

# Listar, narrar, sanar.

La simbiosis de listado y narración en las tecnologías de inscripción del ánimo

**Fernando A. Valenzuela**

Universidad Andrés Bello, Chile

fervalenzuela@gmail.com

DOI: 10.32995/0719-64232024v10n20-177

# Listar, narrar, sanar.

## La simbiosis de listado y narración en las tecnologías de inscripción del ánimo

Fernando A. Valenzuela

### RESUMEN

Este artículo explora la historia de las tecnologías de inscripción del ánimo, desde los primeros diagramas psiquiátricos hasta las aplicaciones de registro emocional de la web 2.0, con el objetivo de analizar la relación entre listados y narraciones en el cuidado de la salud mental. A partir de la teoría sociológica y los estudios sobre infraestructura de la información, se examina cómo estas tecnologías han configurado prácticas de monitoreo, intervención, investigación y autoexpresión, revelando una simbiosis entre la lógica del listado y la construcción narrativa. Se argumenta que la evolución de estas tecnologías durante el siglo XX y principios del XXI muestra una transición desde un contexto organizado por la lógica narrativa, hacia otro dominado por la base de datos como forma cultural. Se identifican diversas formas de articulación entre narración y listado como técnicas de comunicación, vinculándolas con la forma cultural predominante. Finalmente, se sugiere que una orientación de estas prácticas hacia la gestión del yo, especialmente en contextos de intervención clínica, privilegia el uso de narrativas para dar sentido a los datos, aunque este fundamento narrativo del cuidado de la salud adquiere características distintas en la sociedad computarizada, donde la base de datos se ha consolidado como la forma cultural predominante.

### PALABRAS CLAVE

Seguimiento del ánimo, trastornos del ánimo, base de datos, reconstrucción narrativa, infraestructura de la información

# Listing, narrating, healing

## The symbiosis of list and narrative in mood inscription technologies

Fernando A. Valenzuela

### ABSTRACT

This article explores the history of mood enrolment technologies, from early psychiatric diagrams to Web 2.0 mood-tracking applications, to analyze the relationship between lists and narratives in mental health care. Based on sociological theory and information infrastructure studies, it examines how these technologies have configured monitoring, intervention, research, and self-expression practices, revealing a symbiosis between the logic of the list and narrative construction. It is argued that the evolution of these technologies during the twentieth and early twenty-first centuries shows a transition from a context organized according to narrative logic to one dominated by the database as a cultural form. Various forms of articulation between narration and list as communication techniques are identified, linking them to the predominant cultural form. Finally, it is suggested that an orientation of these practices towards managing the self, especially in clinical intervention contexts, privileges using narratives to make sense of the data. However, this narrative foundation of health care acquires different characteristics in the computerized society, where the database has been consolidated as the predominant cultural form.

### KEYWORDS

Mood tracking, Affective disorders, Database, Narrative Reconstruction, Information infrastructure

## INTRODUCCIÓN

Construir, enmendar y compartir narraciones son acciones fundamentales para dar sentido a los eventos y experiencias de salud (Hunter, 1991). Narrar, entendido como el despliegue de una trama que otorga significado a una serie de eventos (Bernasconi, 2011), guía las intervenciones en las prácticas médicas y psicológicas. Estudios clásicos en sociología de la salud han observado que la experiencia de la enfermedad puede generar una disrupción profunda en la trama que organiza y da sentido a la vida cotidiana, obligando a las personas a realizar un trabajo reconstructivo. Como señala Gareth Williams: “La narrativa del individuo tiene que ser reconstruida tanto para comprender la enfermedad en términos de la experiencia social pasada como para reafirmar la impresión de que la vida tiene un curso y el yo tiene un propósito o *telos*” (Williams, 1984, p. 179). Esta línea de investigación ha destacado que el cuidado de la salud tiene un fundamento narrativo (Hunter, 1991).

Sin embargo, la narración no es la única forma cultural implicada en la construcción de sentido en torno a la salud y la enfermedad. Junto a las narrativas, proliferan los listados: de pacientes, diagnósticos, síntomas, medicamentos, personal de salud, entre otros. Integrados en las infraestructuras de información (Bowker y Star, 1999), los listados se materializan en diversas formas de registro, como tablas, diagramas, formularios, fichas, índices y bases de datos. Estas formas de registro tienen raíces profundas en las instituciones de cuidado de la salud, incluyendo prácticas que permiten a las personas presentarse como objeto de sí mismas y reconstruirse de este modo.

En las últimas décadas, la incorporación de sensores y aplicaciones para dispositivos móviles, como teléfonos y relojes inteligentes, ha transformado radicalmente las prácticas, rutinas y tecnologías mediante las cuales otorgamos sentido a los eventos y experiencias de salud (Lupton, 2016; Neff y Nafus, 2016). Un ejemplo destacado es el movimiento *Quantified Self*, que promueve el desarrollo y la reflexión sobre prácticas orientadas a la “comprensión de sí mismo a través de números” (Charmichael y Barooah, 2012). En este contexto cultural, el sí mismo se construye a partir del *trabajo de datos* en un doble sentido: como objeto, una noción del yo emerge desde una colección potencialmente interminable de datos estandarizados; como habitante y productor del mundo en la práctica, el sujeto se constituye a través de su capacidad para estructurar, registrar, navegar y relacionar datos. Según la teoría cultural de Lev Manovich (2001), este escenario representa la culminación de la base de datos como forma cultural de la sociedad computarizada. Si esto es así, cabe preguntarse: ¿qué ha ocurrido con la narrativa? ¿Acaso no persiste como forma central para dar sentido a nuestras experiencias? ¿Qué implica la reconfiguración de la relación entre listado y narración en el cuidado de la salud?

En este artículo reconstruiremos la filogénesis de las tecnologías de inscripción del ánimo, empleándola como un caso para analizar los entramados cambiantes de prácticas y materialidades que entrelazan las formas del listado y la narración en el ámbito del cuidado de la salud. A lo largo de esta historia, identificamos cinco momentos clave, caracterizados no solo por los medios materiales y las prácticas de registro y representación utilizadas —como diagramas, gráficos, tablas, bases de datos o aplicaciones—, sino también por las maneras en que se articulan el listado y la narración, las dinámicas de división del trabajo y las contexturas que les otorgan sentido.

La evolución histórica, que abarca desde las primeras décadas del siglo XX hasta las del XXI, muestra cómo la forma de la narración fue desplazada progresivamente por la base de datos como estructura subyacente de las tecnologías de inscripción del ánimo. Tecnologías diseñadas para cum-

plir los requerimientos narrativos, al permitir relatar las historias de vida de pacientes en términos de una trayectoria de enfermedad, dieron paso a tecnologías centradas en la recopilación de datos que se pueden relacionar, navegar y presentar indefinidamente, según los intereses y perfiles de los usuarios de las bases de datos. Esto redefinió el trabajo narrativo como una forma de trabajo de datos. Sin embargo, construir, enmendar y compartir narraciones sigue siendo fundamental para dar sentido a los eventos y experiencias de salud; ahora, estas prácticas se inscriben en el espacio abierto por la base de datos como forma cultural.

El presente texto está organizado en tres secciones. En la primera, situamos el análisis de las tecnologías de inscripción del ánimo dentro del debate sobre la relación entre narrativas y listados como técnicas de registro y formas culturales, enmarcándolas en las prácticas cotidianas de registro del yo. En la segunda, reconstruimos la filogénesis de estas tecnologías, examinando los hitos clave de su evolución, desde los diagramas de Kraepelin (ca. 1904) hasta las aplicaciones contemporáneas disponibles en la web y en dispositivos móviles. Finalmente, en la tercera sección, presentamos las principales conclusiones del estudio.

## **NARRAR, LISTAR Y REGISTRAR EL ÁNIMO**

En sus orígenes, impulsados por el desarrollo de la escritura (Goody, 1986), los listados se emplearon principalmente como herramientas de contabilidad, mientras que la oralidad, con su estructura predominantemente narrativa, conservó la función de registrar mitos y rituales (Ong, 2012). Esta distinción responde a la manera en que los listados, a diferencia de las narraciones, organizan los elementos que componen una unidad. Las narraciones otorgan sentido a eventos y objetos del mundo mediante trayectorias que despliegan relaciones causales. En cambio, los listados abstraen estos eventos y entidades, separándolos tanto de las situaciones sociales en las que están inmersos como del contexto lingüístico, esencialmente oral y na-

rrativo, que les da significado (Ong, 2012). Así, en la vida cotidiana, estos parecen presentar eventos y objetos del mundo de forma desnuda, ordenándolos usualmente tan solo en función de su pertenencia a una categoría común (Bowker, 2005).

Los listados, habitantes del dominio transparente de las infraestructuras de la información (Bowker y Star, 1999), funcionan como parte de diversas formas de registro que han evolucionado junto con las revoluciones en las tecnologías de la comunicación. Con la incorporación de la imprenta, los listados dieron lugar a las tablas, una forma de registro que aprovecha el espacio tipográfico de manera distinta (Ong, 2012). Sin esta innovación, que se convirtió en un componente central de los circuitos de movilización del mundo, sería difícil entender el desarrollo de la ciencia y la medicina (Latour, 1986). El humilde kárdex facilitó la proliferación de formularios, fichas e índices como herramientas de documentación en las burocracias, incluidas las tecnologías de registro de pacientes, que transformaron las dinámicas de trabajo en los centros de salud (M. Berg, 1996). Finalmente, la llegada del computador posibilitó el uso extensivo de bases de datos digitales (Ruppert, 2012), concebidas como conjuntos de listas interrelacionadas de datos cada vez más formalizados (K. L. Berg et al., 2013). Como señala Geoffrey Bowker (2005, p. 108), mediante las bases de datos “conjuramos el mundo en una forma que lo hace (y nos hace) manejable; esto implica entrenar entidades por medio de clasificaciones”. Bajo la forma de la base de datos, los listados se han posicionado como la principal *tecnología de memoria* que encauza la producción de una realidad documental que da forma y sentido a los eventos y objetos del mundo en la sociedad computarizada (M. Berg, 1996; Bowker, 2005; Smith, 2005).

Lev Manovich (2001) ha observado que las narrativas y las bases de datos no solo se diferencian como técnicas de registro, sino también como formas culturales, es decir, como medios que presentan modelos de cómo es el mundo. La narración organiza el mundo como un conjunto coherente de elementos relacionados causalmente. Nuevos medios, representados

paradigmáticamente por la Web, subvierten esta representación. Desde el punto de vista de la experiencia del usuario de las bases de datos, “el mundo aparece como una colección interminable y desestructurada de imágenes, textos, y otros registros de datos” (Manovich, 2001, p. 195). Por lo tanto, considerados como formas culturales, base de datos y narración aparecen a primera vista como enemigos naturales. En palabras de Manovich:

Como forma cultural, la base de datos representa el mundo como una lista de elementos y se niega a ordenar esta lista. En contraste, una narrativa crea una trayectoria de causa y efecto de elementos aparentemente desordenados (eventos). Por lo tanto, la base de datos y la narrativa son enemigos naturales. Compitiendo por el mismo territorio de la cultura humana, cada una reclama el derecho exclusivo de dar sentido al mundo (Manovich, 2001, p. 199).

Sin embargo, la aparente rivalidad entre base de datos y narración oculta una relación simbiótica. Como señala Manovich también (2001, p. 194), en la experiencia de la base de datos, el mundo “aparece como una colección de elementos sobre los cuales el usuario puede llevar a cabo varias operaciones: ver, navegar, buscar”. En esta forma cultural, el mundo se manifiesta como un conjunto inabarcable de datos y el sujeto que lo habita se constituye por medio del *trabajo de datos* (Bossen et al., 2019; Denis, 2016). Sobre esta base, la narración ha pasado a constituir uno de los tantos métodos disponibles para acceder a los datos. En términos de Manovich (2001, p. 201), “una base de datos puede sostener la narración, pero no hay nada en la lógica del medio mismo que fomente su generación”.

La historia de las tecnologías de registro del ánimo ofrece un caso de estudio para explorar cómo se ha articulado la relación simbiótica entre narrativa y listado en el ámbito del cuidado de la salud. Antes de adentrarnos en su análisis, es necesario definir en qué consisten las tecnologías que hemos agrupado en esta categoría y detallar las principales distinciones conceptuales que utilizaremos para reconstruir su historia.

Entre las prácticas de registro de sí mismo en la vida cotidiana —que abarcan desde formas predominantemente narrativas, como la correspondencia estoica (Foucault 1997) y el diario personal (Culley, 1989; Lejeune, 2009; McCarthy, 2000), hasta modalidades altamente formalizadas y automatizadas, como aquellas basadas en sensores digitales de *self-tracking* (Lupton 2016; Neff y Nafus, 2016)—, incluiremos un grupo que se caracteriza por reunir en distinto grado dos aspectos distintivos: especialización temática y formalismo.

En primer lugar, las prácticas de registro del ánimo consideradas en este análisis se centran en la interacción con tecnologías de inscripción temáticamente especializadas. Estas tecnologías están diseñadas exclusivamente para registrar estados anímicos y posibles desencadenantes, como eventos cotidianos, patrones de sueño o medicación. La aparición de estos objetos técnicos altamente especializados tuvo importantes implicaciones, como desarrollaremos en la próxima sección. Por ahora, cabe destacar que la interacción con estas tecnologías contribuyó a configurar el ánimo como un objeto epistémico, en el sentido planteado por Rheinberger (2011): un tipo de objeto de referencia en las prácticas científicas, difícil de definir y que adquiere una creciente complejidad como resultado de la observación y la investigación.

En segundo lugar, la especialización temática de estas tecnologías se basa en lenguajes altamente formalizados (Latour 1992), que abstraen los estados de ánimo al separar aquello que no es relevante para su conformación como objeto epistémico. Para este propósito, las tecnologías de registro del ánimo emplean esquemas generalizados de codificación, como números, coordenadas o colores (por ejemplo, azul para estados depresivos y rojo para maníacos), los cuales conservan su significado en diferentes contextos (Parsons, 1991), incluso cuando cada estado de ánimo, en introspección, puede ser único. Estos esquemas formalizados suelen organizarse en clasificaciones, como la distinción entre tipos de depresión y excitación maníaca propuesta por Kraepelin. La formalización de los estados anímicos me-

diante estos esquematismos permite disponer sus instancias lado a lado en listados, tablas, diagramas o gráficos, lo que facilita su representación visual en términos de la trayectoria de una enfermedad o condición de salud.

Las visualizaciones de las trayectorias de vida pueden generar observaciones de segundo orden (Luhmann, 1999), en las que los registros mismos se interpretan como observaciones (Day y Lury, 2016). Este proceso es particularmente evidente en contextos terapéuticos, donde la función performativa del ensamblaje se tematiza explícitamente, orientando la comunicación hacia cómo el usuario construye sus experiencias en términos de estados de ánimo y hacia los posibles efectos de factores ambientales. En estas versiones medicalizadas, las tecnologías de registro del ánimo no están diseñadas para permanecer en el ámbito privado; por el contrario, se promueve activamente su uso compartido con el personal clínico. Así, estas tecnologías evocan la descripción de Michel Foucault (1997, p. 218) sobre la correspondencia estoica, en la que uno se presenta a sí mismo en el transcurso de la vida cotidiana.

Aunque el registro de estados anímicos mediante tecnologías especializadas y esquematismos formales favorece la creación de listados, esto no implica necesariamente una subordinación de la lógica narrativa como forma de representación del yo. Por el contrario, como veremos en las próximas secciones, la orientación hacia la elaboración de diagramas que representan la vida de los pacientes en términos de trayectorias de salud mental indica una persistencia de la lógica narrativa. En este sentido, las prácticas de registro del ánimo podrían apoyar el trabajo reconstructivo narrativo al que se refiere Gareth Williams (1984).

Al mismo tiempo, la creación de diagramas del curso de vida puede interpretarse como una estrategia entre otras para relacionar y navegar los listados de inscripciones de la vida anímica, en un entorno cultural dominado por la base de datos como forma organizativa. En la siguiente sección, exploraremos el proceso histórico que hizo posible esta transformación.

## FILOGÉNESIS DE LAS TECNOLOGÍAS DE INSCRIPCIÓN DEL ÁNIMO

Las tecnologías de inscripción y seguimiento del ánimo han sido utilizadas en contextos clínicos y de investigación durante más de un siglo, y en las últimas décadas se popularizaron gracias a su adaptación a teléfonos inteligentes y otros dispositivos digitales móviles. Post y Leverich (2008) identificaron los principales hitos en la evolución de estas tecnologías cuando el papel dominaba como medio de registro, abarcando desde los diagramas de Kraepelin (ca. 1904) hasta su propia versión, el NIMH LCM (ca. 1987).

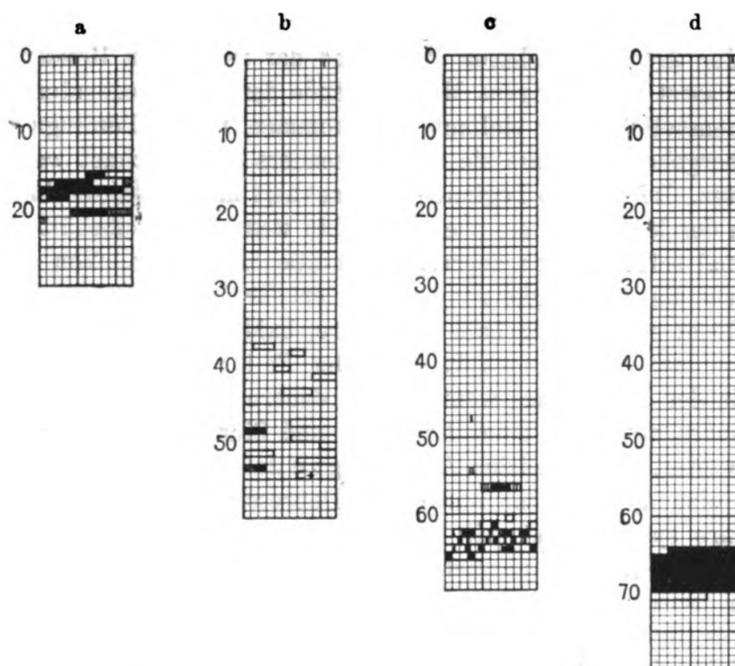
Siguiendo los avances del trabajo de Post y Leverich, en esta sección expandiremos el marco temporal para incluir tecnologías digitales y analizaremos su evolución considerando la relación de enemistad o simbiosis entre las formas culturales de la narración y el listado, que abarcan tablas, diagramas, gráficos y bases de datos, así como los tipos de entramados sociomateriales que estas herramientas configuran.

### A. DIAGRAMAS DEL CURSO DE LA LOCURA (KRAEPELIN, 1904, 1913) Y GRÁFICOS DE VIDA (MEYER, 1919)

El trabajo de Emil Kraepelin (1856-1926) tuvo un impacto decisivo en la historia de la psiquiatría, especialmente en la comprensión de los trastornos del ánimo (Decker, 2007; Marneros y Angst, 2000). Francis M. Mondimore (2005, p. 57) ha sugerido que, “podría decirse que todo el sistema diagnóstico de la psiquiatría moderna se deriva del trabajo de Kraepelin, con el DSM-IV como descendiente directo de su innovador *Lehrbuch*”. Entre 1883 y 1915, Kraepelin publicó ocho ediciones de su manual en psiquiatría, *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. En su sexta edición (Leipzig, 1899), acuñó el término “locura maníaco-depresiva” (*manisch-depressive Irresein*) para describir una condición que se manifestaba a lo largo de la vida de una persona, unificándose a partir de lo que antes

se consideraban condiciones independientes (Mondimore, 2005). Desde su perspectiva, los episodios maníacos, depresivos y mixtos componían un caso único (Kraepelin, 1899, p. 361, 1904a, pp. 307-315).

Inicialmente, Kraepelin presentó este nuevo objeto epistémico solo de manera discursiva. Sin embargo, en la séptima edición de su *Lehrbuch* (Kraepelin, 1904b, p. 565), dirigida a una audiencia especializada de médicos y estudiantes, incorporó una herramienta visual notable: una serie de diagramas del ánimo que mostraban algunos de los posibles cursos de la locura maníaco-depresiva (Figura 1). En estos diagramas, cada columna representaba un mes del año y cada fila, un año en la vida del paciente. Las celdas con borde grueso indican la ocurrencia de episodios maníacos, mientras que las celdas sombreadas marcan episodios depresivos.



Figur XXVI. 1. Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins.

**Figura 1.** Primera versión de los diagramas del curso de la locura maníaco-depresiva desarrollados por Emil Kraepelin (1904b). Fuente: Kraepelin (1904b, p. 565).

En la octava edición de su *Lehrbuch*, de 1913, Kraepelin presentó una versión revisada de estos diagramas (Figura 2). Las celdas más anchas y altas permitían distinguir entre ocho tipos de episodios: dos grados de manía y depresión, además de cuatro estados mixtos. A diferencia de la versión anterior, estos diagramas también se incluyeron en la traducción al inglés del manual, lo que permitió mayor difusión:

El azul significa depresión, el rojo excitación maníaca, ambos colores sombreados según la gravedad de los fenómenos mórbidos. En la medida de lo posible, los estados mixtos se indican por medio del tachado. Líneas hacia la izquierda sobre un fondo rojo indican manía delirante, hacia la derecha estupor maníaco, las líneas rojas sobre un fondo azul depresión con vuelo de ideas, líneas cruzadas excitación depresiva (Kraepelin, 1921, pp. 139-140).

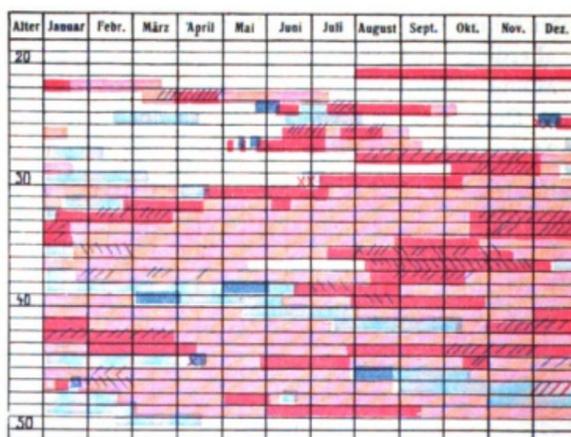


Fig. 247. Unregelmäßiges, fast das ganze Leben ausfüllendes zirkuläres Irresein (18).

**Figura 2.** Segunda versión de los diagramas del curso de la locura maníaco-depresiva desarrollados por Emil Kraepelin (1913). Fuente: Kraepelin (1913, p. 1336).

Existen versiones más complejas de los diagramas de Kraepelin (Livianos-Aldana y Rojo-Moreno, 2006) que pudieron haber sido empleadas en sesiones clínicas, extendiendo su uso más allá de su función original como herramientas de exposición para audiencias especializadas. Esto sugiere que

los diagramas pudieron haber contribuido al trabajo de reconstrucción de la trama que organiza y da sentido a la vida cotidiana, en el sentido propuesto por Williams (1984). Esta posibilidad parece haber sido desarrollada de manera más amplia por el siguiente hito en esta historia.

Adolf Meyer, psiquiatra en el Hospital Johns Hopkins y autor de más de doscientos artículos, tuvo un impacto significativo en la psiquiatría norteamericana. Según Ruth Leys (1991, p. 2), “fue Meyer quien, más que cualquier otra figura, le dio a la psiquiatría su identidad durante sus años de formación como disciplina académica en los Estados Unidos”. Alrededor de 1915, Meyer desarrolló un nuevo tipo de diagrama denominado *The Life Chart o Gráfico de Vida*, diseñado específicamente para el trabajo de diagnóstico clínico (Figura 3) (Leys, 1991; Post y Leverich, 2008; Rahe, 1992). Menos especializado temáticamente que los diagramas de Kraepelin, este gráfico incluye hitos relacionados con los trastornos del ánimo y la salud mental del paciente, situándolos en el contexto más amplio de su historia de vida, que abarca aspectos como relaciones sociales, desarrollo corporal y otras afecciones de salud.

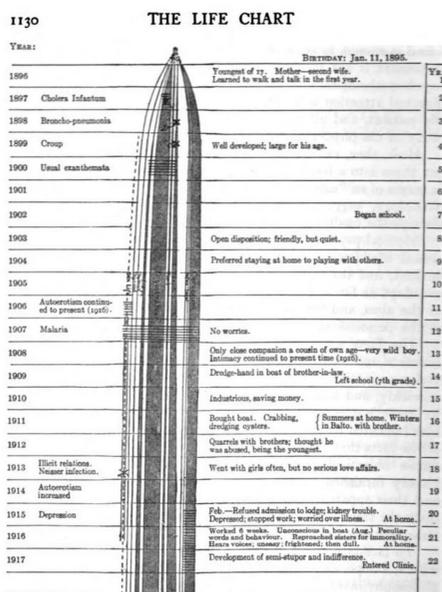


FIG. 1. HEREDITY, PATERNAL UNCLE ALCOHOLIC. MATERNAL GRANDFATHER INSANE. ONE BROTHER HAD TWO DEPRESSIONS.

Figura 3. El gráfico de vida de Adolf Meyer (1915). Fuente: Meyer (1919, p. 1130).

A diferencia de los diagramas de Kraepelin, los gráficos de vida de Adolf Meyer representan el tiempo únicamente en el eje vertical, lo que permite registrar información más detallada sobre la situación del paciente en el eje horizontal. Este eje horizontal incluye datos sobre relaciones sociales y diversos sistemas orgánicos, como el cerebro, los pulmones y el hígado. Para Meyer, estas curvas proporcionan un contexto para el “registro mental”: “Todas las formas de trazado de la curva de vida de todo el organismo, cuya integración en su relación con el medio ambiente se convierte entonces en la base del llamado ‘registro mental’, que se introduce en términos de situaciones y reacciones” (Meyer, 1919, p. 1132).

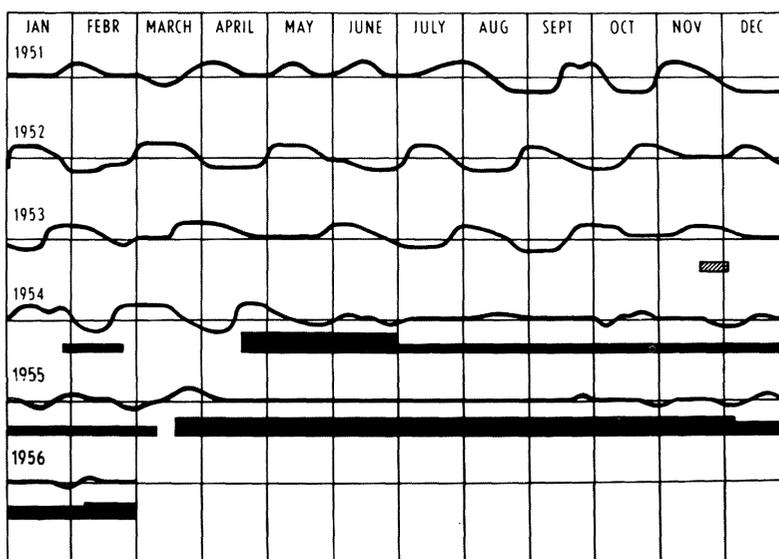
Los diagramas y gráficos desarrollados por Kraepelin y Meyer sugieren que la configuración de la “locura maníaco-depresiva” como objeto epistémico estuvo estrechamente vinculada a la creación de tecnologías visuales de inscripción que representaban el ánimo en términos de una trayectoria vital. Estos instrumentos movilizaron el ánimo desde la experiencia interna hacia manuales académicos y consultas psiquiátricas a nivel internacional. De este modo, constituyen ejemplos de las superficies planas identificadas por Bruno Latour, fundamentales en los circuitos referenciales diseñados para actuar en el mundo a distancia. Según Latour, “en la política y en la ciencia, cuando alguien ‘domina’ una cuestión o ‘domina’ un tema, normalmente hay que buscar la superficie plana que permite su dominio (un mapa, una lista, un archivo, un censo, la pared de una galería, una ficha, un repertorio); y lo encontrarás” (1986, p. 21). Las tecnologías de registro del ánimo constituyen precisamente esa superficie plana que permitirá configurar, estabilizar y actuar a distancia sobre el trastorno del ánimo como objeto epistémico de la psiquiatría.

Pese a sus diferencias, tanto el diagrama de Kraepelin como el gráfico de Meyer sugieren una organización que sigue la lógica de la narración, ya que ambos se orientan principalmente a representar la vida del paciente en términos de una trayectoria de enfermedad. La inscripción de la trayectoria individual como un caso dentro de una población, como hizo Kraepelin

más claramente en la primera versión de su diagrama, introduce una tensión con la lógica narrativa centrada en lo individual (Hunter, 1991). Por el contrario, esta lógica resulta más evidente en el gráfico de Meyer, con su enfoque central en el diagnóstico individual. Existen otros elementos distintivos relevantes. En esta etapa inicial, la versión de Kraepelin se caracteriza por un alto grado de formalización y especialización temática, mientras que la versión de Meyer destaca por explorar la representación visual de la relación entre el ánimo y los eventos contextuales. Ambos enfoques tuvieron un impacto significativo en iteraciones posteriores. Sin embargo, en las próximas versiones, se observará una transición gradual hacia la lógica de la base de datos como forma cultural dominante.

## **B. HISTORIAS DIAGRAMÁTICAS DE CASO (SHOU, 1955, 1957)**

El siguiente avance en la evolución de las tecnologías de inscripción del ánimo ocurrió en la década de 1950, coincidiendo con el inicio de la era farmacológica en la psiquiatría (Bauer y Gitlin, 2016; Shorter, 2009). Durante este período, el psiquiatra danés Mogens Schou llevó a cabo una serie de estudios pioneros para evaluar los efectos del litio en el tratamiento del trastorno maníaco-depresivo, con el objetivo de establecer directrices clínicas. En 1955, Schou desarrolló una serie de gráficos que, por primera vez en esta genealogía, incorporaban información sobre el uso de medicación (Figura 4) (Schou, 1973).

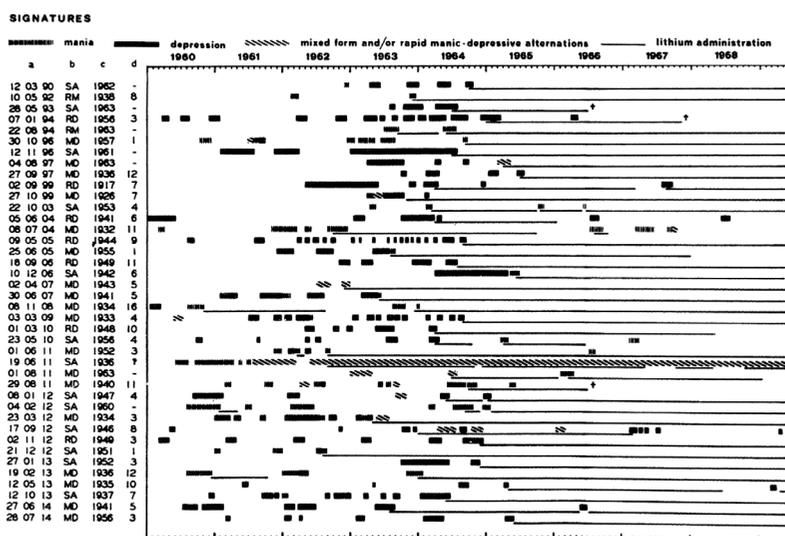


**Figura 4.** Versión temprana de la historia diagramática de un caso elaborada por Schou.  
Fuente: Schou (1973, p. 272, Fig. 1).

Aunque estos gráficos tenían un propósito diferente, su diseño guarda similitudes con los diagramas de Kraepelin. El tiempo se representa con los años en el eje vertical y los meses en el horizontal. Sin embargo, en lugar de celdas coloreadas, se utilizaron gráficos de línea, donde las desviaciones en el eje horizontal indican la severidad de los estados maníacos o depresivos. Una novedad importante fue la inclusión de una notación para registrar la administración de medicamentos: una barra sombreada diagonalmente representaba la ingesta de citrato de litio, mientras que una barra negra indicaba el uso de carbonato de litio. Esta incorporación sería clave para futuras innovaciones.

Durante la década de 1960, Schou y Bastrup introdujeron una variación en el diseño original (Figura 5), que se asemeja más al estilo de los primeros diagramas de Kraepelin al facilitar la comparación entre trayectorias individuales, concebidas como diferentes casos dentro de una población mayor. Esta versión, denominada “historias diagramáticas de caso”

(Baastrup y Schou, 1967), reemplaza los gráficos de línea por tres patrones alternativos que permiten distinguir entre manía, depresión y “formas mixtas y/o alteraciones maniaco-depresivas”. Además, se utiliza una línea horizontal para indicar el uso de litio y una cruz para señalar el fallecimiento del paciente.



**Figura 5.** Versión de 1967 de las historias diagramáticas de caso desarrolladas por Schou y Baastrup. Fuente: Baastrup y Schou (1967).

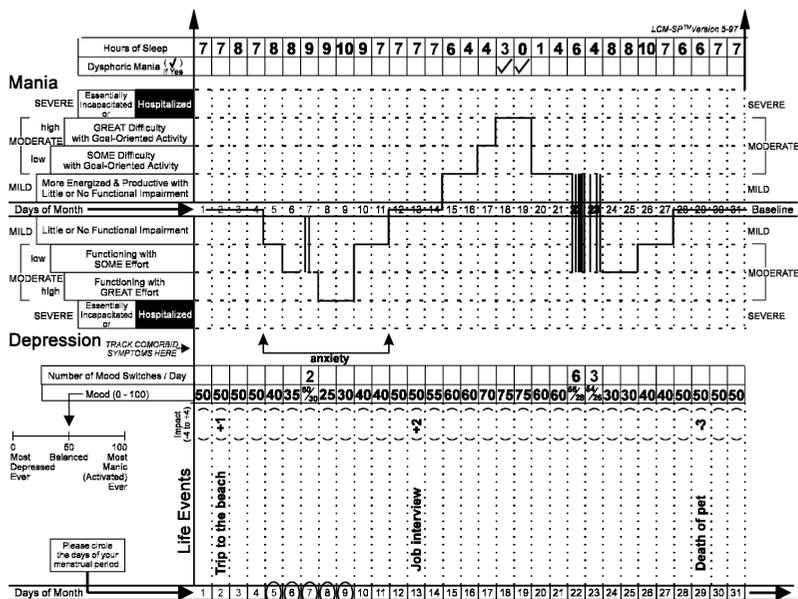
La transición de representar una única trayectoria individual a exponer un conjunto de trayectorias introduce una tensión en la lógica narrativa. La narración está intrínsecamente ligada a lo individual (Hunter, 1991), aunque este individuo pueda estar compuesto por una serie de trayectorias interconectadas, como ocurre en la historia de una enfermedad o de una tecnología de inscripción, como lo analizamos aquí. La segunda versión del diagrama de Baastrup-Schou reintegra las trayectorias individuales en un contexto de listado poblacional. Con ello, la inscripción del ánimo deja de ser principalmente una herramienta orientada al dominio clínico-narrativo del caso

individual y pasa a enfocarse en la verificación de relaciones entre variables; más específicamente, el instrumento se diseña para observar los posibles efectos de la administración de medicación en la variación del ánimo.

Este cambio en la lógica organizadora de la tecnología de inscripción conlleva también una reestructuración en las contexturas involucradas. Mientras que las versiones anteriores involucraban a un público altamente especializado en psiquiatría, principalmente en universidades, hospitales y consultas médicas, el diagrama de Baastrup-Schou inaugura una nueva fase en la que se incorpora la industria farmacéutica. Este sector se interesará cada vez más en métodos que no solo guíen la producción de evidencia sobre los efectos de los medicamentos, sino que también fomenten la adherencia a los tratamientos. Esta característica definirá la próxima etapa en la filogénesis de las tecnologías de registro del ánimo.

### **C. EL MÉTODO DE GRÁFICO DE VIDA (NIMH, 1987, 1997)**

El desarrollo del *Método de Gráfico de Vida* por parte de la Rama de Psiquiatría Biológica del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en la década de 1980 marcó un avance significativo en las tecnologías de inscripción del ánimo dentro de la psiquiatría clínica (Roy-Byrne et al., 1985). Este enfoque, conocido como *NIMH Life Chart Methodology* (NIMH LCM), representó una adaptación del método de gráficos vitales de Kraepelin al contexto de la psicofarmacología y la psiquiatría contemporánea (Figura 6). En palabras de Robert Post y Gabrielle Leverich (1998), su objetivo era: “Adaptar el concepto kraepeliano de la cartografía de la vida a la era de la psicofarmacología”.



**Figura 6.** Ejemplo del National Institute of Mental Health Life Chart Method en su versión prospectiva. Fuente: Leverich y Post (1998).

El NIMH LCM traduce los estados de ánimo en categorías definidas según niveles de incapacidad funcional. Por ejemplo, una depresión o manía severa se consideraba indicativa de una incapacidad casi total para funcionar, mientras que un sombreado sólido en el gráfico representaba hospitalización (Post et al., 1988, p. 844). Este enfoque reconfiguró la *tecnogeografía* de las prácticas de inscripción del ánimo (Nettleton y Burrows, 2003; Oudshoorn, 2012), mejorando la confiabilidad de los registros y permitiendo que personas sin formación especializada, como pacientes y familiares, realizaran mediciones con mayor frecuencia, pasando de registros semanales a diarios.

El NIMH LCM también transformó la relación de los pacientes con su enfermedad. El gráfico de vida se convirtió en un instrumento clave para la construcción de una identidad dialéctica que, en términos de Kathy Charmaz (1991), actúa como un objeto técnico que facilita el desarrollo de prácticas y rutinas en las cuales la persona se presenta como objeto de sí

misma. El equipo desarrollador planteó que esta metodología podía ayudar a los pacientes a aceptar su condición y a entender el impacto de factores contextuales, aumentando así la adherencia al tratamiento farmacológico. Como se indicó: "... presentar a un paciente con una representación esquemática y pictórica de todo el curso de la enfermedad permite una visión más global de la enfermedad y puede combatir los problemas de cumplimiento debidos a la negación de la enfermedad o del papel de las variables relevantes (es decir, el cumplimiento de la medicación, los factores estresantes psicosociales) en la enfermedad" (Roy-Byrne et al., 1985, p. 6). En términos de la teoría de Gareth Williams (1984), se esperaba que este método sostuviera un trabajo de reconstrucción de la narrativa que da orden y sentido a la vida cotidiana.

El método de gráfico de vida incluía tanto versiones retrospectivas como prospectivas. La versión retrospectiva se centraba en reconstruir la trayectoria vital de los pacientes en términos de fluctuaciones anímicas a lo largo de los años, mientras que la versión prospectiva promovía la incorporación de rutinas de registro del ánimo como parte de la vida cotidiana (Leverich y Post, 1998). En ambos casos, los gráficos permitían reconstruir una narración que involucraba a pacientes, familiares y profesionales clínicos.

Sin embargo, el método no se organizaba únicamente según la lógica narrativa. Los datos recopilados, que facilitaban la construcción de narrativas en el contexto de la intervención clínica, eran también utilizados por los equipos de investigación del Instituto Nacional de Salud Mental para generar evidencia científica basada en análisis estadísticos. Es posible que el método NIMH represente un punto de equilibrio en la historia de las tecnologías de inscripción del ánimo, donde la simbiosis entre narración y listado se vuelve más evidente.

Esta articulación también se reflejó en una ampliación del conjunto de actores institucionales involucrados en la inscripción y movilización del ánimo. Durante la década de 1980, el NIMH integró la formación clínica, la investigación científica y el diseño de políticas públicas (Kolb et al., 2000;

Roy-Byrne et al., 1985). La psiquiatría biomédica, desvinculada de las ciencias sociales, fortaleció sus lazos con la industria farmacéutica (Baldessarini, 2000). Paralelamente, las categorías diagnósticas incluidas en el método, como el “trastorno depresivo mayor”, se alinearon con los criterios de reembolso definidos por la industria aseguradora (Shorter, 2009). Además, los movimientos de pacientes desempeñaron un papel crucial en la difusión del NIMH LCM, ya que estas prácticas resonaban con su filosofía de autoterminación y participación activa en el manejo de su salud (Beard, 2000). Esto permitió que el método trascendiera el ámbito clínico y se integrara en una red más amplia de prácticas sociales y de salud mental, en un movimiento que solo sería retomado con el desarrollo de aplicaciones digitales a partir de la segunda década del siglo XXI. En el período intermedio, un nuevo proyecto profundizó la organización de la tecnología de registro del ánimo según la lógica de la base de datos.

#### **D. CHRONORECORD (BAUER, 2001, 2008)**

Con la llegada de ChronoRecord en los 2000, la inscripción del ánimo comenzó a aprovechar la tecnología digital y las redes computacionales. Para resolver problemas de compatibilidad, las primeras versiones del software, que requerían instalación en los computadores personales de los pacientes, fueron reemplazadas por versiones basadas en la Web (Bauer et al., 2006, 2015). Esta infraestructura digital extendió nuevamente la *tecnogeografía* de las prácticas de registro del ánimo, al posibilitar la participación de pacientes en distintas partes del mundo y la generación de conjuntos de datos multinacionales más amplios. En la evolución de las prácticas de inscripción del ánimo que hemos trazado, ChronoRecord representa un desplazamiento de la lógica narrativa, que pasó a ser una estrategia entre varias para dar sentido a los datos ingresados por los pacientes. Con ello, la lógica de la base de datos ganó predominancia.

Liderado por Michael Bauer, ChronoRecord se concibió como una herramienta para recopilar y analizar información de pacientes con trastornos del ánimo mediante plataformas informáticas (*ChronoRecord Association*, s. f.). Por esta razón, el software priorizaba el uso de los datos para análisis estadísticos y la producción de hechos científicos. En 2023, Bauer reportó que la base de datos de ChronoRecord incluía 692 pacientes (Bauer et al., 2023), lo que ha dado lugar a una extensa lista de publicaciones.

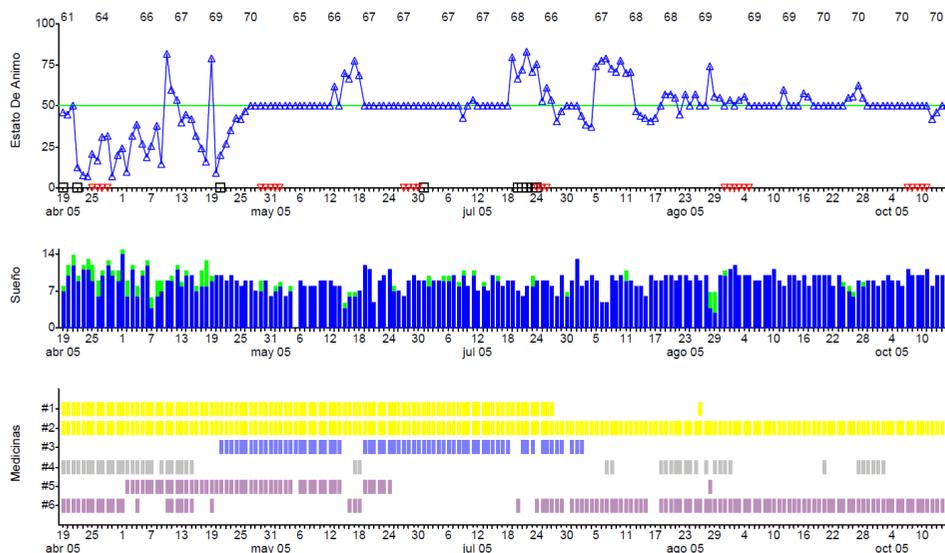
La preponderancia de este enfoque se refleja en el diseño de su interfaz. Los pacientes debían ingresar diariamente datos sobre su estado de ánimo, sueño, medicación y eventos de vida a través de una interfaz gráfica que omitía información sobre registros previos (Figura 7). En consecuencia, el registro de estados anímicos pierde su sentido como práctica cotidiana para trazar una trayectoria vital que sostuviera un trabajo de reconstrucción narrativa (Williams, 1984).



**Figura 7.** Interfaz de registro del ánimo en ChronoRecord.  
Fuente: Bauer, Glenn y Whybrow (2015, p. 12).

Aun así, el proyecto destacó el valor clínico de ChronoRecord para los médicos tratantes, resaltando su capacidad de generar gráficos de vida que representaban la trayectoria individual de los pacientes, junto con análisis

estadísticos que facilitaban la comprensión de los casos (Figura 8). Para este propósito, el equipo de ChronoRecord enviaba mensualmente a los pacientes y a sus médicos un informe que incluía una representación gráfica de la trayectoria de la enfermedad, detallando cambios afectivos, sueño y consumo de medicamentos. Esto pone en evidencia la posición subordinada de la lógica narrativa frente a la lógica de la base de datos. La primera parece haber funcionado más bien como una estrategia para asegurar la colaboración de psiquiatras en distintas regiones, quienes ahora eran esenciales para enrolar pacientes y alimentar la base de datos.



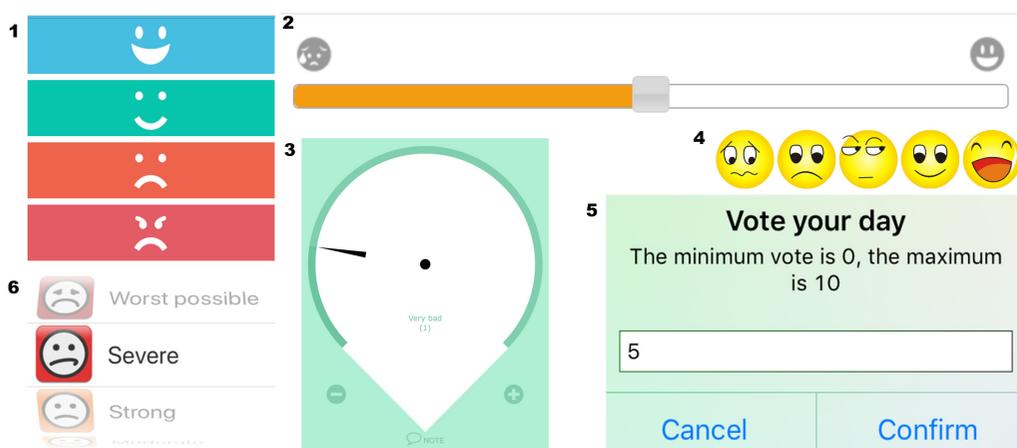
**Figura 8.** Ejemplo de gráfico de vida producido por el software ChronoRecord.  
Fuente: ChronoRecord Software.

La inscripción del ánimo con ChronoRecord se enmarca en un paradigma donde la base de datos se erige como el soporte central de la investigación científica (Bowker, 2005). Sin embargo, el sistema no se limitaba a ser una herramienta de recopilación, sino que también funcionaba como una infraestructura de información capaz de soportar múltiples formas de análisis. Los gráficos individuales enriquecían el trabajo clínico narrativo, mientras

que los datos agregados se destinaban a la investigación biomédica. En una etapa posterior, marcada por el desarrollo de aplicaciones para dispositivos móviles, este trabajo de datos definirá la práctica misma del registro e interpretación de estados de ánimo por parte de usuarios, liberándolos de los contextos científicos y clínicos en los que se originaron estas tecnologías.

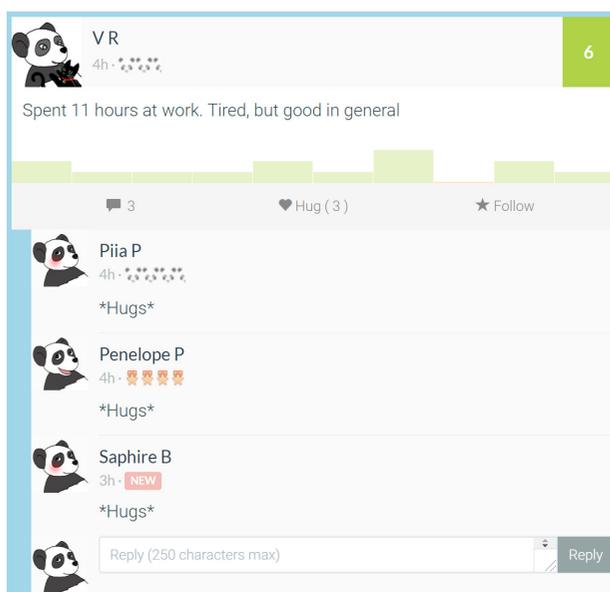
## E. MOOD TRACKING APPS

Las aplicaciones de registro y seguimiento del ánimo desarrolladas durante la era de la Web 2.0 se inscriben en una tradición histórica que se remonta a los diagramas de Emil Kraepelin. Estas aplicaciones heredan elementos clave de sus predecesoras, como la especialización temática, el formalismo y el enfoque en la gestión del sí mismo (Figura 9). Al mismo tiempo, profundizan la organización del registro anímico según la lógica de la base de datos, mientras que introducen cambios significativos en la *tecnogeografía* y en la temporalidad de estas prácticas.



**Figura 9.** Interfaces de usuario para el registro de estados del ánimo en aplicaciones de registro y seguimiento personal del ánimo: 1) MoodD; 2) Mood Panda; 3) Mood Diary; 4) Daily Mood Tracker; 5) iFeel; 6) TnS Lite.

Uno de los cambios más relevantes introducidos por las aplicaciones de seguimiento del ánimo es la inmediatez y la ampliación del número de actores involucrados. Estas herramientas permiten que los registros personales sean observados y comentados en tiempo real por una audiencia global, rompiendo con la lógica de centralización en la intervención clínica y la investigación científica que caracterizaba a las tecnologías anteriores. Un ejemplo destacado es MoodPanda, que dejó de operar en 2023. Esta plataforma permitía a los usuarios compartir públicamente sus registros de ánimo a través de un *Live World Feed*, donde otros usuarios podían comentar y ofrecer apoyo simbólico mediante abrazos virtuales (Figura 10). Aunque se incluían mecanismos de moderación, como la restricción de referencias a ideaciones suicidas, MoodPanda transformaba el seguimiento del ánimo en una actividad social y participativa, alejándose de la supervisión exclusiva de los profesionales de la salud (Mehta, 2012).



**Figura 10.** Interfaz de interacción de usuarios en el *Live World Feed* público de MoodPanda. Fuente: aplicación MoodPanda, 16 de julio de 2018.

Las interfaces de las aplicaciones de seguimiento del ánimo implementan diversas estrategias para presentar los datos ingresados por sus usuarios. En el *Live World Feed* de MoodPanda (Figura 10), un número en la esquina superior derecha indica el estado anímico actual. Una leyenda acompaña esta información con comentarios del usuario, que en el ejemplo proporcionado reflejan tanto su estado anímico general como elementos contextuales. Un gráfico de vida sintetiza la trayectoria reciente del ánimo, abarcando los últimos 10 registros. Más abajo, la interfaz muestra reacciones de otros usuarios. En otras vistas, la aplicación despliega gráficos que ilustran las fluctuaciones del ánimo a lo largo de semanas y meses, así como la distribución porcentual de los diferentes niveles anímicos.

Al igual que en el caso de ChronoRecord, la construcción de narrativas es solo una entre varias estrategias para interpretar los datos ingresados en estas aplicaciones. Sin embargo, no todas estas herramientas están diseñadas exclusivamente, ni principalmente, para contextos de investigación o intervención clínica. En su análisis sobre las prácticas asociadas al *Quantified Self*, Neff y Nafus (2016) identifican una variedad de motivaciones para el auto-seguimiento más allá de la intervención médica, tales como la evaluación del estado propio, la exploración estética, el desarrollo de hábitos o la resolución de problemas personales. El uso de gráficos de vida y registros de ánimo en aplicaciones como MoodPanda transforma la práctica de inscripción en una actividad accesible y cotidiana, descentrando el papel de los especialistas. De este modo, estas herramientas empoderan a las personas para explorar su propia subjetividad a través de los datos, promoviendo una gestión autónoma de su bienestar emocional.

No obstante, este enfoque también implica una simplificación en las formas de observación del ánimo. Aunque las aplicaciones como MoodPanda permiten una participación más amplia, la estructura de datos y los tipos de análisis que posibilitan tienden a ser menos complejos que los utilizados en la investigación biomédica. La tecnología ya no se centra en la producción de conocimiento científico o la verificación de tratamientos,

sino en la creación de espacios para la autoexpresión y el apoyo mutuo entre usuarios. En este sentido, aplicaciones de seguimiento del ánimo como ésta representan un giro hacia formas más democratizadas y cotidianas de gestionar la salud mental, abriendo nuevas posibilidades mientras reducen la complejidad que tradicionalmente caracterizaba al campo.

## CONCLUSIÓN

La sociología de la salud ha destacado el papel central de las narraciones en la experiencia de vivir con enfermedades crónicas, subrayando su capacidad para dar sentido a la enfermedad (Charmaz, 1991; Hunter, 1991; Williams, 1984). Con la creciente relevancia de las bases de datos en la infraestructura informativa de organizaciones complejas, ha resurgido el debate sobre la relación entre listados y narraciones como formas culturales que construyen representaciones del mundo (Bowker, 2005; Manovich, 2001). Este artículo ha rastreado la evolución de las tecnologías de inscripción del ánimo para profundizar en la comprensión de esta relación dentro del contexto del cuidado de la salud. La trayectoria histórica, que abarca desde las primeras décadas del siglo XX hasta las primeras del XXI, evidencia cómo la forma narrativa fue desplazada por la lógica de la base de datos como estructura subyacente en estas tecnologías.

Los diagramas utilizados por Emil Kraepelin y Adolf Meyer en las primeras décadas del siglo XX representan un hito inicial en la filogénesis de las tecnologías de inscripción del ánimo que hemos analizado. En ellos, el listado se materializa como un diagrama que registra el paso del tiempo, incorporando marcas correspondientes a estados del ánimo y, en el caso del método de Meyer, a eventos contextuales. La organización cronológica de estos diagramas evidencia una subordinación del listado a la lógica narrativa. El trabajo de registro e interpretación recaía principalmente en psiquiatras y estudiantes de psiquiatría, y su lógica subyacente parece haberse orientado hacia la producción de hechos científicos. Estos diagramas

se concebían como instrumentos para movilizar el mundo anímico y respaldar argumentaciones en medios altamente especializados. Su propósito principal era contribuir a narrar la vida de los pacientes de manera que los trastornos del ánimo se estabilizaran como objetos epistémicos dentro la comunidad psiquiátrica. No obstante, es posible que también se emplearan como herramientas para la intervención clínica en consultas individuales.

Hacia 1950, el inicio de la era farmacológica en psiquiatría marcó un segundo momento clave en esta historia. Las historias diagramáticas del curso de vida de los pacientes, como las desarrolladas por Schou y Baastrup, tenían como objetivo principal identificar el impacto de los fármacos —principalmente el litio— en las trayectorias de la enfermedad. Aunque las primeras versiones de Schou seguían el diseño de Kraepelin, con una organización cronológica y una alta especialización temática, las versiones publicadas junto a Baastrup en la década de 1960 introdujeron una tensión entre la forma narrativa y la del listado, al reintegrar las trayectorias individuales de la enfermedad en un contexto poblacional. Esto evidenció una subordinación de la narración, vinculada intrínsecamente a lo individual, a la lógica del listado. La orientación subyacente continuó centrada en la producción de hechos científicos, aunque ahora de la mano del auge de la industria farmacéutica. Estas tecnologías de inscripción del ánimo difícilmente pudieron servir como herramientas para la intervención clínica en casos individuales, limitando también su capacidad para fomentar un reflejo integral de la persona.

El tercer momento, situado en las décadas de 1980 y 1990, marcó un cambio profundo en la división del trabajo relacionado con la inscripción y la narración del ánimo. Con el método del gráfico de vida (NIMH LCM), se esperaba que no solo el personal clínico registrara el estado anímico de los pacientes, sino también los propios pacientes o sus personas cercanas. Aunque el diseño de esta herramienta retomaba la propuesta kraepeliana basada en un diagrama cronológico de la trayectoria individual de la enfermedad, los estados de ánimo fueron traducidos en categorías de experiencias que el personal clínico y de investigación podía prever que los pacientes

o sus allegados identificarían de manera confiable y consistente en su vida cotidiana. Este enfoque tenía un doble propósito: proporcionar información clínica al equipo tratante y fomentar que los pacientes y sus allegados adquirieran una comprensión renovada de la vida como una trayectoria de la enfermedad, lo que, potencialmente, mejoraría la adherencia al tratamiento. En este sentido, uno de los propósitos explícitos era la construcción de lo que Charmaz (1991) denomina una *identidad dialéctica*: que la persona participe en prácticas en las cuales se observe y reflexione como objeto de sí misma. Simultáneamente, los datos recopilados se utilizaban para generar conocimientos científicos sobre la intervención en los trastornos del ánimo, combinando la lógica narrativa y la lógica del listado. De este modo, cada trayectoria individual funcionaba simultáneamente como unidad de análisis e intervención y como componente de una población más amplia, cuyos datos se integraban en tablas para permitir análisis estadísticos agregados.

Las posibilidades introducidas por el NIMH LCM se ampliaron aún más por ChronoRecord en el cambio de siglo, marcando un cuarto momento en la historia que hemos reconstruido. Esta tecnología, impulsada por la difusión global de los computadores personales y la Internet, adoptó por completo la lógica de la base de datos. El medio impreso, que presentaba cada inscripción de estados de ánimo o eventos contextuales como un nuevo elemento en una serie temporal, fue reemplazado por una interfaz que registraba cada entrada de manera aislada. Los pacientes y médicos tratantes solo recibían mensualmente un informe con una representación gráfica de la trayectoria de la enfermedad, incluyendo detalles sobre cambios afectivos, patrones de sueño y consumo de medicamentos. Este cambio desplazó la lógica narrativa a un rol secundario, priorizando la producción de hechos científicos.

El desarrollo de aplicaciones para teléfonos inteligentes marcó el inicio de un quinto momento en la historia de las tecnologías de inscripción del ánimo. Esta nueva generación consolidó la predominancia de la base de datos como forma cultural en este ámbito. Según la propuesta de Lev

Manovich (2001), el mundo se configura ahora como una colección interminable y desestructurada de registros de datos sobre los cuales los usuarios pueden realizar diversas operaciones, incluida la producción de narrativas. Estas tecnologías han transformado profundamente el ecosistema de contexturas que les otorgan sentido y la delegación del trabajo asociado. Por un lado, en algunas versiones, las prácticas se han desvinculado tanto de las estrategias de intervención clínica como de la producción de hechos científicos, centrándose en la construcción de una identidad dialéctica (Charmaz, 1991). Como señalan Alexandra Carmichael y Robin Barroah (2012), este nuevo momento se caracteriza por prácticas que permiten “conocerse a sí mismo a través de números”. Por otro lado, la posición del “otro” en la comunicación ha sido ocupada por una multiplicidad de actores, que incluyen nuevos miembros de comunidades y organizaciones tradicionales, así como públicos completamente anónimos.

En conclusión, la filogénesis de las tecnologías de registro del ánimo durante gran parte del siglo XX e inicios del siglo XXI evidencia una transición desde un contexto organizado según una lógica narrativa hacia otro en el que predomina la base de datos como forma cultural. En su análisis sobre las formas culturales de la sociedad computarizada, Lev Manovich (2001) señaló que lo que a primera vista parece una oposición entre las formas de la narración y la base de datos en realidad encierra una relación simbiótica. Según este autor, las bases de datos facilitan la construcción de narraciones como una forma entre otras de dar sentido a los datos. El análisis que hemos presentado respalda esta hipótesis y explora algunas de sus implicancias en el campo del cuidado de la salud, con énfasis en las formas de división del trabajo y en las contexturas que les otorgan sentido, incluyendo la intervención clínica, la investigación científica y el desarrollo farmacéutico, entre otras.

Asimismo, nuestro análisis ha evidenciado la centralidad del listado como técnica de registro a lo largo de todo este proceso, lo que permite matizar y enriquecer la tesis de Manovich. Hemos identificado diversas

formas en las que se articula la relación simbiótica entre narración y listado como técnicas de registro. Estas formas de articulación varían en el período observado según su lógica subyacente, definida por la predominancia de la narración o de la base de datos como forma cultural. En este sentido, las tecnologías de inscripción del ánimo no solo reflejan modelos sobre cómo es el mundo, sino que también moldean cómo se le da sentido a través de los registros.

Finalmente, nuestro análisis de la filogénesis de estas tecnologías sugiere que una orientación hacia la gestión del yo, especialmente en un contexto de intervención clínica, tiende a recurrir a narrativas como estrategia para dar sentido a los datos. Este hallazgo se alinea con estudios clásicos de sociología de la salud, que han destacado el fundamento narrativo del cuidado de la salud (Charmaz, 1991; Hunter, 1991; Williams, 1984). Sin embargo, nuestros resultados indican que este fundamento narrativo adquiere características distintas en la sociedad computarizada, donde la base de datos se ha consolidado como la forma cultural predominante.

## BIBLIOGRAFÍA

- BAASTRUP, P. C., Y SCHOU, M. (1967). Lithium as a prophylactic agent. Its effect against recurrent depressions and manic-depressive psychosis. *Archives Of General Psychiatry*, 16(2), 162-172.
- BALDESSARINI, R. J. (2000). American Biological Psychiatry and Psychopharmacology, 1944-1994. En R. W. Menninger & J. C. Nemiah (Eds.), *American Psychiatry after World War II, 1944-1994* (pp. 371-412). American Psychiatric Press, Inc.
- BAUER, M., Y GITLIN, M. (2016). *The Essential Guide to Lithium Treatment*. Springer.
- BAUER, M., GLENN, T., ALDA, M., GROF, P., BAUER, R., EBNER-RIEMER, U. W., EHRLICH, S., PFENNIG, A., PILHATSCH, M., RASGON, N., Y WHYBROW, P. C. (2023). Longitudinal Digital Mood Charting in Bipolar Disorder: Experiences with ChronoRecord Over 20 Years. *Pharmacopsychiatry*, 56(5), 182. <https://doi.org/10.1055/a-2156-5667>
- BAUER, M., GLENN, T., Y WHYBROW, P. C. (2015). *The ChronoRecord Experience: 15 Years of Electronic Daily Self-Reported Mood Charting*. ISBD, Toronto. <https://www.slideshare.net/ISBD/the-chronorecord-experience-15-years-of-electronic-daily-selfreported-mood-charting>
- BAUER, M., GROF, P., RASGON, N., GLENN, T., ALDA, M., PRIEBE, S., RICKEN, R., Y WHYBROW, P. C. (2006). Mood Charting and Technology: New Approach to Monitoring Patients with Mood Disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 2, 423-429.
- BEARD, P. R. (2000). The Consumer Movement. En R. W. Menninger & J. C. Nemiah (Eds.), *American Psychiatry after World War II, 1944-1994* (pp. 297-318). American Psychiatric Press, Inc.

- BERG, K. L., SEYMOUR, T., Y GOEL, R. (2013). History Of Databases. *International Journal of Management & Information Systems (IJMIS)*, 17(1), Article 1. <https://doi.org/10.19030/ijmis.v17i1.7587>
- BERG, M. (1996). Practices of reading and writing: The constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 499-524. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10939100>
- BERNASCONI, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 56, 9. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.28611>
- BOSSEN, C., PINE, K. H., CABITZA, F., ELLINGSEN, G., Y PIRAS, E. M. (2019). Data work in healthcare: An Introduction. *Health Informatics Journal*, 25(3), 465-474. <https://doi.org/10.1177/1460458219864730>
- BOWKER, G. C. (2005). *Memory practices in the sciences*. MIT Press.
- BOWKER, G. C., Y STAR, S. L. (1999). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. MIT Press.
- CHARMAZ, K. (1991). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. Rutgers University Press.
- CARMICHAEL, A., Y BAROOAH, R. (2012). *Get Your Mood On. Quantified Self: Self Knowledge Through Numbers*. Recuperado 2 de diciembre de 2024, de <http://quantifiedself.com/2012/12/get-your-mood-on-part-1/>
- CHRONORECORD ASSOCIATION. (s. f.). Recuperado 14 de abril de 2017, de <https://chronorecord.org/html/home.html>
- CULLEY, M. (1989). «I Look at Me»: Self as Subject in the Diaries of American Women. *Women's Studies Quarterly*, 17(3/4), 15-22.
- DAY, S., Y LURY, C. (2016). Biosensing: Tracking Persons. En *Quantified: Biosensing Technologies in Everyday Life* (pp. 43-66). MIT Press.

- DECKER, H. S. (2007). How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? — from Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry*, 18(3), 337-360.
- DENIS, J. (2016). Data and its invisible work. *Science + Technology by Other Means - 4S/EASST Conference*, 8. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01364311/document>
- FOUCAULT, M. (1997). Self Writing. En P. Rabinow (Ed.), *Ethics, Subjectivity and Truth* (Vol. 1, pp. 207-223). New Press.
- GOODY, J. (1986). *The Logic of Writing and the Organization of Society*. Cambridge University Press.
- HUNTER, K. M. (1991). *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton University Press.
- KOLB, L., FRAZIER, S., Y SIROVATKA, P. (2000). The National Institute of Mental Health: Its Influence on Psychiatry and the Nation's Mental Health. En R. W. Menninger & J. C. Nemiah (Eds.), *American Psychiatry after World War II, 1944-1994* (pp. 207-231). American Psychiatric Press, Inc.
- KRAEPELIN, E. (1899). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte: Vol. 2: Klinische Psychiatrie* (Sechste, Vollständig umgearbeitete Auflage). Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- KRAEPELIN, E. (1904A). *Clinical psychiatry: A text-book for students and physicians* (A. R. Defendorf, Trad.; 6.a ed.). The Macmillan Company.
- KRAEPELIN, E. (1904B). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage.). Verlag von Johann Ambrosius Barth.

- KRAEPELIN, E. (1913). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Achte, vollständig umgearbeitete Auflage., Vol. 3). Verlag von Johann Ambrosius Barth. <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015014485281>
- KRAEPELIN, E. (1921). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia* (G. M. Robertson, Ed.; M. Barclay, Trad.). E. & S. Livingstone.
- LATOUR, B. (1986). Visualization and cognition: Thinking with eyes and hands. *Knowledge and Society*, 6, 1-40.
- LATOUR, B. (1992). *Ciencia en acción: Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Labor.
- LEJEUNE, P. (2009). The Diary: Origins (K. Durnin, Trad.). En J. Popkin & J. Rak (Eds.), *On Diary* (pp. 23-118). The University of Hawaii Press.
- LEVERICH, G. S., Y POST, R. M. (1998). Charting the Course of Bipolar Illness and Its Response to Treatment. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 3(3).
- LEYS, R. (1991). Types of One: Adolf Meyer's Life Chart and the Representation of Individuality. *Representations*, 34, 1-28.
- LIVIANOS-ALDANA, L., Y ROJO-MORENO, L. (2006). Life-Chart Methodology: A long past and a short history. *Bipolar Disorders*, 8(2), 200-202.
- LUHMANN, N. (1999). Sign as Form (M. Irmischer & L. Edwards, Trads.). En D. Baecker (Ed.), *Problems of Form* (pp. 46-63). Stanford University Press.
- LUPTON, D. (2016). *The quantified self*. John Wiley & Sons.
- MANOVICH, L. (2001). *The language of new media* (8. print). MIT Press.
- MARNEROS, A., Y ANGST, J. (EDS.). (2000). *Bipolar Disorders: 100 Years after Manic-Depressive Insanity*. Kluwer Academic Publishers.

- MCCARTHY, M. (2000). A Pocketful of Days: Pocket Diaries and Daily Record Keeping among Nineteenth-Century New England Women. *The New England Quarterly*, 73(2), 274.
- MEHTA, R. (2012, FEBRERO 1). Toolmaker Talk: Ross Larter (MoodPanda). *Quantified Self: Self Knowledge Through Numbers*. <http://quantifiedself.com/2012/02/toolmaker-talk-ross-larter-moodpanda/>
- MEYER, A. (1919). The Life Chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. En *Contributions to Medical and Biological Research* (Vol. 2, pp. 1128-1133). P. B. Hoeber.
- MONDIMORE, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: A historical perspective. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 17(1), 49-52.
- NEFF, G., & NAFUS, D. (2016). *The Self-Tracking*. MIT Press.
- NETTLETON, S., Y BURROWS, R. (2003). E-Scaped Medicine? Information, Reflexivity and Health. *Critical Social Policy*, 23(2), 165-185.
- ONG, W. J. (2012). *Orality and literacy: The technologizing of the word* (30th anniversary ed.; 3. ed). Routledge.
- OUDSHOORN, N. (2012). How places matter: Telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare. *Social Studies of Science*, 42(1), 121-142.
- Parsons, T. (1991). *The Social System*. Routledge.
- POST, R. M., Y LEVERICH, G. S. (2008). Emil Kraepelin and the History of the Development of the Detailed Mood Chart. En *Treatment of Bipolar Illness: A Casebook for Clinicians and Patients* (1 edition, pp. 3-12). W. W. Norton & Company.

- POST, R. M., ROY-BYRNE, P., Y UHDE, T. W. (1988). Graphic Representation of the Life Course of Illness in Patients With Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145(7), 844-848.
- RAHE, R. H. (1992). Van Gogh and the life chart. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 27(4), 323-335.
- RHEINBERGER, H.-J. (2011). Consistency from the perspective of an experimental systems approach to the sciences and their epistemic objects. *Manuscrito*, 34, 307-321. <https://doi.org/10.1590/S0100-60452011000100014>
- ROY-BYRNE, P., POST, R. M., UHDE, T. W., PORCU, T., Y DAVIS, D. (1985). The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(s317), 1-33.
- RUPPERT, E. (2012). The Governmental Topologies of Database Devices. *Theory, Culture & Society*, 29(4-5), 116-136. <https://doi.org/10.1177/0263276412439428>
- SCHOU, M. (1973). Prophylactic lithium maintenance treatment in recurrent endogenous affective disorders. En *Lithium* (pp. 269-294). Springer.
- SHORTER, E. (2009). Before Prozac: *The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. Oxford University Press.
- SMITH, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. AltaMira Press.
- WILLIAMS, G. (1984). The genesis of chronic illness: Narrative reconstruction. *Sociology of Health & Illness*, 6(2), 175-200.

**NOTA**

Este estudio fue financiado por ANID a través de los Proyectos Fondecyt de Iniciación en la Investigación N°11150918 y Fondecyt Regular N°1230604.

**AGRADECIMIENTOS**

Muchas personas e instituciones han colaborado en el extenso proceso del trabajo aquí publicado. Agradezco especialmente la colaboración de Nairbis Sibirian en la recopilación y sistematización inicial de información sobre los diagramas de vida; los comentarios críticos realizados por: Francisco Salinas, Jorge Castillo-Sepúlveda y Daniel López-Gómez; China Mills, Elisa Klein y participantes del Affective Technologies Workshop (Londres, 2019); Fils Henwood y participantes en la sesión del Congreso ISA, Towards a Sociological Critique of Digital Health (2018, Boston); Martín Tironi y participantes del Workshop Diseñando Personas Mediante Números (Santiago, 2017); a participantes del panel Visual (In)Sensibilities organizado en la reunión de la 4S (Boston, 2017); y a los médicos psiquiatras, enfermeras y desarrolladores que tuvieron la generosidad de compartir sus conocimientos y experiencias relacionados con tecnologías de inscripción del ánimo.

**SOBRE EL AUTOR**

El Dr. Fernando A. Valenzuela Arteaga es profesor asociado de la Escuela de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Ciencias Sociales, de la Universidad Andrés Bello, Chile. En sus proyectos más recientes, ha investigado las condiciones contemporáneas del trabajo científico (Anillo Matemáticas y Género SOC180025; UNAB DI0421NUC; Fondecyt 1230604) y las dimensiones socioculturales de la telemedicina (Fondecyt 11150918).