los comentarios mostraban una actitud negativa. Más relevancia tuvo el tema de la marihuana que la bipolaridad. En este caso, se trata de un comentario clínico negativo, pues se presenta como información clínica sobre la enfermedad bipolar y, sin embargo, se trata de información errada. Cabe resaltar la importancia de publicar y difundir información; sin embargo, muchas veces esto trae consecuencias no deseadas tales como impulsar la trivialización y la estigmatización.

Del total de resultados clínicos, 13 (54,17%) incluían alguna fuente y 10 (41,67%) pertenecían a alguna página institucional. Esto muestra que, incluso tratándose de información clínica, casi la mitad no incluye fuentes pero simulan contar con información confiable.

Solo existe un caso de publicación personal con fuente: “Ciclotimia: la versión leve del Trastorno Bipolar” (Publicación personal, 2015). En este caso, una persona publica un hipervínculo de una página con un artículo escrito por un psicólogo, quien explica qué es la ciclotimia.

Por otro lado, casi la mitad (47,37%) de las publicaciones institucionales no incluye fuente: “Descubre los síntomas de una persona bipolar y podrás tratarlo. ¡Ingresa aquí! Conoce los síntomas de una persona bipolar.” (Peru.com, 2015). Esta es una publicación hecha por una página institucional de tipo clínico neutral sin fuente. Es clínico porque habla sobre los síntomas de la enfermedad; sin embargo, no cita fuente alguna ni en la publicación ni en el hipervínculo. Esto es algo a considerar pues las páginas institucionales suelen tener más alcance y son consideradas confiables.

Resultaron 151 (74,75%) comentarios en total, de los cuales 132 (87,42%) fueron hechos en alguna de las publicaciones realizadas por las páginas institucionales. Solo 19 (12,58%) fueron realizados en publicaciones personales. De estos comentarios, solo diez (6,62%) son de carácter clínico y apenas dos (1,32%) citan una fuente.

está [sic] información lo ponemos [sic] como referencia por algunas consultas [sic] sobre el tema... sí [sic] desean ver mas [sic] información sugerimos visitar m.medlineplus.gov/spanish/ency/article/000926.htm pero sí [sic] presenta un caso particular es mejor ver a un psicólogo profesional. Trastorno bipolar: Medline Plus enciclopedia médica. (EstarBien Perú – Psicología y Coaching, 2015)

Este es un comentario hecho en una publicación de una página institucional, por la misma página. Ellos colocan un hipervínculo externo que lleva a una página de medicina, en la cual se habla sobre la enfermedad, su diagnóstico, síntomas y tratamiento, por lo que se considera como comentario clínico y con fuente.

Bipolar se hacen [sic] llamar cualquiera, porque esta alegre [sic] y después esta triste o viceversas [sic]. quien [sic] no a [sic] escuchado salir esa palabra de miles de adolescentes? al igual son cosas muy diferentes inestabilidad emocional a Bipolaridad. son Palabras mal usada [sic] y cualquiera no puedes [sic] diagnosticar Bipolaridad o inestabilidad emocional. eso lo hacen los profesionales de la salud mental (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPb, 2015).

Este es un comentario clínico sin fuente, ya que hace referencia al diagnóstico de la enfermedad, mas no cita ninguna fuente de su argumento.

De los 202 resultados, 88,12% son de tipo no clínico. De ese total, 30% presenta una actitud neutral.

Exacto y también no debe de mencionarse a la ligera porque como bien dices no es tan simple como estar triste luego alegre o decir una cosa Hoy y otra mañana, es algo realmente fuerte doloroso para quienes lo viven (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPb, 2015).

Este es un comentario de carácter no clínico con una actitud neutral, pues si bien explica lo que no es la enfermedad, no menciona qué sí lo es, ni algún síntoma del diagnóstico o tratamiento. Cabe recalcar que menciona la trivialización de la enfermedad.

Del total de resultados no clínicos, solo un 1,12% presentaba una actitud positiva. Un caso de comentario con actitud positiva fue visto en la publicación realizada por *Peru.com*: “Fuerza para la personas con alteraciones mentales” (“Conoce los síntomas de una persona bipolar”, Peru.com a 2015), pues transmite un mensaje alentador a las personas con alguna enfermedad mental. Este fue el único comentario no clínico positivo.

Del total de resultados no clínicos, el 82,02% presentó una actitud negativa hacia la bipolaridad, lo cual indica un alto porcentaje de discriminación o segregación

hacia ella: “al ser bipolar ya stas cagaooo [sic]” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maniacos en gente bipolar”, 2015). Este es el caso de un comentario no clínico con actitud negativa hacia la enfermedad, pues da a entender que alguien bipolar se encuentra en un callejón sin salida, y estigmatiza así a quienes sufren dicho trastorno.

Del total de los resultados calificados como no clínicos, 37 (20,79%) eran publicaciones. Cabe resaltar que ninguno de los resultados no clínicos citó una fuente, lo que resalta la baja calidad de la información sobre la bipolaridad en las redes sociales. Un ejemplo de esto se da en la publicación personal: “Bipolar :)” (Publicación personal, 2015). Este caso trata de una publicación de carácter no clínico sin fuente con una actitud negativa, ya que trivializa a la enfermedad al poner ese juego de emoticones.

Por otro lado, están los comentarios no clínicos sin fuentes: “hahahaha [sic] y muchos creen que son bipolares por que [sic] andan indecisos de las cosas que quieren” (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPa, 2015). Este caso se refiere al hecho de que muchas personas se autodiagnostican como bipolares sin saber que se trata de un trastorno mental y sin conocer sus síntomas específicos, tal como muestra el ejemplo anterior.

4.3 Formas de representación de las actitudes sobre la bipolaridad

Tabla 4.3.1 Actitud general en las publicaciones hacia el trastorno bipolar

Actitud general	Frecuencia
Negativa	149
Neutral	48
Positiva	5
Total	202

Fuente: Elaboración propia

Siendo la actitud general ‘negativa’ la que más se percibió en los resultados, con un 73,76%, se puede apreciar el alto porcentaje de segregación en la red social de Facebook. La actitud ‘neutral’ cuenta con 23,76% de los resultados y la ‘positiva’ con

2,48%. Si bien hay muy poca actitud positiva, el porcentaje de neutralidad es un elemento a destacar: “Lo toman como un chiste cuando no tienen ideando [sic] cuanto sufren las personas y familiares de personas con esta enfermedad” (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPa, 2015). Este es un caso no clínico neutral que se refiere a la carga emocional de quienes sufren trastorno bipolar y de sus familiares (ver Tabla 4.3.1).

si te diagnostican bipolaridad no es un juego, tienes que llevar tratamiento con pastillas toda tu vida. Se puede controlar con tratamiento, no es para burlarse o para tildar a cualquiera de bipolar. Primero vayan a wikipedia [sic] y sepan realmenta [sic] de qué trata. (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPb, 2015)

Este es un comentario clínico positivo, ya que habla sobre el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento, y muestra una actitud alentadora hacia la enfermedad, indicando que puede ser controlada y que no debería de ser objeto de burla.

Bastantes comentarios no clínicos negativos (70%) se encuentran en la publicación acerca de los efectos negativos de la marihuana en las personas bipolares: “Encima si están mal de la cabeza, como [sic] reaccionarán” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maníacos en gente bipolar”, 2015). En este caso el usuario estigmatiza a aquellas personas con trastorno bipolar al referirse a ellas como si estuvieran “mal de la cabeza”.

De las 51 publicaciones, 70,59% mostraban una actitud negativa, lo que representa un 24,16% del total de los resultados (es decir, publicaciones más comentarios) con actitud negativa. Por otro lado, un 29,41% tenía una actitud neutral. No se encontraron publicaciones con actitud positiva. La mayoría de las publicaciones con actitud neutral fueron realizadas por páginas institucionales (86,67% de las publicaciones neutras): “Hay señales de alerta que se deben tomar en cuenta para buscar ayuda especializada ante casos de bipolaridad. Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar” (RPPa, 2015). Este, por ejemplo, es el caso de una publicación realizada por una página institucional (RPP), clínica y con actitud neutral. Presentan los signos para reconocer a una persona bipolar con un hipervínculo en un artículo que

cuenta con fuentes fiables, tales como psiquiatras del Instituto Nacional “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

En el caso de las publicaciones con actitud negativa, la mayoría (93,75%) eran publicaciones personales: “Ser bipolar es malo #cambiare [sic]” (Publicación personal, 2015). Esta, por ejemplo, es una publicación de carácter no clínico en que se percibe una actitud negativa. Aquí se utiliza mal el término bipolar, además de que se le califica negativamente (“Ser bipolar es malo”). La etiqueta (*hashtag*) “#cambiaré” indica la trivialización del término.

De los 151 comentarios, el 74,83% presentaba una actitud negativa, mientras que 21,85% mostraba actitud neutral y 3,31%, una actitud positiva; estos resultados son similares a los de las publicaciones.

Un ejemplo de comentario con actitud neutral se encuentra en la publicación realizada por *Peru.com*: “Muchas veces se confunde la bipolaridad con la inestabilidad emocional” (“¿Cuáles son los síntomas del trastorno bipolar?”, *Peru.com*, 2015). Este comentario es de carácter no clínico con actitud neutral. Al igual que otros usuarios de la red social, se refiere al desconocimiento de lo que es el trastorno bipolar y su uso frecuentemente trivial.

Yo soy bipolar II, lo digo con conocimiento de causa, la mayoría lo toma a broma, pero en verdad es una enfermedad difícil, sino [sic] se trata, ahora después de 5 años estoy controlada con la medicación adecuada y llevo una vida se puede decir normal. (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPa, 2015)

Este es un comentario clínico positivo, ya que se trata de un usuario que se autodiagnostica con un tipo específico de trastorno bipolar (tipo II), y también menciona cómo gracias a su tratamiento (medicación) puede llevar una vida que “se puede decir normal”.

Por otro lado, están los comentarios con actitud negativa: “como que a reconocer [sic], si todas sufren de lo mismo, es algo natural” (“Signos que ayudan a

reconocer a una persona bipolar”, RPPb, 2015). En este caso, tratamos con un comentario no clínico con una actitud negativa. Como podemos ver en este ejemplo, el usuario hace un chiste machista a costa de la enfermedad bipolar, trivializando así a la enfermedad. La publicación trata sobre los signos que ayudan a reconocer a una persona que padezca trastorno bipolar. “Todas sufren de lo mismo”; con esta burla se afirma que todas las mujeres padecen de este trastorno.

4.4 Patrones de segregación y sus estrategias retórico-discursivas

Siendo la actitud negativa hacia el trastorno la predominante, se encuentran cuatro tipos de actitudes estigmatizadoras: trivial, negación, discriminación y benévola. La actitud trivial es la que más se puede percibir, con un 76,51% del total de las publicaciones con actitud negativa y 55,94% del total de publicaciones. Ese resultado es importante porque la trivialización implica banalización y le resta estatus de enfermedad y, por lo tanto, el sufrimiento y padecimiento es invisibilizado. Por otro lado, se encuentra la actitud de discriminación, con un 12,08% del total de las publicaciones con actitud negativa y el 9,40% del total de publicaciones. Es una buena noticia que la discriminación no ocupe el primer lugar; no obstante, resulta preocupante la poca empatía, tolerancia y sensibilidad hacia quien padece un trastorno. La actitud estigmatizadora de negación arrojó un 6,71% del total de las publicaciones con actitud negativa y 4,95% del total de publicaciones. Por último, la actitud benévola representó un 0,67% del total de las publicaciones con actitudes estigmatizadoras y 0,50% del total de publicaciones.

Tabla 4.4.1 Actitudes estigmatizadoras

Actitud estigmatizadora	Frecuencia
Trivial	114
Discriminación	18
Negación	10
Benévola	1
+ de una actitud estigmatizadora	6
Total	149

Fuente: Elaboración propia

Varios ejemplos claros de comentarios negativos triviales fueron encontrados en la publicación sobre los efectos negativos de la marihuana en una persona con trastorno bipolar (14,04% del total de comentarios triviales): “si eres depre ni la pruebes” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maniacos en gente bipolar”, 2015). En este caso se trata de un comentario no clínico negativo de tipo trivial, ya que se refiere a la enfermedad con la palabra “depre”, reduciendo su importancia al banalizarla.

En esta publicación también existen los comentarios negativos discriminatorios: “Esto explica la conducta enferma de algunas personas que conozco xD” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maniacos en gente bipolar”, 2015). Este caso se refiere a aquellos que viven con trastorno bipolar como personas con una “conducta enferma”.

Por otro lado, tenemos los comentarios del tipo negación: “La mayoría serán [sic] bipolar... me dijeron que yo tengo eso... pero no [sic], para mi” (“Conoce los síntomas de una persona bipolar”, 2015). Este es un claro ejemplo de negación. Lo que el usuario quiere decir es que, a pesar de que le han dicho que es bipolar (aunque no se sabe en qué contexto; puede ser un diagnóstico clínico o solo un comentario), él no lo considera así.

Están también los comentarios de tipo benévolo: “la salud mental es muy importante el equilibrado mental piensa analiza sus actos el impulsivo actua [sic] y ya... despues [sic] ve las consecuencias malas claro [sic]” (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPb, 2015). Este sería un comentario clínico negativo benévolo; clínico porque la persona quiere describir síntomas de alguien con una enfermedad mental, sin embargo aborda con prejuicios o ideas erróneas lo que son o pueden ser las enfermedades mentales.

De las 36 publicaciones con actitud negativa, 33 (91,61%) eran de actitud estigmatizadora trivial y 2 (5,56%) discriminatorias. Una publicación tenía más de una actitud estigmatizadora y ninguna tenía actitudes benevolentes ni de negación.

La mayoría de las publicaciones personales eran negativas de tipo trivial (87,5% del total de publicaciones personales y 93,33% del total de publicaciones personales negativas): “Losiento [*sic*] pero soy bipolar!!! ☺” (Publicación personal, 2015). Esta es una publicación de calidad no clínica y trivial. Quien la hace se disculpa por ‘ser bipolar’, pero a la vez incluye un emoticón sonriente. Eso implicaría un mal entendimiento y mal uso de la palabra bipolar, otra vez como un adjetivo calificativo y no como un trastorno mental.

Sin embargo, después de cuatro siglos se pretende juzgar la conducta de una persona (ya canonizada) bajo un diagnóstico psiquiátrico; que por cierto, nace recién en el siglo XIX. No contentos con ello, se le atribuye un vil juicio blasfemo, con el pseudo respaldo de un par de psiquiatras no muy ‘profesionales’ puesto que, sin EXAMINAR a la paciente y solamente basándose en supuestos, se prestaron a emitir este “arriesgado” diagnóstico de escarnio: disturbios emocionales de personalidad, de conducta, de autoflagelación, impulsos masoquistas, esquizofrenia, locura, problemas mentales, psicosis bipolar, personalidad limítrofe, autolaceración, anorexia, historia de abuso psicológico, sexual, físico o violación... Lo que sí reconozco, es que haciendo uso de la delgada línea de libertad de ‘opinión’, y abusando de las limitaciones de la ley y la falta de conciencia y criterio cívica, se pretende con vulgaridad, confundir la verdad con medias verdades: difamando, ultrajando, blasfemando, ofendiendo, insultando, injuriando, humillando, vejando y agraviando la memoria, de una Santa de la iglesia Católica, como lo es Santa Rosa de Lima. (Publicación en página institucional, 2015)

Esta es una publicación hecha por una persona en una página institucional. Este caso es también de carácter discriminatorio, si bien el tema principal no es el trastorno bipolar. La persona que realiza el comentario se refiere a un artículo publicado por la página web Dedo Medio, en la cual se comentaba que ciertos psiquiatras señalaban que Santa Rosa de Lima sufrió diversos trastornos mentales, entre ellos el bipolar. Según quien escribe esto, se trata de un “vil juicio”, una difamación, un insulto, una humillación. Esto no solo muestra discriminación sino también el bajo entendimiento y mal juicio que se tiene de las enfermedades mentales. Cuando se trata de fanatismo

religioso, se refleja con más claridad el bajo valor y el estigma que se tiene frente a los trastornos.

De los 113 comentarios con actitud negativa, 81 (71,68%) eran triviales, 16 (14,16%) discriminatorios, 10 (8,85%) de negación y 1 (0,88%) benévolo. Además, 5 (4,42) tenían una o más actitudes estigmatizadoras.

En el caso de la publicación acerca de la marihuana y sus efectos negativos en personas con trastorno bipolar, un gran porcentaje (40%) eran comentarios de tipo negativo trivial: “Gracias a Dios, no soy Bipolar... Y no andes inventando RPP,!!! [sic]” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maníacos en gente bipolar”, 2015). Es un comentario con una actitud negativa trivial puesto que bromea a costa de la enfermedad bipolar.

Todo tergiversado cobarde....que [sic] clase de individuo es este...doble cara, trastornado, bipolar. Una vergüenza que un periódico en España le sacó un editorial a Nadine sobre su perfil psicológico [sic] y no la dejó bien parada.....todos viven asombrados de la maestría [sic] para envolver, arribista, manipuladora, prepotente, falsa.....que triste [sic]. (“Ollanta Humala sobre declaraciones en España: ‘Fueron tergiversadas’”, Peru.com b 2015)

En este caso, el usuario está criticando a un político y utiliza la palabra bipolar como un insulto.

Por otro lado, están los comentarios con actitud negativa de tipo negación: “Eso no existe, simplemente es malacrianza” (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, RPPa, 2015). Este es un ejemplo claro de negación, ya que no solo niega la existencia de la enfermedad sino que lo caracteriza como una simple mala actitud, además de discriminarla.

Un ejemplo de un comentario con actitud estigmatizadora benévola es el siguiente: “si ps [sic] para los bipolares no para la gente normal” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maníacos en gente bipolar”, 2015). Este fue hecho en la publicación de *RPP* sobre el consumo de marihuana en pacientes con trastorno bipolar.

El usuario trata de explicar lo que dice la publicación, que los cambios maníacos o depresivos que suceden por fumar marihuana suceden en personas bipolares y no en los demás, no en personas ‘normales’. Si bien su intención inicial (o primaria) no necesariamente fue la de estigmatizar a la enfermedad, termina haciéndolo al llamar a las personas que la sufren de “anormales”.

Existen también casos de comentarios que cuentan con más de una actitud estigmatizadora: “Esas personas ya van con su dosis encima XD [sic].” (“Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maníacos en gente bipolar”, 2015). Este es un comentario con actitud estigmatizadora, de carácter trivial y discriminatorio; trivial puesto que es un chiste a costa de las personas que sufren de bipolaridad, y discriminatorio porque a la vez es un insulto.

4.5 ‘Me gusta’

Los resultados científicos obtuvieron más ‘me gusta’ en promedio; esto indicaría que en verdad son estas publicaciones las que agradan más a la gente. Sin embargo, debe recalarse que la mayoría de estos ‘me gusta’ fueron dados a publicaciones hechas por páginas institucionales con miles de seguidores, lo cual asegura que la publicación tenga mayor alcance. Por otro lado, los seguidores sancionan positivamente con el ‘me gusta’, y el hecho de que estas publicaciones tengan un alto promedio es un buen indicio.

Bipolar se hacen [sic] llamar cualquiera, porque esta alegre [sic] y después esta triste [sic] o viceversas [sic], quien no a [sic] escuchado salir esa palabra de miles de adolescentes? [sic] al igual que son cosas muy diferente [sic] inestabilidad emocional a Bipolaridad. son Palabras mal usada [sic] y cualquiera no puedes [sic] diagnosticar Bipolaridad o inestabilidad emocional. eso lo hacen los profesionales de la salud mental. (“Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, 2015)

En este caso, el comentario es de calidad clínica y con una actitud neutral porque menciona el hecho de que no cualquiera puede diagnosticar el trastorno, y que solo deben hacerlo los profesionales. Este es un comentario hecho en una publicación de la página *RPP* y tiene 21 ‘me gusta’.

Por otro lado, el promedio de ‘me gusta’ de publicaciones personales clínicas es de 4,73 mientras que el promedio de ‘me gusta’ de las publicaciones no clínicas es de 2,74.

Tabla 4.5.1 Promedio de ‘me gusta’ en las publicaciones

Tipo de publicaciones	Promedio de ‘me gusta’ de publicaciones en general	Promedio de ‘me gusta’ de publicaciones personales
Clínicos	178,75	4,73
No clínicos	2,06	2,74

Fuente: Elaboración propia

Por ejemplo, hay una publicación personal que cuenta con 90 ‘me gusta’, una cantidad elevada en comparación con otras publicaciones personales que no cuentan con ningún ‘me gusta’: “Soy loca ,Celosa, Histerica [sic] ,Bipolar me encariño rapido [sic],olvido lento me rio [sic] de nada lo mas [sic] importante soy unica [sic] en un millón [sic]” (Publicación personal, 2015). Esta publicación no clínica presenta una actitud negativa trivial. Como se puede ver, la persona que la realizó se describe a sí misma como bipolar, no como autodiagnóstico ni como trastorno mental sino más bien como un adjetivo calificativo, banalizando el término.

La actitud estigmatizadora ‘trivial’ es la que cuenta con más ‘me gusta’, contando con un promedio de 3,75. Sin embargo, los comentarios triviales cuentan con muy pocos ‘me gusta’, con un promedio de 0,32. Mientras que las publicaciones triviales tienen un promedio más elevado, con 12,15 ‘me gusta’. Esto puede deberse a que la mayoría de las publicaciones triviales son publicaciones personales, lo cual significa que los familiares o amigos con los mismos intereses ven la publicación.

Tabla 4.5.2 Promedio de ‘me gusta’ en relación con las actitudes estigmatizadoras

Actitud estigmatizadora	Promedio de “me gusta”
Trivial	3,75
Discriminación	1,27
Negación	0,70
Benévola	0

Fuente: Elaboración propia

Por ejemplo, una publicación personal de carácter trivial cuenta con 13 ‘me gusta’: “Odio ser #Bipolar :/ Es tan genial :D Psdt: Los bipolares lo somos todo *-*” (Publicación personal, 2015). En este caso, quien hace la publicación se autodiagnostica como bipolar y bromea con el sentido de la palabra.



CONCLUSIONES

- En este estudio se realizaron búsquedas en Facebook y se examinaron aquellas publicaciones y comentarios del año 2015 en Lima que tuviesen el término ‘bipolar’, así como los comentarios de estas publicaciones. La mayoría de los comentarios hechos en las publicaciones no tomaban a la bipolaridad como tema principal de discusión; se daba más énfasis a otros temas y el trastorno quedaba relegado a un segundo plano. Por ejemplo, en el caso de la publicación sobre los efectos de la marihuana en personas bipolares, la mayoría de comentarios estigmatizaba al trastorno para manifestar alguna opinión acerca de esta hierba y su consumo. Esto indica que, si bien se realizan bastantes comentarios en las publicaciones que se refieren o mencionan a la bipolaridad, no existe mucho debate sobre ella.
- La gran parte de los resultados del estudio mostró publicaciones o comentarios clasificados como ‘no clínicos’, es decir que no brindaban información sobre la bipolaridad, y muy pocas contenían fuentes fiables. Esto corroboraría otros estudios sobre enfermedades mentales en la web, los cuales indican que la mayor parte de publicaciones realizadas sobre enfermedades mentales no apunta a educar al público (Athanasopoulou et al., 2015, p. 12), que la calidad de la información es generalmente pobre (Khazaal et al., 2008, p. 4), y que la presentación de las enfermedades es incorrecta o cuenta con información inadecuada (Nour et al., 2016, p. 4).
- Una parte importante de los resultados presentaban una actitud neutral (23,76%), incluso la mayoría de comentarios de calidad clínica tuvieron esta actitud (75%). Esto puede ser algo positivo, ya que una actitud neutral sería la más apropiada. Aunque, por tratarse de un trastorno con el que viven muchas personas, lo mejor sería la objetividad.

- La mayor parte de las publicaciones que mencionan o se refieren a la bipolaridad tienen una actitud negativa hacia ella (74,13%), lo cual sugiere que el público tiene percepciones y actitudes negativas sobre la enfermedad y sobre las personas que viven con ella (Athanasopoulou et al., 2015, p. 9-11). Estas mismas publicaciones, con percepciones y actitudes negativas, a la vez van formando otras percepciones en el público que las recibe (Pavelko y Myrick, 2015, p. 7; Athanasopoulou et al., 2015, p. 12), generándose así un círculo vicioso. Teniendo en cuenta que la mayoría de publicaciones son de actitud negativa y que, de estas, la mayoría muestran actitud estigmatizadora trivial, los resultados contradicen parte de la teoría de Castells (1999, p. 7) que rechaza la idea de que en internet la gente converse ‘tonterías’, que solo se cuenten chismes y otras cosas triviales.
- Cabe resaltar el carácter de la relación entre publicación y comentario. Si bien una publicación puede tener buenas intenciones (actitud neutral, intención de informar), igual puede generar comentarios estigmatizadores. Es importante publicar y difundir información objetiva y fiable, pero esto no asegura que se tome con seriedad. Una mejor presentación de la enfermedad y una mejor calidad de información en distintos medios, incluyendo Facebook, así como una mejora en el sistema de salud mental podrían ayudar a combatir el estigma.
- Dada las limitaciones de este estudio, no se pudo realizar una comparación entre los ‘me gusta’ de las publicaciones con actitud trivial y los de aquellas con actitud ‘neutral’. Primero porque gran parte de los resultados que muestran una actitud neutral provienen de páginas institucionales con miles de seguidores, lo cual es un factor decisivo para el promedio de ‘me gusta’ en el caso de las publicaciones neutrales. Además, para la época en que fueron creadas la mayoría de estas publicaciones, todavía no existían reacciones diferentes al ‘me gusta’ en Facebook —como ‘enojo’ o ‘risa’—, las cuales permiten a las personas expresar otras emociones.
- Se puede concluir que la actitud negativa más presente en las publicaciones es aquella que trivializa a la bipolaridad, presentándose en poco más de la mitad de los resultados (56,22%) que hablan sobre dicho trastorno. Además, fue la actitud negativa con más ‘me gusta’, teniendo un resultado de 3,78. Solo dos resultados que trivializan la enfermedad presentan otras reacciones; cuales ambas son ‘me

encanta’, representada por un ‘corazón’. Esto contradeciría lo postulado por Pavelko y Myrick (2015, p. 7), al indicar que el lenguaje trivial irrita a los observadores y disminuye la simpatía, aunque habría que recalcar que cuando se realizaron la mayoría de las publicaciones todavía no existían dichas reacciones —aparecieron en los últimos meses de 2015—. Estos resultados indicarían que, por lo menos en las redes sociales, el término bipolar se usa mayormente de manera trivial, lo cual refuerza los estigmas para con la enfermedad.

- Este estudio parece indicar que la ‘sociedad del miedo’ de la cual habla Fernández-Carrión (2008, p. 97) se expresa en agresión y en discursos de odio. Dada la crisis de identidad que se atraviesa, estaríamos ante un ‘estado de crisis’, en el cual las personas son propensas a “la soledad, al individualismo, a la insolidaridad, al egoísmo, a la depresión y, sobre todo, al miedo” Fernández-Carrión (2008, p.98). Este miedo, parece ser el nuevo comportamiento social y la actitud de la mayoría (Fernández-Carrión, 2008, p.99), lo cual se traduce en agresión, odio y violencia, y se puede observar en el discurso de las publicaciones con actitud negativa.
- Si tenemos en cuenta la teoría de Castells (2004, p. 30) sobre la crisis de identidad y el surgimiento de estos dos nuevos tipos de identidades colectivas (‘identidades de resistencia’ e ‘identidades proyecto’), y dado el bajo porcentaje de resultados neutrales o positivos, parece ser que la identidad ‘bipolar’ es todavía una ‘identidad de resistencia’ devaluada y estigmatizada. Razón por la cual pocos quieren hablar del tema directamente en las publicaciones.
- Algunos estudios han revelado que el estigma en enfermedades mentales ha sido asociado con: menos utilización de tratamientos (Fung y Tsang, 2010); peores resultados en el tratamiento (Corrigan y Rao, 2012); reducción de la calidad de las relaciones (Brohan et al., 2010); y mayor discriminación en el empleo, vivienda y educación (como se citó en Quinn et al., 2015, p. 1). En este caso, la calidad de la información y la cantidad de publicaciones con actitudes estigmatizadoras encontradas en este estudio reflejaría los mismos resultados que estudios del Minsa, los cuales muestran que un 55% de los peruanos con enfermedades mentales no recibe tratamiento (como se citó en El Comercio, 2017b, párr. 1), dado que la estigmatización genera temor en quienes las padecen a ser rechazados, y prefieren callar y no buscar ayuda profesional

(INSM, 2014, párr. 1). Otros estudios indican que el 46% de las personas se opone a trabajar con ellos y 34%, a ser su vecino (Instituto Integración, 2016, p. 3), lo cual también es consecuencia de la estigmatización.

- Según Athanasopoulou et al., (2015, p. 12), las publicaciones con actitudes negativas forman a su vez otras actitudes en el público que las lee, ya sean positivas o negativas, y pueden influenciar en las percepciones. En palabras de Castells: “la comunicación mediatiza y difunde la cultura y las mismas culturas son profundamente transformadas —y lo serán más con el tiempo— por el nuevo sistema tecnológico” (como se citó en Torres, 2014, p. 360).



RECOMENDACIONES

- Al realizar la recolección de datos, se limitó la búsqueda a publicaciones que tuvieran la palabra ‘bipolar’ y sus comentarios, así como comentarios de otras publicaciones que contenían dicho término. Por eso se excluyeron páginas, personas o grupos con la palabra ‘bipolar’ en su nombre, junto con páginas o personas que incluían la palabra ‘bipolar’ en su descripción. Sería interesante realizar un estudio incluyendo también estas páginas o, tal vez, solo analizarlas para ver cómo presentan a la enfermedad.
- Esta investigación se limitó a promediar solo los ‘me gusta’ de los diferentes tipos de publicaciones y comentarios en Facebook, de acuerdo a su calidad y a la actitud que presentaban, sin incluir las diferentes reacciones que también permite dicha red social. Esto debido a que, al momento de realizarse la mayoría de los comentarios, todavía no estaba habilitada en el Perú la opción de reaccionar en los comentarios o publicaciones más allá del ‘me gusta’. Para futuros estudios, sería recomendable incluir estas reacciones, que pueden indicar ‘enojo’, ‘asombro’, ‘me divierte’, ‘me entristece’ o ‘me encanta’, para tener una idea más clara de las diferentes actitudes que tienen las personas en relación con los comentarios sobre la bipolaridad y, por ende, hacia quienes viven con ella, así como quiénes hacen dichos comentarios.
- La calidad de la información en este estudio se analizó en función de si la publicación o el comentario, de carácter clínico, poseía una fuente (lo que cuenta como rendición de cuentas). Sin embargo, futuros estudios deberían analizar la calidad de la información no solo en relación con la fuente sino también por la confiabilidad de la misma. Además, deberían incluir otros factores, tales como la interactividad, la estética, la legibilidad y la calidad del

contenido (es decir, disponibilidad de respuestas a consultas sobre la salud mental, como información sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento y los efectos secundarios de la medicación) (Athanasopoulou et al., 2013, p. 7; Khazaal et al., 2008, p. 4).

- En este sentido, sería interesante investigar también la calidad de la información que existe en la red social Facebook sobre bipolaridad, analizando solo páginas o grupos con contenido clínico, sobre los factores mencionados en el punto anterior. Esto porque, como indican Powell y Clarke, internet se utiliza cada vez más como fuente de información sobre cuestiones de salud, y según Shuyler and Knight, para buscar información o asesoramiento sobre condiciones, síntomas, tratamientos y enfermedades (como se citó en Khazaal, 2008, p. 1). Por esta razón es particularmente importante que la web presente información de alta calidad sobre las enfermedades mentales. Esto, además, es importante porque la información inadecuada y las malas representaciones de las enfermedades mentales en los medios de comunicación tienen un efecto negativo en el conocimiento y el entendimiento del público sobre el tema, y pueden alimentar percepciones contraproducentes sobre condiciones altamente estigmatizadas (Nour et al., 2008, p. 4; Athanasopoulou et al., 2015, pp. 1 y 2; Khazaal et al., 2008, p. 1).

REFERENCIAS

- Athanasopoulou, C., Hätönen, H., Suni, S., Lionis, C., Griffiths, Kathleen M. y Välimäki, M. (2013) An analysis of online health information on schizophrenia or related conditions: a cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. doi: 10.1186/1472-6947-13-98
- Athanasopoulou, C., Suni, S., Hätönen, H., Apostolakis, I., Lionis, C. y Välimäk, M. (2015). Attitudes towards schizophrenia on Youtube: a content analysis of Finish and Greek videos. *Informatics for Health and Social Care*, 41(3), 307-324. doi: 10.3109/17538157.2015.1008485.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2010a) Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-3)232–238. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. y Thornicroft, G. (2010b). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. doi: 10.1186/1472-6963-10-80.
- Camp, D.L., Finlay, W.M.L. y Lyons, E. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55(5) 823–834. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00205-2.
- Carpiniello, B. y Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in psychiatry*, 8(art. 35). doi: 10.3389/fpsy.2017.00035.
- Castells, M. (1995). La ciudad informacional: tecnologías de la información, reestructuración económica y el proceso urbano-regional. Madrid: Alianza.
- Castells, M. (2005) La era de la información: economía, Sociedad y cultura. La sociedad red. (Vol. 1, 6ª edición). México D.F: Siglo XXI.
- Castells, M. (1999). Internet y la sociedad red. Lección inaugural del *Programa de doctorado sobre la sociedad de la información y el conocimiento de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC)*. Cataluña: Universitat Oberta de Catalunya.
- Castells, M. (2004) La era de la información: economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad (Vol. 2, 5ª edición) México, D.F: Siglo XXI.

- Chen, X., Sin, S.-C.J., Theng, Y.-L. y Lee, C.S. (2015). Why students share misinformation on social media: motivation, gender, and study-level differences. *The Journal of Academic Librarianship*, 41, 583-592. doi: 10.1016/j.acalib.2015.07.003.
- “Conoce los síntomas de una persona bipolar”. (7 de julio de 2015). *Peru.coma* [comentario en página de Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/portalperucom/posts/10153430679414028>
- Corrigan, P. y Rao, D. (2012) On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. doi: 10.1177/070674371205700804
- Defensoría del Pueblo. (2008). *Salud mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables* (Serie de informes defensoriales – Informe N°140). Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F. y Leboyer, M. (2012) A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*. doi: 10.1186/1471-244X-12-128.
- El 80% de enfermos mentales en el Perú no reciben tratamiento. (2 de octubre del 2015) ***El Comercio***. Recuperado de <http://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/80-enfermos-mentales-peru-reciben-tratamiento-223529>
- Ellison, N., Mason, O. y Scior, K. (2015). Public beliefs about and attitudes towards bipolar disorder: Testing theory based models of stigma. *Journal of Affective Disorders*, 175, 116-123. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.047.
- Farrelly, S., Clement, S., Gabbidon, J., Jeffery, D., Dockery, L., Lassman, F., Brohan, E., Henderson, R.C., Williams, P., Howard, L.M., Thornicroft, G., y MIRIAD study group. (2014). Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 29, 14:157. doi: 10.1186/1471-244X-14-157.
- Fernández, L. (21 de febrero del 2017). Salud mental: 55% de peruanos con trastornos está desatendido. *El Comercio*(a). Recuperado de <http://elcomercio.pe/peru/salud-mental-55-peruanos-trastornos-desatendido-404822>

- Fernández-Carrión, M.H. (enero-junio de 2008). Control social en la sociedad red. En: *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 17(33), 84-114.
- Fung, K. y Tsang, H. (2010) Self-stigma, stages of change, and psychological treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), 561–568. doi: 10.1007/s00127-009-0098-1.
- Hawke, L.D., Parikh, S.V. y Michalak, E.E. (2013). Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 150, 181-191. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.030.
- Hernández, F.A. (2013). *La determinación social de la discriminación en un grupo de pacientes afiliados a la Asociación Colombiana de Bipolares diagnosticados con trastorno bipolar de origen genético* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H.-O., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U. y Corrigan, Patrick W. (2013). Belittled, avoided, ignored, denied: assessing forms and consequences of stigma experiences of people with mental illness. *Basic and Applied Social Psychology*. doi: 10.1080/01973533.2012.746619
- Instituto Integración. (2016). 80% de peruanos con problemas de salud mental no son atendidos (Informe 2016-6). Recuperado de: <http://www.integracion.pe/80-peruanos-problemas-salud-mental-no-atendidos/>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi: INSM. (6 de noviembre del 2014). Nota de Prensa N°047 El estigma social es el principal enemigo de la salud mental. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/047.html>
- Jupp, V. (2006). *The Sage Dictionary of Social Research Method*. Londres: SAGE Publications.
- Khazaal, Y., Fernandez, S., Cochand, S., Reboh, I. y Zullino, D. (2008). Quality of web-based information on social phobia: a cross-sectional study. *Depression and Anxiety*, 25(5) 461-465. doi: 10.1002/da.20381.
- Lazowski, L., Koller, M., Stuart, H. y Milev, R. (2012). Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: a cross-sectional study. *Depression Research and Treatment*, 2012(art. ID: 724848) doi:10.1155/2012/724848

- Li, A., Huang, X., Hao, B., O’Dea, B., Christensen, H. y Zhu, T. (2015). Attitudes towards suicide attempts broadcast on social media: an exploratory study of Chinese microblogs. *PeerJ*. doi: 10.7717/peerj.1209.
- “Marihuana puede favorecer aparición de síntomas maniacos en gente bipolar”. (16 de marzo de 2015). *RPP* [comentario en página de Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/rppnoticias/posts/10153396850841754>
- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A.-C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., Palacios, J., Docherty, M., Barley, E., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., Henderson, C. and Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 377-384. doi: 10.1192/bjp.bp.114.151944.
- Mileva, V.R., Vásquez, G.H. y Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 31-40. doi: 10.2147/NDT.S38560.
- Milev, R. (2008) Stigma in patients with bipolar disorders. *Annals of General Psychiatry*, 7(Suppl 1):S44. doi:10.1186/1744-859X-7-S1-S44
- Naaman, M., Boase, J. y La, C.-H. (2010). Is it Really About Me? Message Content in Social Awareness Stream. En: *Proceedings of the 2010 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work: CSCW 2010, 6-10 de febrero* (pp. 189-192). doi: 10.1145/1718918.1718953.
- Nour, M.M., Nour, M.H., Tsatalou, O.M. y Barrera, A. (2016). Schizophrenia on Youtube. *Psychiatric Services*. 48(1), 70-74. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500541>
- “Ollanta Humala sobre declaraciones en España: Fueron tergiversadas”. (11 de julio de 2015). *Peru.com* [comentario en página de Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/portaperucom/posts/10153439221184028>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Pavelko, R.L. y Myrick, J.G. (2015). That’s so OCD: The effects of disease trivialization via social media on user perceptions and impression formation. *Computers in Human Behavior*, 49(2015), 251-258. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.061>

- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, J., Struening, E.L. y Link, B.G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627–163. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1627.
- Quinn, D.M., Williams, M.K. y Weisz, B.M. (2015). From discrimination to internalized mental illness stigma: the mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 103-108. doi: 10.1037/prj0000136.
- Redacción EC. (20 de febrero del 2017). ¿Cuál es la situación de la salud mental de los peruanos? *El Comercio*(b). Recuperado de <http://elcomercio.pe/peru/situacion-salud-mental-peruanos-404815>
- Ruiz, M.A, Montes, J.M., Correas-Lauffer, J., Álvarez, C., Mauriño, J. y de Dios Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.01.002.
- “Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, (20 de junio de 2015). *RPPa* [comentario en página de Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/rppnoticias/posts/10153685864036754>
- “Signos que ayudan a reconocer a una persona bipolar”, (15 de junio de 2015). *RPPb* [comentario en página de Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/rppnoticias/posts/10153670491226754>
- Spannagel, C., Gläser-Zikuda, M. y Schroeder, U. (2005). Application of Qualitative Content Analysis in User-Program Interaction Research. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), art. 29. <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-6.2.469>
- Tamir, D.I. y Mitchell, J.P. (2012). Disclosing information about the self is intrinsically rewarding. *Proceedings of the National Academy of Science*, 109(21), 8038–8043. Recuperado de <http://www.pnas.org/content/109/21/8038.full>
- The New York Times Customer Insight Group. (octubre del 2011). The psychology of sharing: why do people share online? Recuperado de <http://www.iab.net/media/file/POSWhitePaper.pdf>
- Torres, E. (2014) Comunicación y cultura en Manuel Castells: exploraciones del periodo 1996-2009. *Athenea Digital* - 14(1): 355-373. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.1166>

- Unos 300 mil peruanos padecerían de trastorno bipolar, según especialista. (27 de marzo del 2016). *RPP*. Recuperado de: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/unos-300-mil-peruanos-padecerian-de-trastorno-bipolar-segun-especialista-noticia-948859>
- Vázquez, G.H., Kapczinsk, F., Magalhaes, P.V., Córdoba, R. Lopez Jaramillo, C., Rosa, A.R., Sanchez de Carmona, M., Tohen, M. y The Ibero-American Network on Bipolar Disorders (IAN-BD) group. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 130, 323-327. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.012.
- Wei, Y., McGrath, Patrick J., Hayden, J. y Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*. doi: 10.1186/s12888-015-0681-9.
- Zolezzi, M., Bensmail, N., Zahrah, F., Khaled, S.M. y El-Gaili, T. Stigma associated with mental illness: perspectives of university students in Qatar. (2017). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1221-1233. doi: 10.2147/NDT.S132075.
- 80 % de peruanos con problemas de salud mental no son atendidos. (10 de octubre del 2016). *RPP*. Recuperado de <http://vital.rpp.pe/salud/80-de-peruanos-con-problemas-de-salud-mental-no-son-atendidos-noticia-986340#>