

ENTRE LA INCERTIDUMBRE Y EL SÍNTOMA
La vida atravesada por un diagnóstico psiquiátrico

Trabajo de grado presentado por:
DIANA ISABEL ISAZA TRUJILLO

Director:
JORGE ENRIQUE FIGUEROA GÓMEZ

Programa de Antropología
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Universidad Icesi
Santiago de Cali

2019

Contenido

Agradecimientos.....	4
Introducción: la patologización de la vida.....	5
Sobre las patologías de “trastornos mentales” más prevalentes en Colombia	11
Consideraciones metodológicas	14
Capítulo I: “Llevar la procesión por dentro”	18
El caso de “Adriana”	19
Corporeizando los temores	25
Un mal menor	34
Capítulo II: “Callar”	44
El caso de “Gloria”	45
Subvertir los roles impuestos por la búsqueda de la salud	50
El diagnóstico del aislamiento	55
Capítulo III: “Era solo el cuerpo existiendo”	65
El caso de “Andrés”	66
Viviendo con lo aprendido	72
El cálculo	77
Capítulo IV: “El ancla”.....	89
El caso de “Julia”.....	90
Un cambio de la conciencia acerca de su cuerpo.....	97

La <i>salud</i> , un proyecto político	107
Conclusiones. De la incertidumbre al síntoma	115
El arribo del diagnóstico de “trastorno mental”	115
Los dispositivos terapéuticos de la psiquiatría	117
La consolidación de un criterio: el individuo y su rol activo en el control de sus vivencias.....	120
Bibliografía y fuentes... ..	125
Anexos	130

Agradecimientos

A Adriana Arias, por insistir día a día en el valor del relato. Porque su trabajo recupera lo que el de otros desecha, y con eso posibilita la vida.

A las protagonistas de este documento, por compartirme parte de sus historias vida, abrireme las puertas de sus casas y muchas veces hacerme sentir en la mía. A las personas que me condujeron a ellas. A todas, mi más sincera admiración por la lucha diaria que emprenden contra sus enfermedades o las de sus familiares y por los esfuerzos que hacen por educar en la empatía.

A Jorge Enrique, por la paciencia que me tuvo para organizar ideas, por sus oportunas recomendaciones que permitieron darle mayor estructura a esta investigación y por insistir en las preguntas sobre los procesos sociales de la enfermedad y la salud.

A Jorge Arturo, por serlo todo. A mamá, por el ejemplo de su lucha diaria en contra de los roles que le han sido impuestos y por contribuir a la igualdad. A papá, por su ejemplo de dignidad. A mi tío, porque su llegada a nuestra casa ha sido una de las experiencias más confortantes.

A Camilo y Marly, por haber entendido que necesitaba de su apoyo aun cuando no se los pedía. A Juan, por su acompañamiento incondicional. A Ilian, por las rodadas para aclarar ideas.

Introducción

La patologización de la vida.

A mediados del año 2017, semanalmente nos reuníamos alrededor de una decena de personas en una clínica psiquiátrica de la ciudad de Cali. Éramos invitados e invitadas por esa institución para socializar las experiencias derivadas de la convivencia con personas diagnosticadas con algún “trastorno mental”. Ahí teníamos la libertad de comentar nuestras vivencias como cuidadores o cuidadoras: a veces entre risas, a veces entre llanto.

La asistencia constante a estos espacios me permitió conocer a otras personas que también estaban comprometidas con estos encuentros. También pude identificar los principales temas que emergían de las discusiones que teníamos, basándonos en los roles que ejercíamos en nuestros hogares. Era inevitable reconocer mis vivencias en los relatos de otras personas, casi como si de los mismos sujetos se tratara. Compartíamos las mismas preocupaciones como, por ejemplo, no saber si las actitudes que teníamos con las personas que cuidábamos era la correcta; qué comportamientos se podían esperar de una persona diagnosticada con tales “trastornos” y, lo más asombroso, era compartir casi que de manera unánime los temores y las inquietudes en torno a la medicación prescrita para tales diagnósticos.

No todos teníamos experiencia con el tratamiento farmacológico, pues muchos de nuestros compañeros o familiares diagnosticados no optaron por su uso. Esto lo pude reconocer con más facilidad en las conversaciones personales que tenía con algunas de mis compañeras o compañeros por fuera de esa institución clínica, donde compartíamos con mayor detalle las razones para no optar por ese tipo de tratamiento. Es un fenómeno muy llamativo que fue objeto de estudio en la última Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), la cual identificó que existen estigmas relacionados con las enfermedades mentales y los fármacos psiquiátricos, los cuales

inciden en que las personas no accedan a los servicios para atender su salud mental. Específicamente, del 4,5% de personas adultas que reportaron haber tenido algún problema de salud mental, sólo el 37,5% accedió a los servicios de atención médica (ENSM, 2015).

Aunque inicialmente me inquieté por estudiar esos pensamientos y temores evocados por los medicamentos psiquiátricos, poco a poco fui evidenciando un panorama más amplio que abarcaba esta situación. Se trató de la similitud de preocupaciones, vivencias y temores que teníamos como cuidadores de alguien diagnosticado con “trastorno mental”. Como si todos los asistentes conformáramos una misma familia, ahora teníamos las mismas preocupaciones: las relacionadas con un *bienestar* del que antes no éramos conscientes.

Pero, ¿qué fue lo que sucedió en nuestros hogares para que nuestras preocupaciones y cotidianidad cambiaran? Una inquietud que solo se podía resolver si salía de esta institución e indagaba por tales vivencias. Por lo pronto, lo seguro era que, al menos nuestras rutinas habían cambiado al unánimemente tras la realización de un diagnóstico a nuestros familiares o compañeros.

Pese a que los diagnósticos médicos y psiquiátricos se generen en los establecimientos médicos, las implicaciones que contraen no suceden ahí, sino en la vida cotidiana de las personas sobre las que se realizan y, en algunos casos, sobre su entorno social. Por lo tanto, es importante reconocer las circunstancias donde los efectos de tales diagnósticos tienen lugar, siendo este el propósito que orienta esta investigación.

Las inquietudes sobre los diagnósticos, en tanto una práctica médica, han sido ampliamente abordadas desde la psicología y la filosofía. Una trayectoria que, en términos generales, señala la importancia de cuestionar esta práctica, pues muchas veces las vivencias de las personas se traducen inmediatamente en signos o síntomas de una enfermedad, dejando de lado el reconocimiento del contexto social con el que están relacionadas esas vivencias y sensaciones

que las personas refieren (Peña, 2015).

Esta es una preocupación vigente en nuestros días, y se refleja en la creciente conformación de equipos, como lo son el Forum Infancias de Argentina, el *Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade* de Brasil, el grupo Espai Freud a través de la campaña Stop DMS (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales por sus siglas en inglés) de España, el *Forum por uma abordagem não medicalizante nem patologizante da educação* de Portugal, *Pas de zéro de conduite* de Francia y organizaciones chilenas, mexicanas y argentinas; los cuales cuestionan que las vivencias humanas sean resumidas en *enfermedades* (Untoiglich, 2014).

La perspectiva de esos equipos tiene sentido si partimos de que la realización de diagnósticos médicos, muchas veces, consiste en trasladar los problemas o situaciones inherentes a la vida cotidiana, hacia el campo médico, una práctica denominada *medicalización* (Moysés y Collares [2011] en Untoiglich, 2014). Donde el saber biomédico controla la vida determinando qué es lo *normal* en ella (Canguilhem, 1971). Por ende, aquello que no entra en el promedio de normalidad, será intervenido mediante dispositivos de diversa índole que ha creado para la normalización de los cuerpos individuales y sociales (Foucault, 1997).

Es por esto que en la medicina recae un importante control sobre la vida de las personas, ya que quienes replican su discurso (médicos, enfermeros, farmacéuticos y demás profesionales de la salud) contribuyen al proceso mediante el cual cada vez más y más formas de vida humana se canalizan a través del saber biomédico (Scheper-Hughes, 1996). A lo que se le debe añadir que los servicios sanitarios y el desarrollo de estudios sobre patologías, han generado un desplazamiento hacia el terreno del ámbito cuantitativo de las ciencias médicas, donde las vivencias y experiencias de las personas son reducidas a datos y cifras para análisis estadísticos (Silva, 2015).

En esta tendencia no se reconocen las diversas formas que los grupos sociales llevan a cabo para gestionar su salud (Comelles y Martínez, [1993] en Silva, 2015), relativa a las *representaciones que tienen sobre la salud y la enfermedad* (Osorio [2001] en Silva, 2015).

De manera que la *medicalización* es una práctica que, específicamente, la antropología no debería descuidar, pues ese ejercicio de diagnosticar puede conducir a la configuración de nuevas subjetividades, que son importantes a la hora de reconocer las implicaciones reales que tiene la práctica médica: lo que sucede en la vida de las personas. Su contribución no radica en la mera contraposición del saber médico y profano, sino que puede contribuir con la posibilidad de una práctica clínica más conciliadora, donde se no se invaliden otras formas posibles de interpretar el cuerpo y su funcionamiento.

Ahora bien, antes de abordar el aporte específico en el que se centrará esta investigación, es necesario retomar una última cuestión: el cuerpo como el medio por el cual el discurso médico genera sus diagnósticos (Sánchez, 2014). En el ejercicio de medicalización de la vida, el cuerpo se convierte en el territorio por el que se disputa lo *normal* y lo *anormal* (Canguilhem, 1971). Aquí, el proceso de medicalización, es decir, hacer de una vivencia o sensación una enfermedad, implica un proceso de cambio de conciencia sobre el cuerpo, que ahora está en búsqueda de la *normalidad* (Sánchez, 2014).

En esa búsqueda por normalizar el cuerpo, el individuo experimenta transformaciones en su vida que lo distancian del sujeto que solía ser antes del sentido que sus médicos dan a sus vivencias, pues la concepción del cuerpo enfermo implica un cambio en relación con lo que era antes (Stolkier, 2013). Por ello, es importante analizar esta transformación de la vida, causada por la injerencia de un discurso médico, desde la perspectiva de quien recibe el diagnóstico, quien no resulta ser un simple receptor de ese saber médico, sino que también ejerce un rol activo en el encuentro con esa lectura biomédica y sus efectos (Silva, 2015). Con todo lo

anterior, la presente investigación se cuestionó por ¿qué implicaciones tiene en la vida de las personas la patologización de sus vivencias elaborada por un médico psiquiatra?

Para abordar esta cuestión, este trabajo pretende *describir las vivencias de cuatro personas residentes de la ciudad de Cali tras el recibimiento de un diagnóstico de “trastorno depresivo mayor” o de “trastorno afectivo bipolar” a partir de sus historias de vida.* La primera de ellas es “Adriana”, una mujer de 44 años diagnosticada con “trastorno depresivo recurrente (o mayor)” hace 12 años, de los cuales 6 ha implementado la medicación como tratamiento terapéutico. Seguido se encuentra el caso de “Gloria”, una mujer de 54 años diagnosticada en dos momentos distintos con esa misma enfermedad desde hace 11 años y con un tratamiento farmacoterapéutico distinto al del primer caso. Después se presenta el caso de “Andrés”, un joven de 24 años cuya historia de diagnóstico fue la más corta, con 3 años, para la cual también le han prescrito una serie de fármacos psiquiátricos. Y, finalmente, está el caso de “Julia”, una mujer de 52 años que fue diagnosticada con la misma enfermedad que el primer y segundo caso, pero a quien le prescribieron fármacos distintos a aquellas otras dos mujeres.

Cada una de estas personas fue contactada a partir de un largo proceso de acercamiento en campo, en el cual se buscó poder contrastar el nivel socioeconómico, la filiación al sistema de salud, los roles que estas personas desempeñan en sus hogares y que hubieran sido diagnosticadas con aquellos “trastornos mentales” de mayor prevalencia en el país.

Para entender la transformación en la vida de estas personas a raíz de esos diagnósticos médico-psiquiátricos, se plantearon tres objetivos específicos que se retoman en cada caso y conforman los apartados de cada capítulo. El primero de ellos consistió en *describir el contexto en el que se elaboró el diagnóstico de trastorno mental por parte de médicos psiquiatras a las cuatro personas consultadas.* Este primer momento busca dar cuenta de las características espaciales y circunstanciales en las que se enmarca el discurso médico que propició tales diagnósticos.

Este momento inicial permite reconocer los primeros impactos que tiene el arribo de ese diagnóstico en cada caso, los cuales inciden en la trayectoria de su enfermedad y tratamiento. En el segundo momento de cada capítulo e historia de vida, se buscó *identificar las maneras en que las cuatro personas consultadas incorporan los diagnósticos de trastornos mentales en sus vidas*. Este objetivo permite entender la diversidad de formas en las que las personas incorporan la perspectiva médica en su cotidianidad, la cual no solamente propone una definición de los síntomas y vivencias de estas personas, sino que han posibilitado el despliegue de tratamientos terapéuticos que el mismo equipo de profesionales médicos han determinado. Este momento es fundamental, pues permite identificar la inserción de la medicina en contextos sociales particulares mediante los usos que las personas hacen de los dispositivos médicos (Cosminsky, 1983).

Finalmente, cada capítulo con su respectiva historia de vida se cierra con el último objetivo específico, que pretende *describir los usos que las cuatro personas consultadas hacen de la medicina a partir de esos dispositivos médicos con los que fueron intervenidos*. En este momento se concluye lo que ha sido un proceso de asimilación del saber médico que termina por forjar en cada individuo un criterio respecto a ese saber y frente a lo cual estas personas toman decisiones deliberadas, pues ya reconocen de qué se trata la perspectiva médica en sus casos y lo que quieren y están dispuestos a tomar de ella. Este momento es muy importante porque permite reconocer que los individuos no son sujetos acríticos, sino que también construyen una interpretación del saber biomédico y así mismo lo utilizan (Silva, 2015).

Antes de analizar cada perspectiva de estas personas, es necesario abordar los criterios a partir de los cuales la medicina diagnostica a las personas con “trastornos mentales”, específicamente los de depresión y bipolaridad, dada su prevalencia a nivel mundial y su relevancia en el marco de la patologización de las vivencias humanas.

Sobre las patologías de “trastornos mentales” más prevalentes en Colombia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución oficial que explica los criterios a nivel internacional sobre la salud humana, la salud de la mente se define como un “estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en el que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su medio físico y social” (2001).

Esta definición se posiciona a nivel internacional de las instituciones médicas gracias a la figura de poder de esa organización. Implica que, en la medicina, la salud de la mente no consiste únicamente en la ausencia de enfermedades, sino en la capacidad de su integración con el mundo social (OMS, 2013). Esto, de entrada, nos supone que la medicina no sólo intervendrá en los factores que le permitan contrarrestar la enfermedad, sino también aquellos que posibiliten alcanzar un estadio óptimo de la vida según sus criterios.

Desde la perspectiva de la enfermedad, las denominadas enfermedades o trastornos mentales consisten en una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento en la cual se afectan los procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, entre otros (OMS, 2001). Un estadio igual de amplio que su contrario: la mente sana. Esta fue una de las razones por las que la presente investigación priorizó dos tipos de “trastornos mentales”, pues podría comprender las diversas maneras de habitar con un diagnóstico y porque significan una gran prevalencia a nivel mundial y nacional.

Se trató del “trastorno depresivo recurrente (o mayor)” y el “trastorno afectivo bipolar”. El primero de ellos consiste en un trastorno mental común y una de las principales causas de

discapacidad en todo el mundo, donde se estima que 300 millones de personas están afectadas por esta condición (OMS, 2013). Este trastorno se caracteriza por la sensación de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sueño o apetito perturbado, cansancio y falta de concentración (Íbid., 2013) y se ha posicionado como una de las patologías humanas que más aqueja a la sociedad colombiana (MPS, 2005). Específicamente, la prevalencia de este diagnóstico en nuestro país es del 4,3 % en hombres y mujeres adultas (ENSM, 2015).

El segundo de esos diagnósticos se denomina “trastorno afectivo bipolar”, que consiste en la experimentación de episodios depresivos y maníacos separados por períodos de estado de ánimo normal (OMS, 2013). Por su parte los episodios maníacos implican un estado de ánimo elevado o irritable, actividad excesiva, presión del habla, alta autoestima y una disminución en la necesidad de dormir (Íbid., 2013). Este tipo de trastorno afecta alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2013). Y en nuestro país la prevalencia de los trastornos afectivos bipolares es de 1,5% (ENSM, 2015). Según los hallazgos de la última Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), este trastorno no presenta una prevalencia significativa respecto al sexo, a diferencia de la depresión mayor.

Para estos tipos de afectaciones, tanto el “trastorno depresivo recurrente” como el “trastorno afectivo bipolar”, en tanto “enfermedades mentales graves” (Acero, Canu-Prous y Canga, 2016), los medicamentos son el recurso conocido y legitimado por el sistema biomédico para su tratamiento (Silva, 2015), los cuales pueden tener como complemento la atención psicosocial (OMS, 2001).

Este contexto de patologización de los sentimientos y las sensaciones de las personas es un fenómeno mundial que se tiene como producto de una sociedad industrializada, que propicia sujetos cada vez más competitivos, productivistas y direccionados hacia el consumo, y no como

cuestiones individuales de orden biológico (Untoiglich, 2014). Donde cada vez más características de la vida humana serán susceptibles de medicalización por no corresponder con lo que el mundo actual demanda (Schepper-Hughes, 1996). Este es un afán de la medicina que se tiene que analizar multidisciplinariamente, pues muchas de esas actitudes y pensamientos que se patologizan, pueden ser consecuencia de características de la vida social, donde su tratamiento estaría en la transformación de su contexto y no en la determinación del individuo como paciente.

A continuación, se explican algunas cuestiones que posibilitaron esta investigación y algunos elementos que emergieron del trabajo de campo con las personas consultadas, para posteriormente dar paso a las historias de personas que han transitado de la incertidumbre sobre la naturaleza de sus vivencias a su concepción como síntomas.

Consideraciones metodológicas:

A raíz de mi experiencia como asistente de una institución psiquiátrica de la ciudad de Cali, en calidad de “cuidadora”, conocí a muchas personas diagnosticadas con “trastornos mentales” o que tenían un rol como el mío. Con ellas pude reconocer algunas vivencias que se derivan del arribo de un diagnóstico psiquiátrico, un encuentro entre saber médico y profano en el que constantemente deben tomar decisiones.

Inicialmente, cuando apenas tenía algunos criterios de selección de personas, como lo era la diversidad en los roles que desempeñan en sus hogares, en el nivel socioeconómico, en la filiación al sistema de salud y que hubieran sido diagnosticadas con aquellos “trastornos mentales” de mayor prevalencia en el país; pude entrevistar a algunas personas que me permitieron reconocer que, en las experiencias derivadas del diagnóstico y tratamiento de la mente, inevitablemente implicaban hablar sobre anécdotas de sus vidas que podían resultar muy

dolorosas y delicadas. Esto hizo que me enfocara en una metodología y un método de investigación que reconociera la importancia de las trayectorias vitales de las personas y de sus procesos de interpretación.

Por esta razón la presente investigación se enmarca en una metodología cualitativa, la cual permite comprender la realidad social desde los propios marcos de referencia de las personas (Chárriez, 2012). Específicamente opté por el método de historias de vida y enfoque narrativo. El método de historias de vida nos permite conocer y evidenciar cómo las personas viven, entienden y se relacionan con su entorno desde su propia perspectiva (Bassi, 2014). Al privilegiar las descripciones que las personas realizan sobre eventos en su vida, resulta uno de los métodos más importantes para comprender el mundo social de las personas como ellas lo hacen (Hernández, 2009).

Este método posibilita conocer la interpretación que las personas realizan sobre el saber médico y sus tratamientos terapéuticos, así como la forma en que construyen tal interpretación. Es decir, permite reconocer los modelos de representación social que posibilitan la comprensión de su cuerpo en diversos estadios, como lo son la salud y la enfermedad (Moscovici [1961] en Viveros, 1993). Para aproximarse a ese proceso interpretativo, este método privilegia las descripciones verbales densas sobre los aspectos que se cuestionan, donde involucra el significado afectivo evocado por las cosas, situaciones, experiencias y relaciones (Bassi, 2014). Reconociendo la discusión acerca de lo que abarca la historia de vida, en la que algunos investigadores sostienen que este método debe incluir la totalidad de la vida de la persona (Bassi, 2014), opté por integrar dos métodos para acercarme a campo. El otro se trata del enfoque narrativo, que también busca dar cuenta de la manera en que las personas entienden la realidad a partir de las maneras en que la describe, pero se enfoca en situaciones particulares de la vida de una persona (Bassi, 2014). Pues, a pesar de que se busca indagar por una

experiencia específica, como lo es el arribo de un diagnóstico de “trastorno mental”, era inevitable reconocer que ésta involucra el trayecto vital de las personas. Por tal motivo, la conjugación de ambos métodos permite explorar un aspecto específico en la vida de una persona que puede conjugar varios episodios de la misma.

Gracias a algunas de las personas cuidadoras con las que me relacioné frecuentemente, pude conocer a las personas que participaron en esta investigación. Inicialmente fueron siete personas con las que pude contactarme para comentarles de qué se trataba la investigación y si estaban dispuestos a contar su experiencia. Este primer momento me permitió construir algunos criterios necesarios para la selección de las personas a las que finalmente consultaría.

Una vez conocí esas siete personas, me di cuenta que, a pesar de que algunas de ellas tuvieran un diagnóstico de la misma enfermedad mental, les habían prescrito fármacos de distintos componentes activos, lo cual me permitió conocer distintas vivencias movilizadas por distintos fármacos bajo un mismo diagnóstico de enfermedad mental. Es decir, una posible heterogeneidad en la interacción de las personas con los dispositivos médicos (Cosminsky, 1983). Esto era importante tenerlo en cuenta, pues el diagnóstico psiquiátrico de “trastornos mentales graves”, como los consultados para esta investigación, incluía la prescripción farmacológica para su “curación”.

Aunque inicialmente pensé en lo enriquecedor que sería contar con la participación de dos personas jóvenes, uno hombre y otra mujer; y dos personas adultas, también uno hombre y otra mujer, me daba cuenta que era un criterio innecesario a la luz de lo que se buscaba: dar cuenta de procesos interpretativos y resignificación de un saber, mas no la caracterización de esos efectos conforme a la edad o el sexo. Además, con esas siete personas me daba cuenta de la importancia de querer contar su historia y no solamente aceptar hacerlo. Y es que lo más importante, de cara al método de historias de vida, era la confianza que la persona tenía para

hablar de una situación difícil, como lo es un “trastorno mental”, donde sintieran la libertad de poder referenciar cuantos aspectos quisiera de su vida.

Finalmente, consideré que una larga trayectoria temporal de lidiar con un diagnóstico médico podía otorgar elementos enriquecedores para pensar el proceso de domesticación de saberes especializados, como el médico-psiquiátrico. Esto me llevó a seleccionar unas experiencias de diagnóstico de “trastorno mental” por encima de otras, donde se excluyeron aquellas historias de vida con diagnósticos menores a tres años de realización.

Los criterios anteriores me inclinaron a elegir a cuatro personas de esas siete. Para conocer sus historias de vida, ellas accedieron a participar voluntariamente de la investigación mediante un proceso de consentimiento informado que se dio al inicio de nuestros encuentros, todos realizados en sus hogares. Además, en este documento se optó por reemplazar sus nombres reales por otros alias, con el fin de resguardar sus identidades.

Con cada una de las personas consultadas tuve la posibilidad de implementar técnicas de investigación específicas, que fueron pensadas para facilitar los objetivos. La primera de ellas y la más importante es la entrevista semiestructurada, que consistió en una serie de preguntas transversales a todas las experiencias, y aunque en la práctica se trató de largos relatos de la persona, las preguntas buscaban que no se quedaran aspectos específicos sin responder en su historia. El segundo fue un taller de representación gráfica, el cual consistió en la elaboración de gráficos sobre la manera en que interpretan los dispositivos con los que se relacionó a raíz del diagnóstico. Esta técnica de recolección de información se implementó con el fin de los participantes pudieran hacer asociaciones libres de los dispositivos médicos con elementos de su vida (Cuevas y Mireles, 2016).

Mi experiencia personal en el trabajo de campo de esta investigación estuvo atravesada por muchas emociones. Una de las que más recuerdo al escribir este apartado, fue la desilusión que

sentía cuando narraban sus acercamientos con el suicidio o cuando en sus caras y en sus tonos se notaba que estaban experimentando los síntomas de su enfermedad. Fue inevitable involucrarme emocionalmente con sus relatos, en los que muchas veces tuvimos que apagar la grabadora.

CAPÍTULO I

“Llevar la procesión por dentro”

Este primer capítulo tiene como objetivo presentar la historia de vida de “Adriana” tras el arribo del diagnóstico de “trastorno depresivo recurrente” que le realizaron hace doce años. Aquí se exponen y analizan una serie de implicaciones que ha tenido la interpretación que han hecho algunos médicos psiquiatras sobre las vivencias y sensaciones que ella les refirió, las cuales han transformado su vida familiar, laboral y sentimental.

Para esto, inicialmente se contextualizan las circunstancias espaciales y subjetivas en las que tiene origen ese diagnóstico de trastorno mental y las negociaciones personales efectuadas para tratar tal afectación. Seguido, a través de su relato, se analiza la forma como esta mujer ha articulado a su vida tal diagnóstico y las prescripciones hechas por sus médicos tratantes. Finalmente, se concluye con la manera en que Adriana utiliza los dispositivos médicos como consecuencia de un proceso de relacionamiento con el diagnóstico, siendo consciente de sus implicaciones.

El caso de “Adriana”

Adriana vive en el barrio La Rivera, al norte de la ciudad de Cali, sobre una pequeña calle que conduce a la avenida Simón Bolívar. Un lugar fácil de reconocer por sus angostas casas de dos o tres pisos, separadas unas de otras por pequeños caminos peatonales de máximo dos metros de ancho. Su casa, blanca, de dos pisos, está ubicada en la mitad de su cuadra, y es posible reconocerla porque desde su ventana sin cortina en el segundo piso, se alcanza a ver una máquina de coser y moldes de confección colgados en la pared. Allí vive con su madre, su hermano y tres gatos.

Este lugar está distribuido para que, en el primer piso, ella y su familia se relacionen, y se compone por una cocina junto de una mesa comedor de cuatro puestos; una sala, conformada únicamente por sillones; el único baño de la casa y el patio de los gatos. Arriba, en el segundo piso, se encuentran cuatro habitaciones: una que Adriana usa para dormitorio; otra que destinó para su taller de costura, compuesto por una máquina de coser plana, una máquina de coser fileteadora y una pequeña mesa de corte de telas y moldes de papel; otra que utiliza su hermano como dormitorio, y la última, donde duerme su madre, ubicada al final del pasillo que las conecta.

Su hermano y su madre, jubilados ambos, la acompañan en su hogar todo el día, todos los días. Ninguno permite que haya cosas en un lugar distinto al que le han destinado, que la loza sucia se acumule, que pase mucho tiempo sin barrer ni trapear, que no se peinen a los gatos y boten más pelo, y coinciden en que es mejor vivir con apenas lo necesario. Todos aportan en función de esto, aunque las dos mujeres lo hagan en mayor medida. En un *buen día*, Adriana se levanta a las seis de la mañana o antes, se baña y se pone ropa cómoda, que no es la misma que usa para dormir, pero tampoco para salir. Pone a hervir el agua para el chocolate, y antes de que la tetera suene, ella ya ha barrido el primer piso. Cuando ya ha

preparado el desayuno, llama a su madre y hermano y se sientan juntos a comer. Luego, cada uno sigue en sus quehaceres.

Antes del mediodía, Adriana ya ha barrido y trapeado los dos pisos con sus respectivas habitaciones y el pequeño antejardín, ha preparado el almuerzo para todos, ha lavado el patio de los gatos y les ha cambiado su arena. Después del almuerzo, cada uno lava su plato, pero ella arregla la cocina en general y lo que se ha usado para hacer el almuerzo. El resto del día se dedica a su proyecto laboral actual: su propio taller de costura, en el que atiende clientas y amigas, hace arreglos de costuras atrasadas o prepara las tareas y contenidos de sus clases de Diseño de Modas a las que, sin falta, asiste cada sábado desde enero de 2018.

Sin embargo, días como estos son menos de los que ella quisiera que fueran. Desde hace aproximadamente trece años empezó a experimentar una serie de pensamientos y sensaciones que no la dejan hacer las cosas con normalidad. Cuando le pregunté si podía contarme más sobre el origen de esa experiencia y cómo las describe, señaló que:

“Es una sensación que no sabes por qué te da, es como si de repente tu estado de ánimo cambiara, de la nada y ya; no quieres hacer nada, no quieres ver a nadie ni estar con nadie. No importaba si estaba trabajando o con gente, cuando esto te da, ya no puedes estar más con ellos [...] no puedes descansar porque no te da sueño, no puedes dormir [...] como no tienes ganas de nada, no puedes comer ni siquiera, porque te cambia el apetito [...] la diferencia [con la tristeza] es que es una cosa que tú dices “*nunca, nunca, nunca en mi vida me he sentido así*”. O sea, tú sabes cuando estás triste, y te pones triste por algo y piensas en eso [...] aquí no, aquí no te ha pasado nada”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

En estos días, los *malos*, su hermano y madre deben encargarse de las labores domésticas que ella suele hacer tan gustosa, e inmediatamente saben que no saldrá de su habitación por días y, algunas veces, por semanas. Adriana no sabe muy bien cuántos días son los buenos y cuántos los malos. Lo que sí sabe, es que estos últimos suelen darse uno tras otro y con mucha

frecuencia. Hace doce años, después que comenzaron las sensaciones extrañas, Adriana fue al médico para solicitar ayuda de lo que ella consideraba un “problema de azúcar”. Para su sorpresa, fue diagnosticada con un “trastorno mental” después de algunas entrevistas que le realizó el psiquiatra al que la remitieron.

“Yo tengo hace mucho tiempo depresión, por ahí 2006 – 2007 a mí me la diagnosticaron para ese año, sino que yo no le presté atención porque yo dije *“no, yo la puedo controlar, yo la puedo manejar...”* entonces no quise seguir terapia, tomar medicamentos. No quise hacer nada. Ya para el 2013 me puse que no dormía, a ninguna hora, entonces a raíz de eso el médico me dijo que como yo no quería ese tratamiento que me habían dado [medicamentos], me dijo que me mandaba donde el neurólogo. Fui donde un neurólogo [...] y me dijo *“[...] lo que usted tiene es un problema de depresión y ansiedad, y eso es lo que hace que no duerma, entonces te vamos a mandar este medicamento [Remerón] que te va a servir para las dos cosas, te va a hacer dormir y te va a servir para la depresión”*. Otra vez me mandó [los medicamentos].

Yo ya estaba familiarizada con todo lo que me dijo porque ya me lo había dicho el psiquiatra, pero yo no entendía era por qué no podía dormir [...] yo pensaba que era la tal ansiedad. Lo que él me dijo fue que con todo ese tiempo sin haber tratado el problema que me diagnosticaron inicialmente [“trastorno depresivo recurrente”], se me había empeorado y había desarrollado otras cosas, y que por eso tenía que empezar un tratamiento porque no sabían qué más me podía pasar. Había que todo tratarlo, porque yo me creía capaz de manejarlo, yo decía *“yo puedo, yo soy capaz”* y tomaba medicamento natural, tomaba el Rescate. Lo tomé bastante tiempo, o sea, yo lo tomaba y como me mejoraba, dejaba de tomarlo, cuando volvía y sentía la molestia, volvía otra vez y [lo] tomaba. El Rescate me sirvió mucho, pero pues llegó un momento en el que ya la enfermedad se salió de control”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

Durante seis años esta mujer trató de sobrellevar cambios en su estado de ánimo que le impedían relacionarse con las personas de su círculo social cercano y desarrollar sus actividades laborales y domésticas con normalidad. Su cotidianidad había cambiado y ella no entendía muy bien a qué se debía ni cómo podía solucionarlo, sólo tenía claro que no quería que las cosas continuaran así. Al emprender la búsqueda por una explicación a su padecimiento, Adriana acude donde un médico psiquiatra que le diagnostica “trastorno depresivo recurrente”, un término con el que nombró las vivencias que ella venía

experimentando alrededor del año 2007.

En este primer momento, Adriana logró sobrellevar ese estado de ánimo con actitudes y acciones que ella consideró terapéuticas: evitar la soledad, no vestir prendas de color negro o gris, o que tuvieran pintas de puntos o rayas; pensar en situaciones pasadas en las que experimentó la alegría y hacer actividad física constantemente. Este fue un “esfuerzo personal” que acompañó con un medicamento homeopático¹ y le permitió distanciarse de fármacos industriales. Al menos, así fue durante los primeros seis años en los que empezó a experimentar los días *malos*.

A pesar de lo positivo que habían sido estos recursos hasta el momento, no fueron suficientes para controlar su sueño y sentir la necesidad de descansar. Es aquí cuando Adriana considera que debe replantear el tratamiento de sus síntomas, y decide acudir donde otros médicos especialistas en neurología, con el fin de que el diagnóstico no fuera psiquiátrico y el tratamiento no fuera el mismo de aquella primera vez. A pesar de sus esfuerzos, ese especialista también interpretó sus vivencias de la misma manera en que lo hizo el psiquiatra, determinando que se trataba del mismo trastorno mental, agregando que en esta segunda ocasión ya no se podía evitar la medicación porque se había agravado y podría desarrollar otras enfermedades.

“Yo no las había tomado [medicación psiquiátrica] porque no creía que me fueran a hacer ningún bien, porque eso le explican a uno que hay un desbalance, que el cerebro no está produciendo un químico... bueno, pero yo pensaba que no era a todos, como que a la gente ya pues – digamos, más malita, porque hay de casos a casos. Y que ya después las personas no pueden dejar de tomarlas, cada vez necesitan más. A mí

¹ Según su fabricante, la empresa “Flores de Bach”, nombrada así en honor al médico cirujano y homeopático Edward Bach, el “Remedio de Rescate” es un líquido compuesto por “esencias florales” creadas por esa misma entidad, que han nombrado como “Cherry Plum”, “Clematis”, “Impatiens”, “Rock Rose” y “Star of Bethlehem”, y cuyos efectos son “calmar” la desesperación, la desorientación, la ansiedad, el pánico y el aturdimiento, respectivamente. Tomado de <https://www.floresdebach.net/rescue-remedy-remedio-de-rescate/> el 14 de abril de 2018.

después fue que me dijeron que, si las hubiera tomado desde el principio, no las iba a necesitar por tanto tiempo, pero mentiras, porque dígame usted, si uno se siente mejor con un medicamento, pues el cuerpo ya después no va a poder sin él. A mí que no me vengan con eso”

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

Hasta el momento de ese segundo diagnóstico (realizado en el 2013), Adriana nunca había experimentado personalmente los efectos bioquímicos o fisiológicos de los medicamentos psiquiátricos, sino que su noción sobre ellos se construyó tras asociarlos a dos elementos. El primero, es que se usa para el tratamiento de enfermedades mentales en un “nivel avanzado”, en el cual no consideraba que se encontraba su enfermedad. Y el segundo, es considerar que el cuerpo se acostumbra a los efectos positivos que pueda ocasionar el medicamento, y que por esta razón nunca pueda deshacerse de los fármacos ni suplir sus efectos por su propia cuenta.

Es una noción que ha construido independiente de lo que sus médicos le han dicho sobre la enfermedad mental y los medicamentos psiquiátricos, y sobre la cual ha fundamentado sus decisiones frente al tratamiento terapéutico, como lo ha sido la escogencia del tipo de medicación (homeopática y psiquiátrica) y los momentos de su consumo.

Esta forma en la que los pacientes construyen conocimiento sobre su cuerpo, su enfermedad y su tratamiento terapéutico al margen de lo determinado por un médico, es un ejercicio de autonomía en el que no se reproduce acríticamente el discurso médico (Banchs, 1986). La interpretación que hace Adriana sobre la enfermedad y la medicación no se ha elaborado en oposición a lo que le han dicho su psiquiatra y su neurólogo tratantes. Sin embargo, las decisiones que ha tomado frente a ellas no son simples reproducciones de ese saber biomédico. Estas decisiones son más evidentes frente al proceso de medicación, pues en principio no se negó al diagnóstico, sino que sospechó sobre la pertinencia del medicamento,

el cual siempre consideró como última opción por criterio propio.

La institución médica fue el establecimiento al que Adriana acudió únicamente cuando sentía que sus sensaciones se escapaban de su control y excedían lo que ella sabía de su padecimiento. Fue el momento en el que buscó intencionalmente, que sus médicos re-interpretaran lo que sentía y le prescribieran una terapia para su curación, transformando la manera en que venía controlando sus vivencias, para ahora ser susceptible de que fuera la medicina la que definiera el gobierno de sus síntomas (Canguilhem, 1971).

“Allí [cuando acudió al neurólogo], pues, me mandaron “Remerón”. Ese medicamento me mandaron a tomarlo por un año, pero yo no duré tomándolo sino siete meses porque ahí fue que empezó todo lo peor que me ha pasado en la vida. Vea, en el 2013 que yo empecé a tomarlo, yo empecé con una angustia horrible, los síntomas y todo se me empeoraron, yo no sentía ninguna mejora, sino que empeoraba, pero eso era a los primeros días, que eran los mismos síntomas, pero peores, no dormía nada, y la angustia a desesperarme.

Ya después, a las semanas de estarlo tomando, fue que me empezó una cosa horrible y que aparecieron síntomas muy raros: movimientos involuntarios en la cara, las manos y las piernas, más que todo el lado derecho. Yo ahí me llené de rabia, porque yo desde el principio no quería tomar eso y me pusieron a tomarlos, y vea, me estaban era acabando. Ahí mismo fui otra vez, por urgencias, me hicieron unos exámenes, pero no sabían qué tenía”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

En el segundo diagnóstico psiquiátrico que le realizan a Adriana, que resultó en la corroboración del primero, su médico tratante la conduce al consumo de medicamentos psiquiátricos tras advertirle que era la única manera de evitar que sus síntomas empeoraran y aparecieran nuevas enfermedades. Es un momento frustrante para esta mujer, cuyos médicos tratantes, al saberse parte de un grupo dominante, no le dan más opción que iniciar por primera vez el tratamiento terapéutico que tanto ha buscado evitar y así se los ha manifestado.

Por lo pronto, este momento inicial nos permite evidenciar que su noción sobre los medicamentos psiquiátricos, como fármacos innecesarios, está relacionada con su percepción

sobre la enfermedad mental: una serie de síntomas que ante los ojos de un médico resultan patológicos, pero que, al estar relacionados con los sentimientos, el paciente puede controlar por su propia cuenta. Como se mencionó, aunque Adriana no consideró que sus vivencias fueran *normales*, y buscó contrarrestarlas por su cuenta, no coincidió con la condición de *patología* que le daban sus médicos tratantes (Canguilhem, 1971) ni con la ruta terapéutica que propone la biomedicina para tratar las enfermedades: farmacoterapia (Van der Geest y Hardon, 2002).

De acuerdo con Adriana, en ese tipo de enfermedades los medicamentos aparecen como la culminación de un proceso de empeño personal para controlar los síntomas, con lo que ella no ha tenido una experiencia terapéutica (Benavides, 2016). En ese primer momento de diagnóstico debió consumir “Rescate” como reemplazo a los fármacos que le prescribieron, con el cual no experimenta efectos satisfactorios y se ve obligada a probar con ese método que había evitado durante seis años, los fármacos psiquiátricos. Es el momento en que el encuentro con ese saber médico cambiará su vida drásticamente tras la implementación de sus dispositivos de implementación.

Corporeizando los temores

En esta historia de vida, el medicamento psiquiátrico opera como la materialización del discurso médico y como el arribo de ese diagnóstico en su vida, con el cual tuvo que lidiar de ahí en adelante. Su primera experiencia con medicación psiquiátrica fue el “Remerón”, un medicamento industrial cuyo nombre genérico es “mirtazapina”. De acuerdo con el Centro de Información de Medicamentos AEMPS² (CIMA, 2019), este fármaco está indicado para el tratamiento de episodios de depresión mayor, que debe acompañarse de una supervisión

² Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

cuidadosa de los pacientes especialmente al inicio de la dosis, así como debe alertarse a quienes los consumen y a sus cuidadores sobre la necesidad de controlar la aparición de un empeoramiento clínico, pensamientos o comportamientos suicidas y cambios inusuales en el comportamiento.

Adriana relata que los primeros meses de consumo de este fármaco le ocasionaron un incremento en los síntomas que sus médicos habían relacionado con el “trastorno depresivo recurrente” y con la aparición de nuevos síntomas, como lo fue el movimiento involuntario de algunas partes de su cuerpo. Hasta el momento, esta experiencia confirmaba que el consumo de medicamentos psiquiátricos traía efectos más indeseables que el problema que buscaban curar, una situación que la hizo lamentar haber confiado en sus médicos tratantes y desistido de un tratamiento homeopático cuyos efectos ya conocía y dominaba.

La transformación de su motricidad y apariencia tras el consumo de mirtazapina permanecieron durante todo el año 2014, y aun sus médicos no lograban identificar el origen ni la cura de esos síntomas, pero coincidían, junto con Adriana, que podían ser ocasionados como efectos adversos del consumo de ese fármaco. Una época de incertidumbres frente a un padecimiento que tuvo implicaciones en su vida familiar, laboral y social.

“Los síntomas [después de consumir mirtazapina] se iban incrementando, cada vez eran más los temblores, la vibración en las manos y piernas, no los podía contener, y eso me asustaba. Pero ya después empezó lo que más duro me iba a dar, que fue la transformación de la boca. Él me empezó como con movimientos involuntarios en la mandíbula, a veces se me enredaban las palabras para hablar, y sentía hormigueos en la lengua, como corrientazos pequeños. Al principio no eran tan fuertes, pero ya con el tiempo, en cuestión de semanas, estos síntomas se me fueron descontrolando, ya no podía tener la lengua quieta en ningún momento, intentaba hablar bien pero no podía vocalizar ni pronunciar”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

En la investigación relazada por el antropólogo Benavides (2016), concluye que los efectos

que las personas experimentan tras la implementación de un tratamiento terapéutico están relacionados con la correspondencia simbólica entre lo que se piensa que se tiene (la enfermedad o condición) y lo que se piensa que hace el fármaco. Él encuentra que aquellos pacientes que no definen la enfermedad en términos biomédicos e implementan una terapéutica de la medicina clínica, no experimentan efectos positivos ni satisfactorios. Esto lo vemos en el caso de Adriana, quien se ha mantenido en considerar su condición por fuera del paradigma biomédico, pero que, al momento de optar por la medicación psiquiátrica, resulta con efectos adversos que terminan agravando su estado de salud.

“Para este entonces yo tenía mi pareja, mi novio, él empezó a ver cómo la boca me estaba cambiando. Yo le decía que no podía tener la boca quieta, que la lengua se me estaba moviendo sola y no podía dejarla quieta ni cuando estaba callada. Y es que todo el tiempo se me movía horrible, me la mordía, me ahogaba; había días que empeoraba y la lengua se salía de la boca. Yo no podía hablar bien y empecé a hacer sonidos extraños, pero por lo mismo, por no poder controlarla. Yo no sé si es que me estaba acostumbrando a esa sensación, pero empezaba a hacer sonidos extraños que no me daba cuenta, las personas eran las que me decían que porqué hablaba sola.

Hasta que después, en poco tiempo, ya empecé a hacer sonidos dormida. A veces que mi pareja se venía a quedar conmigo, me despertaba porque creía que me estaba pasando algo, también en el trabajo, a la hora del almuerzo cuando me podía tomar una siestica, empezaba a hacer sonidos raros y después mis compañeras eran las que me preguntaban que qué era lo que me estaba pasando”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

Adriana considera que el consumo de Mirtazapina ocasionó que su rostro y, especialmente, su boca, cambiaran. También cree que le produjo algunas conductas inusuales que podían ser identificadas por su entorno social, como el hecho de hablar dormida o moverse involuntariamente. Así pues, podemos decir que sus temores frente al discurso médico se encarnaron en su cuerpo (Foucault, 2002). Estas transformaciones físicas y perceptibles la obligaron a hablar por primera vez con otras personas, que se dieron cuenta de ellas, acerca de los síntomas que estaba padeciendo antes y durante el consumo de mirtazapina, relacionados con una enfermedad mental. Así, su diagnóstico psiquiátrico dejó de ser tratado

con la reserva y privacidad que había mantenido y se convirtió en un asunto de atención por quienes hacían parte de su entorno la cual se incrementaba a medida que empeoraba su motricidad.

“Bueno, todas esas cosas empezaron, los movimientos involuntarios se me iban agravando y yo ya sabía que era ese medicamento, ya sabía. Y de reposo que al menos me estuvieran ayudando con el problema inicial [sobre su estado de ánimo y cambio en su conducta], pero nada, eso al contrario hizo que yo me deprimiera más de ver cómo me deterioraba y que la gente lo empezaba a notar.

Ya la gente me preguntaba que yo cómo seguía, que porqué me daba eso, que qué estaba haciendo para eso, que lo uno, que lo otro – y pues que la gente por ayudar siempre recomienda sus cosas, pero yo ya estaba muy confundida, necesitaba que me curaran. Yo fui donde otro neurólogo [distinto al que le había prescrito mirtazapina], él hizo su investigación y me dijo que sí, que los efectos secundarios del Remerón podían ser así, que entonces los dejara de tomar y que en dos meses ya iba a estar bien. ¿Qué tal? ¿Ah? No. Yo ya lo había dejado de tomar y eso a mí no se me quitó, ni en uno ni en dos meses. Yo seguía con el problema.

Seguía buscando otro médico. Llegué donde uno que me mandó “Haloperidol”, que también lo tomé y no me hizo ningún efecto. Ahí fue que empecé a voltear donde un médico, donde otro, que la EPS, que el particular... Eso me decían cualquier cantidad de cosas que podía ser, pero no me la podía pasar probando todos los medicamentos que se les ocurriera. Nada de lo que me daban me funcionaba, ya fue más adelante que los médicos me decían que yo tenía un cerebro muy sensible, por eso cuando me trataban una enfermedad no me curaba, sino que me ponía peor o algo raro me daba”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

A pesar de la incertidumbre médica que significaba su caso, Adriana seguía convencida de que el empeoramiento de su estabilidad emocional y sus transformaciones corporales fueron ocasionadas por el consumo de mirtazapina, una vivencia que se correspondía con la representación que esta mujer tenía de esos fármacos y que validaba con la experiencia de su entorno social (Viveros, 1993). Esto la hizo emprender una travesía para encontrar la cura a los efectos de los medicamentos psiquiátricos, un momento en el que reivindicó el temor que sentía por la autoridad de la institución médica ejercida a través de la prescripción de un fármaco al que se opuso explícita e insistentemente.

Para su sorpresa, los médicos seguían recomendándole medicamentos psiquiátricos para esos síntomas que ya eran físicos. Ahora se encuentra con el “Haloperidol”, un fármaco indicado para el tratamiento terapéutico de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, así como para el tratamiento de los trastornos de tics en pacientes que no han respondido a los tratamientos farmacológicos de otro tipo (CIMA, 2019). De nuevo, los resultados fueron infructuosos, con la diferencia de que rápidamente determinó que ese no sería el medicamento que la curaría y detuvo su consumo.

“Eso era puro tanteo lo que me trataban conmigo, entonces me puse a buscar y averigüé los efectos del Remerón, pero tenía era que llevárselos al que me lo había mandado para que me curara o ver qué tratamiento empezaba. Yo encontré que ese medicamento tiene muchos efectos secundarios de lo fuerte que es, y entre eso ocasionaba lo que yo tenía. Fui, me conseguí la cita con ese señor y le peleé, le dije que cómo se le ocurría mandarme eso, si los efectos secundarios de ese medicamento es lo que yo tenía en la boca, entonces me dijo que eso no les daba a todas las personas, y yo le contesté que eso me había agravado todo lo que ya tenía y los movimientos involuntarios. No fue sino hasta esa fecha que me vinieron a diagnosticar con la “dispepsia tardía””.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

El uso de medicamentos psiquiátricos logró corporeizar en Adriana los temores preconcebidos que ella tenía frente a esta medicación, donde su cuerpo no es únicamente receptor de ese saber médico materializado en un fármaco, sino que representa las fuerzas que ejercen una resistencia al poder (Foucault, 1997). De manera que su cuerpo no es sólo objeto de ese saber biomédico, sino que se ha transformado en sujeto de resistencia (Ibíd., 1997).

Lo experimentado en su cuerpo la impulsó a no permitir que le volvieran a realizar diagnósticos en contra de sus creencias, y la llevó a indagar por su cuenta acerca de los cambios que padecía su cuerpo después del consumo de mirtazapina. Una vez logró corroborar que su nuevo padecimiento estaba relacionado con los efectos adversos de ese

medicamento, acudió donde el neurólogo que se lo prescribió para responsabilizarlo de su enfermedad.

Adriana relata que los encuentros con ese doctor fueron momentos de suma impotencia, frente a lo cual lo máximo que pudo hacer fue solicitar el cambio por otro médico que la tratara. Su nuevo psiquiatra concuerda con ella en que el consumo de mirtazapina le ocasionó “dispepsia funcional”, la cual aparece referida en su historial clínico en compañía del “trastorno depresivo recurrente”. Sin embargo, aunque este diagnóstico sí puede surgir como efecto adverso al consumo de mirtazapina (Mariani, s.f.), sus síntomas no están relacionados con los movimientos involuntarios ni episodios depresivos, sino que consiste en el dolor o malestar localizado en la parte central del abdomen superior y, particularmente la dispepsia funcional se refiere a aquellos casos en los que la dispepsia no esté relacionada con una causa orgánica que justifique sus síntomas (Alcedo, Guevara y Mearín, 2012).

Ese diagnóstico de dispepsia fue satisfactorio para Adriana porque corroboraba su creencia de que los medicamentos psiquiátricos eran nocivos, quien consideraba que esos movimientos involuntarios eran un efecto “psicológico” de esa enfermedad (dispepsia) que le comprobaron que le ocasionó la mirtazapina. En esta ocasión, la explicación médica que le realizaron sus psiquiatras tratantes fue asertiva porque correspondía con lo que ella consideraba que se trataba (Stolkier, 2015), pues terminan coincidiendo en los efectos negativos que tienen este tipo de fármacos. Es una situación que la hace cobrar un poco de confianza en la institución médica, pues a partir de ella puede cuestionar los efectos de esos fármacos.

“[El nuevo psiquiatra tratante] de una me dijo, *esa es la enfermedad que tienes es por un medicamento psiquiátrico*”, entonces llamó al dueño de la clínica, ya un señor veterano, entonces me llevaron una junta médica en otra clínica, expusieron mi caso, eso era como estudiando al fenómeno porque pusieron un poco de gente allí a que

estudiaran y vieran el caso conmigo al frente. Ahí una psiquiatra dijo *“pues hay que mandarle “Clotzapina” para tratarle la ansiedad”*. Ella me mandó “Clotzapina”, y un neurólogo que estaba por allá sentado en un rincón dijo *“le vamos a mandar [también] Difinedramina”*, que fue la otra... El neurólogo de esa clínica, que era el que me estaba tratando, me dijo *“luchemos con medicamento, yo no te quiero operar porque el cerebro es muy delicado, y una neuronita que le toque, la dejo con resabios, entonces más bien esperemos...”*

En el primer mes [de medicación con Clozapina y Difenhidramina] la cosa seguía maluca, entonces [el psiquiatra] le fue aumentando la dosis de los medicamentos, cada mes que yo iba control, él me aumentaba los medicamentos, y ya fue a los cuatro meses pues me quitó el movimiento involuntario, aunque la boca pues no me acomodaba. Ya como casi al año, de estar tomando esos medicamentos, ya la boca me acomodó, ya la lengua volvió a su sitio y ya todo acomodó sin que me operaran. Pero bueno, yo no sé si finalmente fueron esos medicamentos que me curaron, o que fue el tiempo que me iba acomodando a la forma natural de la boca y la cara”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

Ahora Adriana tenía que enfrentar sus temores consumiendo dos medicamentos psiquiátricos, Clozapina y Difenhidramina, que le quedaban como única alternativa para recuperar la forma usual de su rostro y poder contrarrestar los síntomas de la depresión, que cada vez la alejaban más de todos sus círculos sociales.

La Clozapina es un medicamento psiquiátrico perteneciente al grupo de los antipsicóticos, indicado para el tratamiento de la esquizofrenia resistente a tratamiento con otros fármacos de este grupo o que presenten reacciones adversas neurológicas graves (CIMA, 2019). Y la Difenhidramina es un fármaco perteneciente al grupo de los “antihistamínicos”, utilizado como tratamiento para los síntomas del insomnio ocasional, particularmente cuando existe dificultad para conciliar el sueño, como síntoma de otra enfermedad en adultos (CIMA, 2019).

El consumo de esta combinación de medicamentos coincidió temporalmente con la recuperación de la forma natural de la boca de Adriana antes del uso de mirtazapina, sin

embargo, el temor de Adriana a estos fármacos no le permite atribuirles su mejoría, y señala que pudo haber sido cuestión de tiempo.

“Yo hoy en día miro para atrás yo digo *“yo no sé cómo aguanté...”* yo había días en que esto aquí [se coge la cabeza] parecía que tuviera la cabeza metida en dos planchas, no como migraña, sino como si me lo comprimieran así, como si me cogieran la cabeza así de horrible, presión en la cabeza horrible, una tortura. También había días en que me daba por azotarme la cabeza con la pared, pues así, me azotaba la cabeza así contra la pared, yo cogía la pared así a cabezazos, a mí me cogía un desespero y me cogía la cabeza y me daba así contra las paredes, cogía la pared a cabezazos.

Hubo situaciones muy humillantes con esta enfermedad que se me notaba tanto en la boca, una cajera de una droguería, de las que también venden - yo fui a reclamar un medicamento, y me dijo *“ay, usted por qué hace esa boca tan fea, usted por qué hace la cara así tan feo, y le dije porque estoy enferma, esto no es por gusto, es porque es una enfermedad, le dije, vea, estoy enferma, o es que tengo que estar bonita y sana para que usted me venda”*. Me dio tanta rabia, porque me dijo *“tan feo, tan feo que usted hace la boca, tan feo que usted hace la cara...”*, así me dijo”.

(Adriana, comunicación personal, junio 10 de 2018)

Las enfermedades mentales hacen parte del conjunto de enfermedades cuyos síntomas no están estrictamente relacionados con la apariencia física, sino que pueden identificarse por la descripción que la persona hace de sus pensamientos y por ciertos cambios notorios en su conducta (OMS, 2004). Estas manifestaciones no están relacionadas con cambios en el cuerpo, sino la manera en que la mente disponga de éste. Como vimos en el caso de Adriana, su familia, sus amigas y amigos, sus compañeras de trabajo y su compañero sentimental solo se dieron cuenta de la enfermedad mental de esta mujer hasta que el enfrentamiento con la mirtazapina le ocasionó cambios en su apariencia.

Sin embargo, el cuerpo también fue el medio a partir del cual ella pudo reconocerse parte de determinados entornos sociales (Détrez, 2017) como es el momento en que empieza a ser juzgada y cuestionada por personas con las que tenía que relacionarse en la cotidianidad. Esto la conduce a identificarse de manera distinta a como lo hacía antes del padecimiento de la

enfermedad, pues esta logró resignificar su cuerpo y a hacerla más apta para determinados entornos sociales y menos apta para otros (Ibíd. 2017).

La corporalización de su malestar trajo consigo diversas consecuencias. Una de las más relevantes es que algunas personas de su entorno cotidiano se consideraron con el derecho a opinar sobre su salud mental, criticar su tratamiento terapéutico e indicarle cuáles eran los adecuados. Adriana se volvió susceptible de recomendaciones o preocupaciones por parte de personas con las que anteriormente no contaba, aunque no supieran con certeza de qué se trataba esa transformación, como fue el caso de una compañera de trabajo, quien le recomendó un curandero bioenergético, al que, por cierto, ya había acudido en el pasado.

La cotidianidad de Adriana se afectó con el consumo de mirtazapina, no tanto por la acción de ingerir el medicamento, pues lo hizo de manera privada sin convocar a personas cuidadoras; sino por las implicaciones simbólicas relacionadas con ese consumo. Puntualmente, Adriana señala que la manera como ella percibía el medicamento le ocasionó transformaciones físicas y de conducta, y esto, principalmente, significó dejar de ocultar su enfermedad mental, transformando la relación con sus compañeras de trabajo, quienes comienzan a aconsejarla sobre lo que debe (o no) hacer; con su pareja sentimental, quien se entera de su enfermedad y a partir de ahí implementa un trato especial de cuidado; y con su madre, quien la reemplaza (en mayor medida que su hermano) en las labores domésticas que ahora no puede realizar por el empeoramiento de los síntomas del trastorno depresivo y por su transformación corporal.

Un mal menor

Las luchas que Adriana ha emprendido para enfrentar sus síntomas y para negociar con un saber hegemónico sobre lo que se hace y se deja de hacer con su cuerpo, le han posibilitado

construir una interpretación sobre sus síntomas, sobre ese saber del cuerpo médico, tanto sobre su discurso como sobre sus terapéuticas. La trayectoria de esta mujer se dio por los encuentros y desencuentros que ha tenido con los diagnósticos psiquiátricos que le realizan, cristalizados en su representación sobre la medicación de esta rama de la medicina.

Esa trayectoria se dio por el uso de varios tipos de medicamentos psiquiátricos y le ha significado un proceso de asimilación de los efectos que se refleja en la manera en que interpreta un medicamento psiquiátrico y sus efectos en la actualidad. El medicamento que concluye esta experiencia es la Clozapina, un fármaco que ha aceptado porque no le ha implicado efectos adversos trascendentales y siente que en alguna medida contrarresta su enfermedad.

Sin embargo, tras el uso de este medicamento ha comprobado que este fármaco es incompatible con los fármacos que prescriben para enfermedades corporales no psiquiátricas. De manera que el único tratamiento al que le tenía tolerancia es incompatible con medicamentos no psiquiátricos, situación que atribuye a la manera como esos medicamentos se han apoderado de su cuerpo, el cual no ya no está sujeto a su propia voluntad, sino que ha sido sometido a los criterios biomédicos, en los cuáles no ha podido incidir ni para la generación del diagnóstico ni para la prescripción de su tratamiento (Parsapoor *et al*, 2014).

“Lo que pasa es que cuando uno toma Clotzapina, ese medicamento es muy celoso. Por decir algo, en estos días me mandaron a tomar Metocarbamol, para el estrés que me coge un dolor en la espalda y en la nuca, entonces por ejemplo me mandaron una pastilla entonces yo no, yo me tomo la mitad. ¿Pues qué? A la noche no pude dormir por la hiperactividad, choca con el efecto de la Clotzapina y debería dejarme dormir o alguna cosa. No, me dio hiperactividad [...] toda la noche me la pasé volteando pa’ allá, pa’ acá mucho movimiento en las piernas, no me hallaba.

Ese día mi mamá se dio cuenta, porque me vio de la sala al patio, pa’ rriba, pa’ bajo... cuando estoy así, ella me coge, me prepara una tisana, me sienta y me soba la cabeza – el pelo, yo hago que me calmo para que no se asare, pero yo no estoy bien; ella se acuesta y yo sigo igual, pero en mi pieza, si yo salgo se da cuenta y no puede dormir. [Entonces] no pude tomarla [pasta de metacarbamol] más, yo me aguanto el dolor de espalda.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

La trayectoria de consumo de Clozapina le ha permitido conocer más de este fármaco y tener nuevas experiencias. Adriana describe que este fármaco tiene la capacidad de sentir, pues “él” puede percibir lo que ella hace y se manifiesta en función de esto. Por su parte, ella tiene la capacidad de interpretar qué es lo que éste desea: no ser mezclado con otros fármacos que no sean para enfermedades mentales. El reconocimiento de ese deseo del fármaco tiene un efecto directo en las decisiones de Adriana, quien no se atreve a consumir otros medicamentos para enfermedades en su cuerpo.

Cuando ella verbaliza la anécdota en la que el fármaco no permite que sea mezclado con otros que no sean para enfermedades mentales, se refiere al medicamento como si hablara de una persona. Esto nos muestra que la trayectoria de esta mujer con este tipo de medicación la ha llevado a identificar cualidades humanas en él.

Hasta aquí habíamos visto que los medicamentos psiquiátricos representaban cualidades en torno a la curación o a su composición química. Pero ahora Adriana nos permite comprender una nueva dimensión: el fármaco representa una cualidad humana que trasciende su condición física. La interpretación del fármaco con características humanas, como lo es su capacidad de sentir celos, hace que ella lo trate como un humano: toma decisiones en función del sentimiento del fármaco.

Esto nos lleva a pensar que la realidad social no es producida únicamente por la especie humana, sino que entidades no humanas, como lo es un medicamento, puede tener intencionalidad y agencia y afectar la realidad social (Vigliani, 2015). Esto tiene lugar cuando algunas personas asignan cualidades humanas a entidades no humanas, con los que además entablan vínculos sociales, un proceso genéricamente llamado como “animismo” (Descola, [2002] en Vigliani, 2015).

“Alguna vez quisiera ya quitarlos del todo, olvidarme de eso, poder quedarme con las góticas, al menos, porque cuando uno ya tiene muy avanzada la depresión, ya con voluntad no es, porque pues, por ejemplo, a mí hay días que me cuesta mucho levantarme, pero algunos días de esos yo logro levantarme y trato de estar ocupada y de hacer las cosas, pero acá [en la cabeza] le están trabajando en otras cosas, entonces – y el error que uno comete es ese, de creer que – claro, “*es que yo con voluntad - que yo con ánimo, es que yo con...*”.

Para ahora, en este momento [2018], yo tengo que tomar la Clotzapina, que fue la misma que me calmó los movimientos involuntarios. Esa pasta la mandan para la depresión, pues, pero yo la tomo es porque el cuerpo – como tomé tanto tiempo eso, el cuerpo se volvió adicto a eso, entonces si yo no lo tomo, las cosas me vuelven a salir, los síntomas vuelven y también los movimientos involuntarios. Lo único es no mezclarlo”.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

Por el momento, Adriana satisface los deseos de la Clozapina de no ser consumido simultáneamente con otros fármacos para enfermedades del cuerpo, pues requiere que se siga *comportando* o teniendo los efectos que viene produciendo: desaparición de las transformaciones corporales y movimientos involuntarios causados por la “mirtzapina” y el control de los síntomas de su enfermedad mental, especialmente le otorga la posibilidad de dormir.

“Ahora en dos meses tengo seguimiento con psiquiatría, para ver qué daños me ha hecho la Clotzapina en el cuerpo, porque la Clotzapina es un medicamento muy fuerte, ya era una adicción al cuerpo, o sea, conscientemente yo no necesito la pasta, que yo diga “*ay, es que yo me tengo que tomar eso*”, no. No siento la necesidad. Pero el cuerpo sí me la pide, o sea, si yo no me tomo ese pedacito de pasta hoy, mañana voy a estar con tembladera en el cuerpo, con escalofríos, con picazón, con mucho dolor de cabeza. Yo tomé cosas para limpiar, pero no he podido. Yo creo que ya me va a tomar mucho tiempo en sacarla. Yo no comulgo con eso de que uno tenga que estar tomando esas pastas que lo vuelven adicto”.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

Una vez cerrado este capítulo contingente en la vida de Adriana, ella debía continuar su día a día enfrentada a un padecimiento que no la dejaba vivir plenamente y que, hasta el momento, le había costado las experiencias más traumáticas de su vida, según relata.

“Ahora el problema volvía ser el mismo del principio: la depresión... y es que a mí

me había seguido molestando – en esa época me molestaba mucho. Es que no me quise dejar internar, yo dije “no, yo no quiero que me encierren”, y el médico me dijo “pero es que usted tiene pensamientos suicidas”, yo le dije, “pero no se preocupe que yo no me voy a hacer daño, pero a mí no me encierre, yo no me veo así”.

A pesar de todo yo seguí trabajando, pero sí fui durante varias semanas a las tales terapias, pero eso no hace nada, yo sí le digo de una vez que eso no sirve pa’ nada, pero entonces como les da miedo mandarme medicamentos para la depresión, porque tanto el neurólogo como el psiquiatra, ellos dicen “*su cerebro es demasiadamente sensible, y mire lo que ya pasó, mire todo el daño que le hizo el Remerón...*” Yo lo que casi creo es que la Clotzapina y la Difimendarina son muy fuertes, eso me puso mejor, pero como era apenas para un mes y ya llevaba más del año, eso tenía que dejarlo.

Después de esas dos [pastas, la Clozapina y Difenhidramina], mi mamá me dijo que por qué no probaba con la Fluxetina³ que a una amiga se la habían mandado para lo mismo [tratar la depresión] y no le había pasado nada, que dizque se había puesto mejor y todo. Yo a probar, que por hacerle caso a mí mamá y que después no estuviera diciendo nada... ¿pues qué? Duré unos días mala, yo no podía dormir y me sentía peor, fuera de que lo que uno siente se complica más, tenía el agravante de que mantenía atontada en el día, como dopada, ahí mismo le dije [a la mamá] “no me dé eso, ni se le ocurra”. Mejor dicho, conmigo la tenían muy difícil porque yo qué será que no había probado, y con todo me había ido mal.

Ya después, por ahí para el 2016, la psiquiatra me mandó uno suave, mira [Escitalopram⁴]. Ella me lo mandó, me dijo “*tómese media pasta, porque es lo más suave que hay en psiquiatría para ese problema porque pues con los antecedentes que usted tiene, tiene que ser uno muy cuidadoso*”, pero la verdad a mí me daba mucho miedo y no lo tomé por más que me lo quisieran meter por los ojos”.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

De acuerdo con Viveros (1993), los individuos podemos tener diversas concepciones sobre las causas de nuestras enfermedades, sin embargo, el hecho de que esa diversidad conceptual pueda coexistir para explicar una misma enfermedad es porque ninguna de ellas, en singular, puede explicarla satisfactoriamente. Es por esto por lo que las personas que padecen una enfermedad y no se acogen completamente a un modelo explicativo, tienen la necesidad de

³ La “fluoxetina” hace parte del grupo de “antidepresivos” mencionados al principio de este capítulo, y específicamente está indicado para el tratamiento de episodios depresivos mayores, del trastorno obsesivo-compulsivo y la bulimia nerviosa (CIMA, 2019).

⁴ El “escitalopram” también hace parte de ese grupo de “antidepresivos” mencionados al inicio de este capítulo, y específicamente está indicado para el trastorno de episodios depresivos mayores, el tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia, tratamiento del trastorno de ansiedad social o el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (CIMA, 2019).

referir su experiencia singular a las fuentes de explicación presentes en su entorno social. Específicamente en la interpretación de la cura, esa coexistencia de concepciones se refleja en el trasfondo cultural de cada una de ellas: como lo es la homeopatía, la medicina clínica, la terapia Bioenergética, entre otros.

Particularmente, en el caso de Adriana, quien sospecha de cualquier enunciación propia del discurso médico psiquiátrico, se han experimentado tratamientos de naturalezas diversas y, teóricamente, opuestas. Esa búsqueda de terapéuticas es la consecuencia de que ninguna de ellas tenga la capacidad de curar el padecimiento por sí misma (como lo fue el “Rescate” y el “Remerón” o “mirtazapina”).

“A mí ya nada me había servido, todo lo que me mandaban, todo lo que me decían – no era que yo no quisiera, que no lo probara; sino que no me funcionaba. Ya yo prefería ocultar todo lo que sentía. No le comentaba a nadie, para que no comentaran nada. Aunque hay personas en la vida de uno que se dan cuenta por más que uno diga que está bien. Mi mamá sabe cuándo yo estoy bien o mal, la gente cercana que trabajaba conmigo, mi pareja de entonces; ellos se daban cuenta”.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

En el período en el que Adriana consumió por primera vez medicamentos psiquiátricos (2013 – 2016), ella laboraba como operaria de máquinas en una fábrica de confecciones ubicada en el norte de la ciudad. Hasta ese momento, nunca se había incapacitado por los síntomas derivados de su enfermedad mental ni la enfermedad ocasionada por la mirtazapina, sino que, según su relato, había sido capaz de “llevar la procesión por dentro”.

“Yo ya no sabía qué hacer [para tratar su enfermedad], lo que intentaba por mi cuenta no me servía o me ponía peor, ya no quería que mi mamá se diera cuenta porque en medio del desespero, ella también comienza a decirme que tome un poco de cosas, y si no me las tomo que entonces es mi culpa estar así – ya uno se pone que no sabe qué hacer. Ahí fue cuando perdí el trabajo, que metí papeles y la abogada lo que me dijo fue que ellos no podían echarme, que ahí lo único que podíamos hacer era una denuncia para que me devolvieran el trabajo, pero dígame yo cómo iba a volver allá a que me miraran como el bicho raro, ya uno sabe que no lo quieren. La verdad yo ni los culpo, ellos qué culpa tienen de que haya sido bien de malas con todos los

tratamientos y siga mala, además era una incapacitadora todo el tiempo, que vaya a terapias, que vaya reclame, que vaya hágase el examen... en ninguna empresa me reciben con eso”.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

En las personas aquejadas por enfermedades crónicas, como Adriana, su mundo se cambia radicalmente por su dolor y se empiezan a sentir “alienadas” o “apartadas” de la sociedad por las incesantes consultas médicas u hospitalizaciones (Murphy, 1987). Aunque ella se esforzaba por poder estar en los entornos sociales habituales, como lo era su lugar de trabajo, era inevitable no percibir las reacciones de sus compañeros de trabajo, algunas de las cuales la hacían sentir más mal de lo que ya estaba por los efectos del fármaco.

“No me siento culpable, yo sé que nadie quiere un empleado que falte al trabajo o que mantenga incapacitado o que tenga la boca deforme, pero acaso esto es por mí, acaso yo quiero estar así, la gente no entiende. Sí hay personas que lo destruyen mucho a uno porque no sabe lo que uno está sintiendo, pero lo importante es la gente que está ahí. Como te digo, a mí me apoyó mucho mi ex, pues, en eso, aunque sí hubo momentos en los que chocamos mucho. Una vez me le enojé porque me decía *“es que usted tiene que poner de su parte, es que usted tiene que poner de su parte...”*, entonces una vez me le enojé y le dije, *“es que esto no es de que ponga o no ponga de su parte, es que quién quiere estar triste, quién quiere estar mal, yo no escogí esta enfermedad, yo no escogí nada de esto...”*”.

Esto no es culpa de uno, no son condiciones que uno escoge, simplemente a uno le toca tomar ciertas decisiones. Por consejo médico he optado por no tocar el tema porque es que hay gente que no entiende, entonces empieza *“ay, es que eso son pendejadas, que eso son bobadas, que usted tiene que pensar positivo...”* yo les digo, *no, es que eso no se trata de que es que “ay, yo hoy quiero amanecer triste y quiero llorar todo el día, hoy voy a pensar en negro todo el día, porque yo quiero pensar en negro todo el día...”*, entonces el médico me dijo, *“no, para que te evites problemas de molestias con la gente, que de hecho eso no le ayuda para nada, no le comente a nadie sus padecimientos, con que lo sepa su familia y las personas como más allegadas que entonces su problema, es suficiente”*.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

De acuerdo con Viveros (1993) es necesario poner en relación el sentido que se le atribuye a las nociones de salud y enfermedad de un individuo con su contexto social. A este respecto, los *consejos* que Adriana recibía de sus amigas y su pareja sentimental de entonces sugerían

que sus emociones y sensaciones se podían controlar con actividades físicas o lúdicas, con buena actitud, con prendas de colores alegres, con buenos pensamientos o con fuerza de voluntad. Esto, en un principio, había conducido a Adriana a concebir su padecimiento como una incapacidad de controlar algo que su entorno consideraba controlable: la estabilidad emocional, donde el medicamento operó como una reivindicación de debilidad.

“Las personas son así, muchas veces hasta con buenas intenciones, cree que puede venir a comentarle la enfermedad y opinarle. Yo tenía una amiguita muy cercana - eso era al principio que tomaba la Clotzapina -, ella me rogó, mejor dicho, me suplicó que fuera a la iglesia con ella que allá me curaban, y me sale con el cuento de que es que esos medicamentos son malos.

¡Ay! Yo le dije “yo sé que son malos porque yo los he tomado, pero si no fuera por ellos tampoco podría hablar y quién sabe si estaría aquí [...] si uno se curara a punta de rezos, entonces imagínate la cantidad de gente...” Imagínese pues con las que salen. Ella me decía “no se tome esos medicamentos” yo le decía “¿usted está loca? Yo me los tengo que tomar, ¿usted quiere que me vuelva a dar todo eso otra vez?”

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)

A modo de conclusión es importante recoger algunos aspectos de esta experiencia de medicación psiquiátrica que, particularmente, se ha relacionado con muchos aspectos de la vida de su consumidora, los cuales dan sentido a la experiencia y por esto han sido difíciles de limitar a los objetivos que se propone esta investigación.

La trayectoria de Adriana con el consumo de medicamentos psiquiátricos deja ver el cambio en la concepción y la relación que se puede dar con este tipo de fármacos. La anécdota final con su amiga religiosa nos demuestra un proceso que ha concluido con la aceptación de la medicación tras el paso por las fases que representa en el dibujo que veremos a continuación.

Inicialmente veíamos que el consumo de fármacos prescritos por psiquiatras chocaba con sus concepciones respecto a la manera adecuada de tratar las afectaciones mentales. Esto provocó un momento de fricción que se manifestó en su cuerpo. Sin embargo, la necesidad de un tratamiento para su cuerpo la hizo emprender esa trayectoria de medicación psiquiátrica que

fue moldeando su concepción sobre este tipo de fármacos.

Según Viveros (1993), el encuentro entre el conocimiento nuevo (dado por la biomedicina) y el sistema de representación precedente origina una “familiarización” de lo extraño, teniendo como consecuencia su integración dentro de los marcos de referencia anteriores. Esto es, que la manera en que Adriana interpretaba al fármaco, su presencia y su consumo, la hizo atravesar por las circunstancias vistas en un proceso de familiarización, que concluye con la aceptación de su presencia y consumo.

Al final de nuestros encuentros y después de haber recordado muchos elementos de su experiencia, le pedí a Adriana que representara en un dibujo lo que había sido para ella su experiencia con los fármacos, de manera que pudiera constatar con más detalle los efectos derivados de su consumo. Aunque esa vivencia fue traumática para ella, no se negó a participar de la actividad y realizó el dibujo que aparece a continuación. Comenzó a dibujar mientras me narraba:

“[...] yo creo que ha sido un proceso de adaptación y de enfrentamiento a mis peores temores. Aquí estoy con mi cuerpito cambiado por el “Remerón” [...] aquí ya me estoy recuperando un poquito y me siento mejor con la depresión, que es como lo más estable que he estado [...] ya acá puedo decir que todo mi cuerpo está contaminado por la Clotzapina, solo que pues ya no me hace nada al cuerpo, acá afuera”.

(Adriana, comunicación personal, junio 22 de 2018)



Representación gráfica de los efectos que le produce el medicamento a “Adriana”.

Dibujo elaborado por Adriana el 22 de junio de 2018 en su residencia al nororiente de la ciudad de Cali.

El cambio en la concepción de los fármacos se dio tras los efectos que el consumo de cada uno de ellos le generó y que representa en el anterior dibujo: una relación inicial que le implicó drásticas transformaciones físicas mediante un sometimiento conceptual por parte de sus médicos tratantes, reproductores de un saber hegemónico sobre lo *(in)deseable* del cuerpo y la mente humana (Foucault, 2007); un momento posterior cuando logra domesticar el arribo de ese diagnóstico y puede exigir la prescripción otro tipo de fármacos psiquiátricos y, finalmente, un cálculo sobre aquello que tenía que sacrificar para obtener cambios positivos de su padecimiento: la intoxicación de su cuerpo a cambio de una disminución de la cantidad

de sus días *malos*. Y es que, finalmente, el tratamiento de la enfermedad (y sus implicaciones) termina por convertirse en una nueva normalidad (Canguilhem, 1971) con la que Adriana debe convivir.

CAPÍTULO II

“Callar”

A continuación, se presenta el caso de Gloria, una mujer a quien le han diagnosticado “trastorno depresivo recurrente” en dos ocasiones, para lo cual ha recurrido a la farmacoterapia por prescripción médica. Esta historia narra la experiencia de esta mujer tras la determinación de “enfermedad” que hacen algunos psiquiatras sobre sus sensaciones y, específicamente, sobre un intento suicida. Para esto, este capítulo se compone por las etapas de su experiencia y la injerencia que ha tenido la psiquiatría en su vida.

Inicialmente, se describe el contexto en el cual tiene origen el diagnóstico psiquiátrico de Gloria, que permite reconocer su vida antes del diagnóstico de “trastorno mental” y las circunstancias que sus médicos consideraron para determinar tal enfermedad. Seguido, se presenta la manera en que la medicación psiquiátrica se incorpora en la vida de Gloria, explorando las situaciones cotidianas con las que interfiere este diagnóstico y la manera en que esta mujer lidia con ellas. Y, finalmente, se concluye con la manera en que Gloria utiliza los dispositivos de la medicina y es consciente de sus implicaciones, como consecuencia de un proceso de relacionamiento con el diagnóstico.

El caso de “Gloria”

Los encuentros con Gloria comenzaban poco antes de las siete de la mañana, porque, “si no tienes problema, para mí mejor”, tal y como ella me refería. Faltando quince minutos para las seis de la mañana, tomaba un bus que me acercaba a la avenida Simón Bolívar, y ahí, tomaba un *pirata*¹³ que me transportaba hasta el barrio Alfonso López, donde vive Gloria. A esa hora era difícil conseguir alguien que me orientara en las direcciones, y muchas de las casas no tenían la nomenclatura. De cualquier manera, sólo fue esa primera vez la que caminé y pasé varias veces por su residencia sin reconocerla, hasta que volví a pasar, y ya ella estaba afuera, con un vestido largo, su cabello corto recogido y maquillada. No nos conocíamos físicamente, pero esa vez nos miramos sospechosa y fijamente por unos segundos, y seguido me dijo: “Ya la había pasado, ¿cierto?”.

Antes de nuestro primer encuentro, tuve la impresión de que ella había escogido ese horario para que no se le afectaran las actividades de su día a día, pero no era así. La jornada de esta mujer comienza entre las cuatro y las cinco de la mañana. Se levanta a hacer el desayuno de su hijo, su esposo y su nuera; a los dos hombres les selecciona la ropa y, si es el caso, la plancha, para que vayan a trabajar. Mientras tanto, la joven novia de su hijo duerme hasta alrededor de las nueve de la mañana, para luego ir a estudiar enfermería a una universidad de la ciudad.

En ese primer encuentro me pidió que la acompañara a la cocina, me dijo que sacara dos pocillos de la alacena y sirvió café mientras yo los sostenía. Me pasó un recipiente para que

¹³ Carro particular que recoge personas para transportarlas por rutas preestablecidas por todos los conductores de estos vehículos, que operan de manera ilegal. Generalmente recorren zonas que no tienen servicio de transporte masivo público o donde éste no tiene capacidad para transportar a todas las personas que lo requieren.

lo destapara, contenía azúcar, me indicó dónde estaban las cucharas, le pasé una y le puso azúcar a ambos vasos mientras fruncía el ceño. Para entonces, no sabía si la expresión de su rostro era por dolor, preocupación o rabia, y, en ese momento, todavía no era preciso preguntar por qué, aparentemente, le disgustaba ponerle azúcar al café.

Por lo pronto, me daba cuenta de que esta mujer, de 54 años, vive con su esposo, su hijo, su nuera y la mascota de su hijo en el segundo piso de su vivienda, de la cual tienen alquilado el primer piso. Desde que regresó a su hogar, después de haber estado distante por dos años para atender una difícil situación de su familia materna, la ocupación de Gloria en su hogar es la misma.

La vida de esta mujer ha sido atravesada en dos ocasiones por dos diagnósticos psiquiátricos que sentenciaban la misma enfermedad: “trastorno depresivo recurrente”, para la cual le prescriben farmacoterapia. El primer momento fue en el 2012 y duró hasta el 2014, una época en su vida, según ella, caracterizada por *adversidades* familiares. El segundo momento comenzó a mediados del 2017 y se mantiene hasta la actualidad; una etapa en la que recuerda y describe más elementos frente a sus vivencias relacionadas con su padecimiento y el rol que ha desempeñado la perspectiva biomédica en ella:

“Hace más o menos siete años que me diagnosticaron trastorno depresivo recurrente, que fue por todo lo que pasó con mi mamá. A ella - por ahí hace diez años que le diagnosticaron cáncer de pulmón, no estaba tan señora, y al comienzo ella seguía haciendo sus cositas: hacía la comida, barría, arreglaba sus cositas y las de la casa, porque vivía con mi hermano, se encargaba de las cosas de la casa abajo, porque arriba vivía o vive la familia de mi hermano. Ya después de un año le cogió ventaja y empezó a decaerse mucho. No quería levantarse, se sentía malita, le daba rabia ir a terapias; ahí ya le había cogido ventaja el cáncer. Entonces ya yo de ver todo lo que pasaba fue que me fui para estar allá con ella, [...] dejé a mi marido un tiempo, que se quedó en la casa. [...] Ahí fue que empezaron todos los problemas también, porque todo me lo ponían a hacer. Era la que llevaba, la que traía, la que compraba, la que organizaba, que la cita - la obligación de mi mamá; luego fue mi hija - mi hija fue una carga muy grande porque quedó embarazada porque se fue - abandonada, se fue a vivir con nosotros [en la casa de su madre], entonces ella pasó a ser una carga, no a ayudarme a

mí, sino yo a ayudarla a ella.

Ahí ya yo no podía más, empecé a sentirme más sola, angustiada, no podía controlar la rabia, le hablaba mal a todos - me empiezo a alejar, no quería comer, no tenía ganas de nada. La cosa iba empeorando cada vez más, mi mamá seguía poniéndose peor, nadie hacía nada, luego nació [la nieta]. Todo estaba mal. Yo sola tenía que aguantarme todo - mi esposo me criticaba por mi hija, mis hermanos no veían lo que hacía por mi mamá, sino que decían que era una carga también. Yo me hubiera ido, pero no iba a dejar a mi mamá ahí sola. [Porque] Por mi hija, la hubiera dejado ahí o que se fuera”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

El padecimiento de Gloria tuvo origen en una serie de eventos difíciles e inesperados en su vida, como lo fue la enfermedad terminal de su madre, las dificultades de convivencia con su hija y la carga de responsabilidades domésticas impuestas por sus hermanos. Estas circunstancias han sido entendidas por la psiquiatría como características sociales de la mujer que inciden en la experimentación de depresión y justifica su prevalencia (Matud, Guerrero y Matías, 2006). Específicamente, el género femenino es más vulnerable a la depresión debido a los condicionantes generados por la interiorización de las expectativas asociadas a los roles femeninos tradicionales, entre otros aspectos (Ibíd., 2006).

Esta serie de eventos indeseables en su vida fueron el detonante de sensaciones que nunca había experimentado y que la condujeron a hacer cosas que abonaban el camino para la realización de un diagnóstico psiquiátrico por sus médicos tratantes. Sin embargo, es importante reconocer otras variables que se tienen en cuenta para la realización de tales diagnósticos, dentro de los cuales también se consideran los factores genéticos, hormonales, anatómicos o fisiológicos, con los cuales también han tratado de explicar la prevalencia de los trastornos depresivos en mujeres (Ibíd., 2006). En ellos, han prevalecido los factores hormonales, a los que tradicionalmente la medicina ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres y sobre las cuales han determinado la existencia de enfermedades o trastornos mentales, constituyendo una patologización de las vivencias de

la mujer (Nieves, 2012).

Estos últimos factores biomédicos, aunque polémicos incluso dentro de su área de conocimiento (Aguirre, 2008), siguen vigentes en la actualidad y se codean las explicaciones sobre el origen y el desarrollo de este tipo de enfermedades. Existe una corriente de la psiquiatría, la denominada *biologista*, que se rehúsa a aceptar la relación entre la depresión y el entorno sociocultural o las vivencias de quien la padece (Ibíd, 2008). Sus defensores distinguen entre la depresión como una enfermedad *biológica* (endógena), de procedencia genética; y la depresión como trastorno reactivo (exógeno), la cual no catalogaría como enfermedad. Sin embargo, independientemente de considerar o no tal distinción, ambos tipos de depresión los tratan como fundamentalmente algo biológico: mediante fármacos (Ibíd., 2008), donde la farmacoterapia aparece como el mecanismo a partir del cual se busca controlar el padecimiento (Canguilhem, 1971).

Esa reducción de la medicina para el tratamiento de las enfermedades mentales cobra sentido en el recorrido histórico que realiza Benavides (2016), en el cual demuestra que las reacciones sociales frente a las enfermedades mentales han pasado por la intolerancia, la indiferencia, la compasión y el miedo. Esos prejuicios¹⁴ estuvieron relacionados con el retraso de estudios para entender y curar este tipo de enfermedades. Esas investigaciones sin sesgos (como lo son esos prejuicios) son recientes, lo que implica que no se han acabado de tipificar ni sus diferentes causas patológicas ni sus tratamientos terapéuticos (Ibíd., 2016).

Esto es que, a la fecha, ningún psiquiatra, ni siquiera los pertenecientes o defensores de esa corriente que insisten en comparar a las enfermedades mentales con la diabetes¹⁵, puede

¹⁴Entendidos como aquellas opiniones acríicas que se adoptan por respeto a una autoridad, y no por el fundamento de pruebas empíricas y argumentos racionales (Bobbio [1993] en Vergara, 2014).

¹⁵Una comparación que referenciaron los cuatro casos consultados en esta investigación para citar a sus médicos

afirmar que existen pruebas que demuestren una causa biológica o un origen dado por las características de nuestro cuerpo, ni podrá afirmar que la genética dé razón de tal origen (Calvillo, 2003). A pesar de esto, y por más que los psiquiatras estén al tanto de ello, lo más probable es que en sus prácticas clínicas actúen como si tales pruebas existieran (Ibíd., 2003), como se puede ver en todas las historias de vida consultadas.

“Yo ya no veía soluciones a nada, me sentía sola, había dejado el trabajo, no quería hablar con las únicas dos amigas que tengo, no la quería ver ni en pintura [a su hija], le cogí rabia a la niña [su nieta]. Había perdido la noción de todo, me decían que no era yo. Ya, pues, ahí, no podía más, y fue que tuve el intento de suicidio”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

Dejando de lado la discusión sobre la naturaleza de la depresión, si es una enfermedad o una sensación derivada de nuestro contexto social, de ese debate académico debe retomarse un asunto trascendental, y es que, si los síntomas y las sensaciones que se relacionan con ese padecimiento no son tratadas adecuadamente, se incrementa la probabilidad de suicidio de quien los padece (Mori y Caballero, 2010). Antes de ser diagnosticada y de recibir tratamiento, Gloria buscó quitarse la vida y, con ella, el sufrimiento que ya no podía contener. Esto encendió las alarmas de sus médicos tratantes para resguardar su vida, pero tuvo efectos inesperados al interior de su familia, quienes no terminaron por reconocer las situaciones intrafamiliares que podían estar relacionadas con ese intento de suicidio, sino que la responsabilizaron y buscaron su internamiento en una institución psiquiátrica.

“Me dio así. Pues ahí sí todos se metieron, pero adivine ¿para qué? Para meterme [a una institución psiquiátrica]. Todos aparecieron y yo era la loca, después de todo lo que me había tocado, querían internarme. Cuando hay suicidio [los psiquiatras] ahí mismo quieren internar la gente. Pero yo no me dejé. No alcanzaron [a hospitalizarla] porque yo pedí las pastas y me las mandaron - ahí fue que me mandaron estas rosadas [Quetiapina], que se la mandan a uno pa’ depresión y pa’ loquera, pero yo no estaba loca, yo lo que estaba era cansada con todo mundo. Y pa’ saber que todo siguió igual,

tratantes, bien fuera para criticarla o para apoyarla.

mi hija siguió igual de irresponsable, mi mamá seguía enferma, mis hermanos, ni mis sobrinos, ni nadie hacía nada”

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

Según un informe de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica realizado por Rovera (2017), la quetiapina es un medicamento psiquiátrico perteneciente al grupo de los denominados antipsicóticos, el cual tiene eficacia antidepressiva que ha sido demostrada sobre la base de información clínica. La patologización de las vivencias de las personas ha sido tratada con este fármaco cuando corresponden con los síntomas de lo que han denominado “trastornos depresivos”, “trastorno afectivo bipolar” o “esquizofrenia” (Ibíd., 2017).

Con el fin de enfrentar sus síntomas, Gloria solicitó a su entidad de salud que le prescribiera medicamentos, y aunque en ese momento no sabía de cuáles fármacos se trataba, lo que buscaba era evitar el internamiento en una clínica psiquiátrica o centro de reposo, y de alguna manera negociar con ese saber médico frente al tratamiento que quería implementar para su padecimiento (Canguilhem, 1971). La preferencia por la medicación como tratamiento terapéutico puede tener varias razones, una de ellas radica en su materialidad, pues algunos fármacos no dependen de un profesional de la salud para su implementación, y puede contribuir a evitar las instituciones médicas para acceder a un tratamiento (Van der Geest y Whyte, 1989), como es el caso de la Quetiapina en esta historia de vida, donde aceptarlo como tratamiento terapéutico la alejó del internamiento y donde únicamente ella sabía y estaba pendiente de su ingesta.

Subvertir los roles impuestos por la búsqueda de la salud

“A mí me mandaron bastantes dosis, eso me ponía a dormir toda la noche y atontada todo el día. Yo me acuerdo de que, pa’ empezar, me mandaron [pastillas de Quetiapina] tres veces al día y de cien [miligramos]. Pues claro, el cuerpo mantenía dopado. No me mataba, pero tampoco servía pa’ nada. Ahí sí que es cierto, todos aprovecharon para decir lo que sí y lo que no, “*que era que yo no servía, que era que tenían que cuidarme, que yo me había querido enfermar para no cuidar a mi mamá;*”

que esto – que lo otro” imagínese. [Uno de sus hermanos] llegó a decir que era que yo quería llamar la atención para que me mantuvieran. Yo a raíz de todo esto me daba cuenta de que lo que tenía que hacer era irme rápido de ahí [la casa materna], me iban a acabar. Ahí creo que me faltaban era dos años. Sí. Porque yo duré tomándolas dos años, y al final de eso fue que mi mamá murió y que me fui de esa casa.

Cuando yo iba a los controles, yo le decía a la doctora que ya no las quería tomar más, que me las fueran quitando – sin darme cuenta yo no dejaba de tomarlas y ya llevaba mucho tiempo en la misma. Pero ellos seguían que “*no, si no las toma le toca internarse*”. Ahí fue que empecé a tomar cambios drásticos en mi vida para dejarlas. Antes de que se muriera mi mamá, yo ya pensaba en irme. Ya le había dicho a mi marido que tenía que volver a la casa, pero a nadie más. Lo que pasa es que para mí era muy difícil tener que dejar a mi mamá, porque ella era la que estaba enferma y yo tener que dejarla así. Muy difícil. Y entre todo eso es que, pues, mi mamá murió.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

Las vivencias de Gloria relacionadas con su enfermedad no se daban únicamente por sensaciones de agobio y tristeza incontenible, sino por lo que sus médicos tratantes validaran sobre lo que debía hacer para sentirse mejor, y que ella tenía en cuenta para no frustrar una posible cura a su padecimiento. Aquí, las prescripciones y el diagnóstico de sus médicos no se limitaron a una explicación de sus síntomas ni la receta de un fármaco, sino que permea las actitudes y acciones que ahora Gloria debía emprender para ser un sujeto *sano* (Foucault, 2007).

Ante su deseo de no continuar consumiendo Quetiapina, Gloria acude a sus médicos para que le den el visto bueno de tal deseo, sin embargo, consideraron que todavía no era el momento, pues aún su enfermedad no se había curado. Esto hizo que ella pensara en las acciones que podía implementar y que sus doctores también consideraran terapéuticas, lo que la lleva a replantear la relación que mantenía con algunos familiares, pues una eventual separación de ciertas personas cercanas le podría otorgar la tranquilidad por la que la accede al medicamento. En este caso, la vida de Gloria se transforma por la lectura que los médicos hacen de sus síntomas y por lo que le indican que es la mejor forma para curarlos, donde el poder discursivo ejercido por los doctores logra incidir en las decisiones que toma día a día (Ibíd., 2007).

“Murió mi mamá y yo me separé completamente de ella [de su hija], me olvidé de que existía, me olvidé de la niña [su nieta], la saqué completamente de mi corazón, ni me dolía. Nada. Yo sentía que tenía que dejarla [a su hija] porque, si no, yo no iba a poder, yo iba a volver a recaer, y ya sin mi mamá no quería seguir al lado de ella, ya no sentía la obligación de estar con ella ni ver por ella.

Yo me fui, pues, otra vez con mi marido y mi hijo, y seguía tomándolas [las pastillas de Quetiapina], pero ya menos dosis – menos cantidad [porque] me cambiaron a las de treinta [miligramos] también tres veces. No me acuerdo cuánto tiempo exactamente las tomé después de eso, pero fue meses. Ya después fue que la fui dejando de a poquitos, yo sola. Que dos, que una. Hasta que ya del todo. Las quité”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

Alejarse de ciertas personas y buscar a otras es una acción que Gloria implementa, la cual posibilita que ella sea reconocida por su entorno de otra manera, pues aquellas decisiones que su entorno social puede identificar entran a transformar la forma en que se concebía como persona (Zárate, 2015):

“Mi familia materna me decía que había abandonado a mi hija - pues que era mala madre. Pero yo sé que fue lo mejor que podía hacer, separarme de ellos era una decisión que tenía que tomar por mí”

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

La preocupación por esa *salud mental* aprendida de sus médicos psiquiatras, hizo que Gloria tomara acciones individuales en su búsqueda. Específicamente, se dio tras cuestionarse quiénes eran aquellas personas que conflictuaban su vida y le generaban tanto estrés y sensaciones de agobio y tristeza incontenibles. Sin embargo, esto hace que algunas personas de ese entorno social la culpen por no hacer lo que ellos consideran que debe hacer: encargarse del cuidado familiar (específicamente de su madre y su hija) y realizar actividades domésticas. Es un reconocimiento asimétrico entre las responsabilidades que se le relacionan a Gloria y las que se relacionan al resto de sus hermanos y su esposo (Herrera, 2000). Una desigualdad que Gloria se reusa en continuar y por la cual fue sujeto de críticas.

“Pasados los años [cinco, aproximadamente] - a raíz de eso yo cambié mucho porque pasé de ser una persona trabajadora, que conseguía mis cosas sola sin tener que estarle

pidiendo a nadie, pasé a ser una mantenida. Yo había perdido mi trabajo, entonces paso a depender de mi marido, pero acá en mi casa”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

La vida de Gloria se transformó drásticamente tras la vivencia de su enfermedad y la búsqueda de un tratamiento para curarla, pues considera que perdió su autonomía tras comenzar a depender económicamente de su esposo. La falta de control de dinero que algunas mujeres deben atravesar por las barreras en el acceso al trabajo, la realización de actividades domésticas no remuneradas, los obstáculos para la tecnificación, entre otros factores; hace que pierdan poder en la toma de decisiones al interior del hogar (Ibíd., 2000). Este es un contexto aún más difícil para las mujeres que padecen depresión, pues esa ausencia de poder al interior de los hogares las puede llevar a empeorar los síntomas de su enfermedad (Matud, Guerrero y Matías, 2006).

“El problema ahora fue en mi casa, porque mi hijo en el bachillerato comenzó a mostrar que no le gustaba el estudio. Me perdía materias, no quería ir a estudiar. Ahí a los trancazos que logramos que terminara el colegio. Ya cuando salió que sí empezó el problema, pues, comenzó a juntarse con gente que no debía, que lo conducían a cosas malas; yo chiquito lo crié bien, le inculcaba el estudio, yo soñaba con que el estudiara, que fuera un gran profesional, una gran persona.

Aquí en la casa era una peleadera todo el tiempo, [su esposo] lo trataba mal [a su hijo], le hablaba feo, despectivo; le decía que no servía para nada, que por qué mejor no se iba para la calle. Un día él [su hijo] le contestó y le gritó, entonces [su esposo] se puso más agresivo y le pegó, ese día recé porque [su hijo] no le fuera a contestar porque ahí sí se matan.

Ya ahí a raíz de todo eso yo me venía enfermado mucho. Empecé con el problema de la tiroides, que me la detectaron temprano y me mandaron pues la pastas para el control. Me diagnosticaron artritis reumatoide degenerativa. Tuve también la metaplasia intestinal, que es una bacteria en el estómago. Luego me dio neuritis óptica. Pues el problema es porque tengo un quiste en la cabeza, un quiste aracnoideo. Yo sufrí un desmayo y entonces no me daba cuenta de que yo tenía un quiste, por ese desmayo fue que me sacaron unos exámenes y me lo encontraron. Lo que me dicen [sus médicos] es que parece ser que el quiste es de nacimiento. El neurólogo me explicó, “*hay veces cuando los bebés se están formando, se forma es como con ese líquido raquídeo y de la cabeza se forma la columna, entonces a usted le quedó ese líquido*”; por eso dicen que el quiste ya lleva toda la vida en mi cuerpo porque es muy grande, me ocupa gran parte de la cabeza, y no es bueno sacarlo porque el cuerpo se acostumbró a él y no es cancerígeno. Pero los ojos a mí me han molestado mucho,

que [el quiste en su cabeza] me afectó el nervio óptico y me dio la neuritis”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

De acuerdo con Gloria, los síntomas que caracterizan a cada una de esas enfermedades son el cambio de peso, relacionado con la tiroides; fuerte dolor de cabeza y ojos por la neuritis óptica (derivada del quiste aracnoideo en su cabeza); reflujo y sensación similar a la gastritis o agriera, ocasionada por la metaplasma intestinal y constante dolor en las manos y tobillos por la artritis reumatoide degenerativa, lo cual le impide caminar y manejar la moto que manejaba desde hace aproximadamente veinte años, así como hinchazón de sus manos y pies y oscurecimiento de la piel de esas extremidades.

Las semanas que pasaron entre nuestros tres encuentros me permitieron reconocer el padecimiento que Gloria vivía, especialmente, a causa de la artritis reumatoide degenerativa, síntomas que eran cada vez más evidentes e incapacitantes. En aquel primer encuentro, no sabía que ella atravesaba todas estas otras enfermedades, fue con el tiempo y mis visitas que me di cuenta de que, ponerle azúcar al café, así como haber firmado un consentimiento informado, se habían vuelto en actividades dolorosas y a las cuales no quería renunciar.

Gloria ya no puede doblar sus muñecas ni las articulaciones de sus manos y le duele hacer fuerza con ellas. Esto le impide hacer las cosas que solía hacer en su día a día, especialmente trapear, lavar loza, lavar ropa a mano o extender la que se lava en lavadora, transportarse en moto o caminar en las mañanas. Esta enfermedad ha ocasionado que, con el pasar del tiempo, sus dedos se tornen oscuros, ya que, al parecer, su sangre no circulaba muy bien.

Estas implicaciones en su cuerpo, poco a poco, hacen que cada día tenga que pasar más tiempo en su casa sin poder moverse y sin poder hacer las labores diarias a las que está acostumbrada, pues las transformaciones corporales han cambiado la manera en que se puede

integrar con su entorno (Détrez, 2017). El cuerpo ha sido el medio a partir del cual es más o menos apta para determinadas actividades, que en el caso de Gloria no han correspondido con las actividades que desempeñaba en su cotidianidad.

El diagnóstico del aislamiento

“El médico general que me atendió, me remitió donde el psicólogo y el psicólogo al psiquiatra, por los síntomas que presentaba. Yo allá no pude contenerme y empecé a hablar, le dije que ya no podía aguantar más, no podía con la carga – me sentía agobiada, un peso que no me dejaba tranquila, que no sentía emoción ni alegría por nada, todo me ponía peor, que me siento culpable por mis hijos; y mientras hablaba yo lloraba mucho. Como ya tenía el antecedente [en su historial clínico está registrado aquel primer diagnóstico psiquiátrico], de una dijeron que era que la depresión había vuelto. Y vuelve y me manda las pastas [Quetiapina]. Yo ya sabía. Para eso fui, porque después vuelve y se me sale de las manos y hago cosas que no quiero.

Entonces sí, fue mejor que me medicaran otra vez y que si me iban a internar, que me internaran, ya uno se vuelve que no quiere nada, lo que decidan hacer con uno. Mas sin embargo no me internaron porque yo les dije que esta vez no había tenido intentos [de suicidio] y que quería los medicamentos”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

Como se mencionó anteriormente, la experiencia de medicación psiquiátrica de Gloria se compone de dos períodos o etapas de su vida. Y aunque para esta mujer la última vivencia frente a la medicación se dio por otro tipo de problemas familiares y afectaciones en su salud, este es un fenómeno que los médicos entienden como elementos articulados de la misma enfermedad. En el caso del “trastorno depresivo recurrente” que le diagnosticaron, explican que éste se “caracteriza por la fluctuación de los síntomas en el cual los subtipos depresivos incluidos en los sistemas de diagnóstico oficial no representan trastornos aislados, sino que son etapas a lo largo de un *continuum* dimensional de severidad sintomática” (Mori y Caballero, 2010: 2).

De acuerdo con esa perspectiva, todas las etapas depresivas presentes en la vida de una persona hacen parte del mismo trastorno depresivo, donde el nivel de los síntomas representa una fase diferente de intensidad, actividad y severidad de la enfermedad (Mori y Caballero,

2010). El nivel de severidad de esos síntomas aislados está relacionado con alguna alteración psicosocial significativa en la vida del paciente, el cual se incrementa progresivamente con cada aumento que tenga (Aguirre, 2008).

“Dígame, cualquier persona que tenga la mamá un quiste en la cabeza se asusta, ¿no? Pero no sé, los muchachos de hoy en día son distintos. Y yo ya sabía que no podía contar con nadie, pues mi marido, pero es difícil, él no entiende mucho y es muy duro para decir las cosas, por eso es que [su hijo] es así, le habla feo a la novia, la grita, la regaña y ella es buena muchacha, solo va a estudiar y vuelve, y aun así le pone problema por todo, es muy celoso. Yo interfiere y le digo que no le hable así, y luego él me dice que porqué tengo que hacer complot contra de él y poner [a su nuera] en contra de él, pero lo que yo le digo es que la respete. Mi marido también me dice que los deje, que esos son problemas de pareja que tiene que solucionar. Ella vive acá desde hace un año más o menos que entró a estudiar, ella es de un pueblito y, como entró a estudiar, le queda muy caro venir desde por allá todos los días, pero ella es la que me colabora aquí en la casa, o sea, ella entra a participar a colaborar a hacerme acompañamiento acá, ella ha entrado en esa – porque mi hijo le confía a ella las cosas, porque él dice “*yo soy más de la calle*”, y ella es más pendiente de la casa y de mí”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

Ambos diagnósticos sobre la salud mental de Gloria coinciden con los momentos en que los hombres de su familia le exigen ciertas conductas y responsabilidades por el hecho de ser mujer y madre. En este segundo momento de su enfermedad, nuevamente, sus hermanos, su esposo e hijo han considerado que Gloria es la responsable de mantener las cosas de la casa aseadas y en orden, la culpable de no haber criado a su hijo para que fuera la persona que ella y su esposo querían que fuera y se le responsabilizó del cuidado de su madre. Hay que considerar que todas estas cosas son consideradas obligaciones de Gloria, incluso por ella misma, quien se culpa del actuar de su hijo y lo relaciona con su deber como “buena” madre (Marcús, 2006) sintiéndose culpable o débil cuando no las puede cumplir a cabalidad.

Esta es una situación que se ha identificado a nivel mundial, donde el número de mujeres que sufren de depresión grave y distimia (leve) es el doble que el de los hombres, y se considera que una de las razones de esa alta incidencia de depresión en la mujer, son las situaciones de

estrés que muchas mujeres enfrentan, como lo son las responsabilidades en el hogar, ser madre soltera, el cuidado de niños y padres ancianos (National Institute of Mental Health, 2016).

“Ahora yo estando en mi casa, que uno cree pues que tiene más tranquilidad, tampoco. El problema como que va conmigo, no se me quita, a ratos pienso que así esté en una clínica de reposo, yo voy a estar enferma, digamos que ya está en la esencia de uno, y por más que yo me vaya a curar ahora, yo vuelvo y recaigo. O yo no sé si es que ya mi cuerpo no quiere que yo esté más con mis hijos y es hora de que ya los deje ir y se independicen de mí, pero fueran solo ellos - por dentro uno sabe que no son las personas sino que uno mismo, porque yo me culpo mucho, me culpo mucho por mis hijos, yo me culpo por todo lo que ha pasado, yo me culpo por no haber educado a mi hijo con más severidad, yo me culpo, culpo a mi esposo, yo siento ganas de dejarlo, lo quiero, lo quiero mucho, pero por los problemas con mi hijo me pongo que no sé qué pensar. El médico fue el que me dijo que yo no podía culparme por todo, que él [su hijo] también tenía culpa, y mi marido. El problema es que ellos no lo ven así, ni siquiera entienden, a lo mejor él [su hijo] ni siquiera sabe que yo quiero que estudie por más que ya se lo haya dicho, cree que es más un regaño”.

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

Los problemas de salud en su cuerpo, como lo son la tiroides, metaplasia intestinal, artritis reumatoide degenerativa y neuritis óptica, relacionada con un quiste aracnoideo en la cabeza, hacen que deba implementar nuevamente la farmacoterapia psiquiátrica, pues la han llevado a experimentar nuevamente aquel “humor depresivo” que ya identifica antes de ser diagnosticada. A su vez, explica que este “decaimiento” en su salud se debe a los problemas familiares que tiene en la actualidad en su propio hogar. En su relato y su referencia temporal, estas enfermedades son antecesoras del diagnóstico psiquiátrico de “trastorno depresivo recurrente” que data en su historia clínica, el cual también relaciona con su experiencia familiar del momento.

“Mis amigas de por aquí se han dado cuenta porque yo les comentaba, antes les comentaba pues como más o menos lo que pasaba en la casa, de lo que me había dado y pues ellas al comienzo era como que *“caminá, salgamos así sea a caminar para que te despejés”*. Pero ya después se cansaron, ellas no han entendido porque ellas me critican, ahora que salgo a caminar con ellas, ellas me dicen que yo soy muy pesimista [...] que yo me quejo mucho, y mi esposo también me decía eso: *“usted se*

queja mucho". Ellos dicen que yo soy... ¿hipocondriaca es que es? Entonces yo no les volví a comentar nada. No les volví a decir nada. Porque yo le comenté al médico lo que me decían, y me dijo que no les dijera nada porque iban a afectarme. Ni yo tampoco me quería volver la quejumbrosa.

Con este diagnóstico [de depresión] pues peor, me decían que por qué me estaba tomando esas pastas que me iba a volver adicta, me decían *"no te metas a eso, que te volvés dependiente, y después no podés dejar de tomarlas"*. *"Ponga de su parte, deje de quejarse y verás que se mejora"*. Ahí sí que más dejé de comentarles, porque en la casa también, mi marido sí se da cuenta [que está con medicación psiquiátrica]. Una vez dijo que por qué no hacía un esfuerquito para desestresarme y relajarme - le dio como rabia porque siente que no agradezco lo que me da.

A mí en una de las citas me dijeron que fuera con acompañantes, pero la familia, o sea, gente cercana, pues les tocó acompañarme a mi hija y mi nuera, que mi hija no vive conmigo y la novia de mi hijo está temporal - no lleva mucho tiempo. Ellos no quisieron ir [su hijo y esposo] y les dijeron a ellas. Igual las tres somos las mujeres".

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

La condición de paciente que, en este caso, busca compañía y escucha de otras personas, es interpretada por sus amigas y esposo como un estadio de vulnerabilidad, el cual les hace creer que ella no tiene las facultades de actuar o tomar decisiones por su cuenta, sino que necesita de su intervención. Gloria enfrenta un proceso de enajenación por parte de su círculo social más cercano, que busca invalidarla de tomar las riendas de su salud y su tratamiento terapéutico, lo cual refleja un proceso de exclusión social por parte de las personas de su entorno social tanto cercano como lejano.

Gloria es concebida como "paciente" por parte de su entorno social, una figura que tiene implicaciones en la manera en que los demás se relacionan con ella y lo que se espera que ella haga o deje de hacer (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014). En este caso, ha significado la invalidación de sus criterios, incluso cuando son acerca de lo que hace para enfrentar su dolor. Es, pues, víctima de violencia simbólica, en la que se cuestionan la veracidad y la pertinencia de lo que ella decide hacer sobre su propio cuerpo (Ibíd., 2014).

Los comentarios que le hacen sus amigas y esposo están relacionados con la manera en que

se concibe este tipo de enfermedad en particular y lo que implica su tratamiento. En la vivencia que relata Gloria, la enfermedad mental es concebida por su círculo social como un sufrimiento que se puede evitar o que se debe superar con *fortaleza* o *voluntad*. El consumo de medicamentos para tratar estas afecciones, en este caso, la depresión, se entiende como una confirmación de esa (in)capacidad de superarlo. En la experiencia particular de Gloria, acceder a la medicación psiquiátrica ha significado para su entorno social un momento de *debilidad* y de *incapacidad* de tratar su afección por su cuenta.

Sin embargo, paralelo a los comentarios que Gloria recibe de sus seres cercanos, está la manera en que ella decide tratar su afección, y es que su trayectoria y conocimiento acerca de los medicamentos, le dan la posibilidad de tomar su condición por su propia cuenta sin la interferencia de su entorno social¹⁶. Esta mujer prefiere no controvertir ni a sus amigas ni a sus familiares, sino que opta por ocultarles su proceso de medicación psiquiátrica. Así, no cambia su percepción sobre la manera en que debe asumir y enfrentar su padecimiento, pues finalmente es ella quien decide en qué ocasiones tomarlas y con qué fin.

En una de nuestras entrevistas programadas le comenté que una de las actividades que tenía planeada consistía en que el paciente realizara un dibujo en el que plasmara lo que sentían o sienten con el medicamento, una ilustración que cobra mucho sentido a través de la situación recién descrita. Cuando me di cuenta del dolor que padece en sus articulaciones, especialmente las de las manos, no le recordé la actividad porque la había descartado, sin embargo, en otro de nuestros encuentros me mencionó “será que hacemos el dibujo ahora o, ¿cuándo?”. Le comenté que me parecía mejor que no lo hiciera para no causarle dolor, y

¹⁶ En esta historia de vida en particular, la paciente no se interesa por implementar un proceso pedagógico o político para enfrentar estos estigmas que rodean la medicación psiquiátrica, contrario a la experiencia farmacológica que se narra en el siguiente capítulo.

entonces me propuso “yo le digo a mi nuera que me ayude, yo le digo qué hacer y ella lo hace. Hágale así”.



Representación gráfica de los efectos que le produce el medicamento a “Gloria”.
Dibujo elaborado por la nuera de Gloria bajo sus indicaciones el 26 de agosto de 2018.

En el contenido del dibujo, indicado y dictado por Gloria e ilustrado por su nuera, esta mujer se representa en el centro de su entorno social, el cual le dice cosas o está en constante bulla, pero que ella no puede atender ni prestar atención por algo que se puede interpretar como una protección que la rodea.

“Aquí [señala las caras de las demás personas] yo primero le dije que no hiciera boca, que solo le hiciera los ojitos, pero luego se me ocurrió ponerle las bocas y hacer un círculo, para que no quedaran raros sin boca y se entienda más”

(Gloria, comunicación personal, 15 de agosto de 2018).

La representación gráfica de Gloria sobre su experiencia con la medicación incluye también

lo que ha sido el padecimiento de su enfermedad mental, la cual la ha convertido en el centro de comentarios y opiniones que, después de su experiencia y entendimiento de la enfermedad, ha logrado mantener al margen.

A diferencia de otros tratamientos de curación, -como lo puede ser la psicoterapia, o aquellos enmarcados en sistemas terapéuticos mágico-religiosos, como pueden ser los exorcismos, las confesiones, los sacrificios, oraciones colectivas u otros-, el del medicamento es una alternativa que puede ser llevado a cabo en la privacidad y que se enfoca en el cuerpo individual (Van der Geest y Whyte, 1989). Ese es uno de los principales roles que desempeñan los medicamentos, y es que pueden ser usados individualmente y en privado, algo que se vuelve importante cuando la enfermedad que se padece puede reflejar aspectos indeseados en la sociedad.

“Digamos que con todo lo que le dice el médico a uno y la negatividad de las personas – que no los escuche, que trate de no ofenderme tan fácilmente – [no] irritarme, y de ver que de verdad uno está solo, porque por más familia que tenga ellos no entienden, más fácil entiende alguien de afuera que también lo tenga [la depresión], además ellos todo el día están por fuera, prácticamente vienen es a comer, yo mantengo aquí tan sola.

Ya con esto [la “quetiapina”] me siento más liviana, tengo más paz interior, más calmada - Yo no sé qué tenga que ver, aunque me dijo el médico que no tenía nada que ver, pero no me tomo la pasta y siento - No sé si sea algo psicológico, que me empiezan los dolores de articulaciones y del ojo por el quiste, y me la tomo [la quetiapina] y se me quita el dolor, me merma mucho. Por eso fue que más o menos hace un mes empecé a dejar de tomarlas todas [las pastas que le prescribieron para el quiste aracnoideo de la cabeza, para la artritis reumatoidea degenerativa y la tiroides]. El médico me va a regañar si le cuento – yo no le voy a decir, aunque la de la tiroides sí me la pienso tomar más adelante, pero porque a mí me dicen que la tiroides desencadena muchas cosas ¿no? La falla de la tiroides, que es la falta de yodo. A mí la falta de yodo, no exceso sino la falta, entonces me dicen que la tiroides desencadena eso, depresiones, somos muy depresivas, eso es lo que me dicen. Entonces lo que yo hago es tomarme estas [Quetiapina], porque no estoy produciendo el yodo”.

(Gloria, comunicación personal, 15 de agosto de 2018).

De acuerdo con la sensación descrita, el consumo de quetiapina produce en Gloria “paz

interior”, la hace sentir más “liviana” y “calmada”, le quita el dolor en las articulaciones y en sus ojos. Es cuando el medicamento, que clínicamente prescriben para atacar los síntomas de la depresión, transforma la experiencia dolorosa que siente en su cuerpo.

“Ya ahora estoy muy bien, imagínese que también me estaban haciendo exámenes ahora últimos que porque podía tener esclerosis múltiple, y ni siquiera me angustié, no me dio duro, un sustico del examen, pero no con esa angustia que me coge y es por esto, que me deja vivir tranquila y sin preocupaciones”.

(Gloria, comunicación personal, 15 de agosto de 2018).

Las sensaciones que le producen los medicamentos psiquiátricos, en este caso la quetiapina, hace que Gloria no sienta el resto de los malestares en su cuerpo, lo que la lleva a no consumir el resto de los tratamientos que le han sido prescritos como terapias para las enfermedades que le diagnosticaron (neuritis óptica relacionada con un quiste aracnoideo, artritis reumatoide degenerativa, metaplasia intestinal y tiroides). Esta es una decisión que, hasta la fecha, no ha sido socializada ante sus médicos tratantes.

Aunque en primera instancia algunos investigadores nos indiquen que este es un fenómeno común para los pacientes con algún tipo de depresión, donde los pacientes deprimidos pueden tener menos adherencia a otros tratamientos (Mori y Caballero, 2010), es importante explorar la experiencia simbólica que ha movilizado esta decisión, pues no son los síntomas de la depresión la que la hacen descartar las otras medicaciones, sino los efectos que experimenta con la quetiapina, puntualmente.

La toma de decisiones frente a la medicación que se consume está relacionada con el crecimiento de las farmacéuticas, que de alguna manera remueven el monopolio del conocimiento, que, bajo dinámicas de mercado, han promovido la facilidad de acceso a los medicamentos (Van der Geest y Whyte, 1989). Este proceso ha habilitado a las personas a agenciar la búsqueda de lo que realmente necesitan o quieren, sin la intermediación de un

profesional y su lectura sobre la salud. Esa industria, por su parte, ha expandido el mundo y el entendimiento de la medicina, donde sus productos (los medicamentos) pueden estar divorciados de la relación con los expertos (Van der Geest, Whyte y Hardon, 2002).

Ese distanciamiento de los profesionales de la salud a la hora de acceder a un tratamiento con medicamento hace que las personas se empoderen de sus relatos y vivencias frente a la enfermedad, logrando un continuo ir y venir entre el pensamiento profesional y el pensamiento profano, dejando de lado la dependencia unilateral donde la última palabra radicaba en el médico (Viveros, 1993)

Este relacionamiento bidireccional y el fácil acceso a los medicamentos que supone la expansión de la industria farmacéutica implica otro elemento fundamental, y es la posibilidad de que las personas interpreten, bajo sus criterios, los efectos de cada uno de los medicamentos a los que puede acceder. En la experiencia de Gloria esa noción cobra especial sentido, pues ella ha tomado decisiones drásticas frente a sus creencias respecto a un fármaco, como lo ha sido el hecho de renunciar a tratamientos que tienen efectos incapacitantes.

De acuerdo con Benavides (2016), en algunos casos la creencia y el grado de persuasión simbólica de algunas personas acerca de los métodos terapéuticos terminan por decidir el curso de su enfermedad y posterior curación. En este caso, los efectos y la experiencia de curación derivada del uso de un medicamento psiquiátrico, terminó, hasta la fecha, por decidir el curso de su enfermedad mental y el resto de sus enfermedades.

“Ahora estoy en el proceso de pasarme a estas [Escitalopram] que también me las recomendaron porque son suaves, yo le pregunté al médico y me dijo que también las recomiendan para la depresión, que podíamos ir bajando la dosis de esta [Quetiapina] y probar con estas [Escitalopram]. Estas [Escitalopram] las compré yo porque las venden sin fórmula y son baratas, estas [Quetiapina] sí me las dan con fórmula. Pero no tengo ningún afán, porque ya mi cuerpo se amoldó y no me da lo que me daba cuando mi mamá, ya no me pongo que zombi las veinticuatro horas”

(Gloria, comunicación personal, 29 de junio de 2018).

De esta historia de vida es importante concluir varios aspectos conforme a su trayectoria de medicación. Inicialmente se encuentra que el discurso médico logra transmitir asertiva y satisfactoriamente lo que significa el enfermar de la mente y la manera de curarla. Esto pudo ser el origen de la experimentación de efectos curativos y positivos para la enfermedad de su mente y las enfermedades de su cuerpo (Benavides, 2016). Sin embargo, en su entorno social más cercano, ese diagnóstico psiquiátrico fue interpretado como un interés de esta mujer por llamar la atención y buscar beneficios, donde el acceso a la medicación para esa enfermedad constituyó un momento de debilidad y de incapacidad de tratar su afección como debería: sin ellos. Comentarios que sólo mediante la experiencia de medicación logra apartar de ella y mantenerlos al margen, como podemos inferir de su dibujo.

Finalmente, es importante retomar un aspecto fundamental de la trayectoria de esta mujer: la materialidad de los medicamentos le permite tomar decisiones sobre el tratamiento de sus enfermedades (mentales y no mentales) sin depender de un profesional para su implementación. Esto es que ella toma decisiones frente a lo que desea gracias al acceso que tiene a los fármacos sin intermediarios, donde ella accede al poder curativo del fármaco cuando así lo desee.

CAPÍTULO III

“Era solo el cuerpo existiendo”

En este capítulo se relata la experiencia de Andrés respecto a un diagnóstico psiquiátrico que le realizaron hace tres años. Se trata de un “trastorno afectivo bipolar”, con el cual sus médicos interpretaron sus vivencias y lo que él les refería, como veremos a lo largo de la historia. Los dispositivos médicos presentes en este caso consistieron en más de un tratamiento terapéutico, como lo fue el internamiento diurno y la medicación psiquiátrica de tres tipos de fármacos.

De acuerdo con él, en su experiencia, el vínculo con su madre fue trascendental, por lo que en esta historia de vida se incluye el relato de esta mujer, quien amplía algunas situaciones a las que Andrés se refiere y nos permite comprender nuevas dimensiones sobre la manera en que se vive un padecimiento, como lo es la incidencia del parentesco.

Inicialmente se encuentran los elementos contextuales en los que se enmarca la experiencia. Consiste en la descripción del espacio y las circunstancias en las que tiene origen el diagnóstico que le realizaron y que sirve para comprender el sentido de muchas de las interpretaciones que realizan él y algunos de sus familiares sobre su proceso terapéutico. Seguido, se presenta la manera en que él integra esa perspectiva biomédica en su vida y lo que significa para él esa experiencia. Finalmente, se concluye con los usos que este joven hace de la medicina a partir de la utilización de sus dispositivos, una situación que se posibilita gracias al proceso de domesticación del saber médico que se describe en su historia de vida.

Antes de entrar en el caso de este joven es necesario ampliar la definición de este tipo de enfermedad planteada al inicio de este documento. Este tipo de trastorno, algunas veces

referido como bipolaridad o trastorno maniaco-depresivo, es un trastorno caracterizado por la alternancia de episodios de manía y depresión mayor (OMS, 2009). El episodio maníaco es una enfermedad caracterizada por una exaltación persistente del estado de ánimo, un aumento de la vitalidad y de la actividad, y, en general, por sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental, donde la exaltación del humor no guarda relación con las circunstancias ambientales del paciente y puede variar de la jovialidad despreocupada a la excitación casi incontrolable (Ibíd., 2009). Estos son los criterios con los que las experiencias de Andrés son calculadas, para decidir si se trata de esta enfermedad o no.

El caso de “Andrés”

Cuando conocí a la madre de este joven, ella me habló sobre su experiencia como cuidadora de un paciente psiquiátrico, una situación que la había hecho alejarse temporalmente de sus ocupaciones laborales. Me describió muchas veces cómo era su hijo físicamente y lo “fuerte” que es, dándome a entender con ese calificativo que estaba orgullosa de él. Nuestras conversaciones giraban en torno a nuestras emociones como personas cuidadoras, momentos en los que me manifestaba su deseo de que él hiciera parte de la investigación, porque tenía una historia muy importante para contar, y que compartirla podía ser una manera de liberarse y finalmente culminar ese ciclo.

Esto hizo que ella le insistiera para que nos viéramos y saber si estaba interesado en participar. Y así fue. Después de esas reuniones con su madre, tuve la oportunidad de conocerlo y hablarle sobre la investigación, a lo que se mostró muy interesado. A partir de ahí fijamos algunas fechas para nuestros encuentros en su casa y finalmente conocer su experiencia frente a la medicación psiquiátrica.

Andrés es un joven de veinticuatro años perteneciente a una familia nuclear caleña compuesta

por su hermana mayor, su madre y su padre. Viven en un apartamento ubicado en un conjunto residencial del barrio La Hacienda. Es un lugar compuesto por tres habitaciones, una que ocupan sus padres, otra su hermana y otra para él. En la distribución de la casa se pueden notar algunas características particulares: todos los elementos que son de su propiedad y que utiliza la mayor parte del tiempo están en su habitación, a diferencia de su madre, quien ocupa la casa para diversas actividades (revisar el computador de la sala, cocinar o regar las plantas del balcón). Esto hace que la mayoría del tiempo él esté en su habitación mientras que su madre se integra con todas las cuestiones del hogar. Esto lo pude notar a lo largo de mis visitas al lugar, que algunas veces fueron para entrevistar a su madre y otras para entrevistarlo a él. Primero conocí su casa gracias a su madre, quien me indicó detalladamente qué bus tomar, en qué parada bajarme y a dónde dirigirme.

Allí, él y su madre pasan la mayor parte del tiempo desde hace tres años, mientras su hermana y su padre trabajan. Su madre es contadora, su hermana está recién graduada de medicina, su padre es ingeniero civil y a él le faltan algunos semestres para terminar su carrera en administración de empresas.

Los días en este hogar comienzan entre las cinco y las seis de la mañana, cuando los cuatro se levantan y se organizan para las actividades de su día a día. Pasadas las seis de la mañana ya ha llegado la persona que contratan para que haga el aseo de la casa y les prepare la comida. Ella les hace el desayuno y después la hermana de Andrés y su padre se van a sus respectivos trabajos, mientras él y su madre se quedan en la casa.

Desde hace tres años, a raíz de un diagnóstico psiquiátrico que le realizaron, su madre ha cambiado drásticamente todas sus labores, y trata de estar presente para él la mayor cantidad de tiempo posible. Aunque no le prepara la comida ni arregla su desorden, esta mujer atiende

todas las necesidades que él pueda tener y, especialmente, se encarga de las diligencias médicas requeridas, está pendiente del progreso de su enfermedad y de las implicaciones de su medicación.

La actitud y las responsabilidades que asume su madre desde el momento en que se dan cuenta de la enfermedad mental de Andrés, en gran medida suceden ante el desinterés de la joven hermana y su padre, según relata. Tanto Andrés como su madre refieren que en su familia las cuestiones en torno al cuidado y al afecto han estado a cargo de esta mujer, quien siempre ha intentado despertar el interés de los unos por los otros en este núcleo familiar.

Cuando le pregunté a su madre por los momentos que todos compartían juntos, me contó que generalmente eran los desayunos y las cenas, pero que ambos eran distintos. En la mañana se ven con mucha prisa para salir porque su hija y su esposo tienen que ir a sus lugares de trabajo. En la noche, ya tienen más disposición para hablar: ella les pregunta cómo estuvo su día laboral, mientras comenta lo que fue su día y el de Andrés.

Los fines de semana no son muy distintos. Ninguno de ellos tiene que ir a trabajar, solo la hermana de Andrés sale esporádicamente con sus amigos o su novio. Únicamente se encargan de sus comidas, puesto que estos días no va la señora que trabaja en el aseo doméstico, pero esto se limita a breves conversaciones para consensuar lo que se va a solicitar por domicilio.

Las cosas no han cambiado mucho desde el 2015, una fecha que Andrés y su madre esperaban que tuviera más impacto en esas otras dos personas:

“Hace tres años que me diagnosticaron. Me diagnosticaron “trastorno afectivo bipolar”. Lo que me dijeron fue que es una enfermedad que puede ser heredada o algo así en mi familia, pues de la casa, que si no la trataban rápido podía darme esquizofrenia. Lo que pasa es que como ya llevaba mucho tiempo sin tratarla, tenían que darme un tratamiento rápido. No la habían tratado porque no sabíamos que la tenía, yo siempre he ido al médico y todo, pero nunca me dijeron nada, ni me preguntaban ni nada”.

(Andrés, comunicación personal, 23 de agosto de 2018)

Los episodios de depresión y manía del trastorno afectivo bipolar pueden confundirse con la angustia normal y subjetiva que surge después de la exposición a circunstancias extremas; así como los momentos de euforia se pueden interpretar muchas veces como momentos de mucha energía y ánimo de una persona, especialmente en la juventud temprana (OMS, 2010). Por esto, el diagnóstico de esta enfermedad debe radicar en el análisis riguroso de la intensidad de los síntomas y su prevalencia en el tiempo (Ibíd., 2010).

“Nos dimos cuenta porque yo – pues siempre he estudiado, el colegio y luego entré a la universidad a estudiar administración, y ahí fue que se complicaron las cosas. Ya no podía controlar la rabia, no hablaba, miraba mal a la gente, no prestaba atención en las clases, no me interesaba por nadie, también me empezó a ir muy mal – mi hermana dice que era pereza, pero no, la pereza es distinto, la pereza es de actitud – vos te pones a hacer ejercicio, te engomás con una serie, vas a eventos, te vas de viaje. Yo no sentía eso, yo no quería hacer nada [...] no podía sentir nada, era solo el cuerpo existiendo.

Lo que pasa es que la depresión no es estar triste y ya, no es tener pereza de hacer las cosas, o que la melancolía de la soledad, no. Yo ni siquiera estaba solo, tenía a mi familia y tenía a [su exnovia]. Lo que pasa es que tu cuerpo no está trabajando bien, tu mente está desbalanceada y no puedes hacer las cosas como deberías.

Cuando me empezó a ir mal en la universidad, yo vi que no iba a poder. Ahí fue que empecé a no ir, pero no me podía ir para la casa porque mi mamá se daba cuenta. Yo empiezo a quedarme por ahí en la calle, solo, no tenía amigos, nadie.

Yo estaba muy solo, no quería a nadie, no sentía nada por nadie, me daba igual la gente. Pero el problema es que cuando llegaba a mi casa, ya mi mamá se daba cuenta. A mí me daba rabia que me preguntara [cosas], sentía mucha rabia que me hablara y que me preguntara cosas. A mi hermana si no le importa nadie y pues mi papá mantenía por ahí haciendo sus cosas.

Cuando me decía [su madre] algo se me agitaba la respiración, empezaba a palpar durísimo, le abría los ojos mucho y no le decía nada. Ya cuando se iba y me dejaba solo era que empezaba a pegarle a las cosas. Le pegué a la puerta, dañé esa toma [un tomacorriente que no tiene la parte posterior], le daba a las paredes, me lastimaba las manos - sacaba todo.

El problema fue que ya pues no quería nada, no quería comer, no quería verlos [a su familia], no quería escucharlos; me encerraba en el cuarto y pasaban días que no salía – pues salía a comer cualquier cosa, pero pasaban días que no hablaba con nadie, nadie, nadie. Hasta que ya, pues, empiezo a lastimarme, no podía controlar la rabia, y como ya no le podía hablar mal a nadie, me empecé a lastimar.

Nosotros en mi casa siempre hemos sido muy independientes, nadie se habla con nadie, la única que pregunta cosas es mi mamá, de resto ni mi hermana, ni mi papá, ni yo preguntamos nada de nadie, yo sentía que, si me iba, realmente nadie me iba a necesitar o iba a pensar en mí. Hasta iba a dejar de ser una carga para mi mamá.

Yo empecé a planearla [su muerte] para esos tiempos que me daba histeria, empecé a buscar cómo y a buscar historias, y lo que uno quiere es que no sea escandaloso, que no vaya a llamar la atención ni que la gente le dé lástima. Ya tenía todo planeado, no tenía que hacer nada más, ya solo tenía que esperar que salieran. Pero entonces encontrar el momento fue muy difícil, me tocaba aplazarlo y aplazarlo. Me empecé a ver los horarios de mi casa, cuándo se iba [su hermana], cuándo se iba mi mamá”.

(Andrés, comunicación personal, 23 de agosto de 2018)

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, en Colombia el suicidio es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años y es, por tanto, un problema de salud pública (ENSM, 2015). Arrojó que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, el 4,1% ha realizado planes suicidas y el 4,9% ha ejecutado intentos suicidas. El trastorno afectivo bipolar está fuertemente asociado con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Puntualmente, un estudio realizado en este país sobre pacientes con TAB mostró que la prevalencia de ideación suicida varía entre el 14% al 59%, y que del 25% al 56% presentaron por lo menos un intento de suicidio durante sus vidas (Rueda, Rangel y Camacho, 2011).

“El día que lo hice [el intento de suicidarse] ellas no estaban, no estaba nadie. Yo no me acuerdo mucho de las cosas, en ese momento estás tan decidido que lo único que piensas es en hacerlo, nada más, que tenía que aprovechar el momento y no darle más espera. Ya después lo que me acuerdo es que estaba en la clínica, estaba mi mamá en un mar de lágrimas y la psicóloga esperándome”.

(Andrés, comunicación personal, 23 de agosto de 2018)

Desde que fue diagnosticado con trastorno afectivo bipolar, Andrés se ha interesado por entender la naturaleza de su padecimiento acudiendo a las explicaciones que los médicos psiquiatras y profesionales de la salud hacen sobre ella. La narración de su experiencia contiene definiciones sobre el origen y el desarrollo de su enfermedad que coinciden con los

criterios de las instituciones más representativas en el campo de la biomedicina. Esta manera de entender la salud mental incide en su experiencia de medicación, como veremos a continuación.

“Ese fue el momento en que yo creo que todo cambió, porque ya todos se empezaron a preocupar y a preguntarme cosas. Y cuando hay intentos de suicidio, las clínicas no te pueden dejar ir, te internan y te dan tratamiento hasta que estés bien. Pero no te dejan ir. A veces ni siquiera dejan que te visiten tus familiares. A mí me dejaron un mes internado, dejaban que mi mamá me visitara, también mi hermana y mi papá, pero la que más iba era mi mamá. A mi mamá le dio muy duro, se le notaba, estaba triste pero no me preguntaba nada, que por qué lo hice ni nada, solo tenía la carita triste”

(Andrés, comunicación personal, 23 de agosto de 2018)

Como podemos ver, también la manera en que su madre entiende a los “trastornos mentales” es distinta a la suya. Para él es un diagnóstico que tiene muchas implicaciones a nivel emocional y afectivo porque en eso cree que consiste la enfermedad: en afectaciones de algunas partes del cerebro que lo hacen sentir y actuar de maneras determinadas, tal y como sus médicos le han explicado. Mientras que, para su madre, es una enfermedad que va más allá de la composición del cerebro, y está relacionada con características de la vida familiar y social de la que Andrés hace parte.

“Ya después de eso fue que empecé a ir a las terapias, pero sin internamiento. Allá en la clínica me habían dado muchos medicamentos, muchos, al principio no me daba cuenta porque mantenía dopado y con intravenosa, pero creo que a la semana fue que me la quitaron y empezaron ya a tratarme con psicología, [terapia] ocupacional y el psiquiatra, y ellos me daban las pastas y yo me la tomaba. Todo el día yo mantenía con ellos en talleres y terapias. Allí me empezaron a explicar todo, ellos te dicen todo lo que uno siente, o sea, tú no tienes que ir y contar todo porque ellos ya saben lo que tú sientes.

Pero lo que hacen ellos es que también hablan con tu familia, tu familia termina por darse cuenta de todo, ellos le dicen todo para que te entiendan y te acompañen. No lo personal, sino lo más grave de la enfermedad que uno tiene. Porque ya cuando uno sale de ahí pues ellos necesitan que alguien esté pendiente de uno y que no vaya a tener más intentos.

Yo a él [su psiquiatra tratante] no le comenté casi nada, o sea le decía como lo que no podía estar en la universidad, que no podía estar con la gente, que me daba mucha

rabia, que quería golpear a la gente, que me enojaba por todo y me iba a encerrar a golpear las cosas para no darle a nadie. Mi mamá fue la que le contó más cosas, digamos que como de la casa – que mi papá es muy autoritario, que mi hermana no es amorosa ni le importa nadie – cosas así. Con eso ellos se hacen como una idea de la vida de uno, y lo que me dijeron era que tenía ese trastorno [trastorno afectivo bipolar] pero que lo tenía muy avanzado, que teníamos que tratarlo rápido porque podía tener daños en el cerebro de todo lo que yo estaba sintiendo y lo que el cerebro tiene que esforzarse. También me contó de pacientes que él tenía que habían desarrollado esquizofrenia – o sea, tenían esquizofrenia, pero les había dado porque habían tenido por mucho tiempo el trastorno, entonces la enfermedad evoluciona y te daña más partes del cerebro”.

(Andrés, comunicación personal, 23 de agosto de 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud (2010), cuando el trastorno afectivo bipolar está muy avanzado, el paciente puede padecer alucinaciones, generalmente de voces que le hablan directamente. En estos casos, el tratamiento farmacológico debe ser de antipsicóticos, que también son muy eficaces para tratar la manía propia del TAB (OMS, 2010). De no ser tratados, estos episodios graves de alucinaciones que se desarrollan en ese trastorno afectivo pueden conducir a la esquizofrenia, que es la psicosis primaria más común y se caracteriza en general por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento de la percepción (OMS, 2010).

“Yo estuve tres meses yendo la primera vez, allá [en la clínica psiquiátrica] me hacían lo mismo, pero yo tenía que ir porque si no, me internaban del todo. La verdad a mí no me gustaba ir, al principio para mí era muy difícil tener que estar con ese poco de gente que está igual o peor que uno, además casi todas eran mujeres u hombres mayores, y todos eran igual que yo, a nadie le gustaba hablar. Estábamos ahí porque nos tocaba. Lo bueno es que empiezas a conocer otros casos, empiezas a conocer de las enfermedades y como que te das cuenta de hay gente más paila porque no lo trataron rápido. Después de eso ya me dejaron ir a la casa con muchos medicamentos. Me mandaron – al principio me mandaron Lorazepam”.

(Andrés, comunicación personal, 23 de agosto de 2018)

Viviendo con lo aprendido

El intento de suicidio de Andrés fue el momento en que sus familiares sintieron la necesidad de preocuparse y cuestionarse por lo que él estaba padeciendo. Sin embargo, en su madre

recayeron responsabilidades especiales, según nos relata este joven:

“Me mandaron Lorazepam, me mandaron las de cinco miligramos cada ocho horas, entonces me las tomaba en la mañana bien temprano para levantarme, otra en la tarde y otra antes de acostarme. Al principio me las tomaba así, no se me olvidaba y mi mamá siempre estaba pendiente de dármelas. Ellos [las personas de la clínica] me habían dado como mil pastas para que no se me fueran a acabar ni nada. Te dan todos los números de líneas psiquiátricas y psicológicas de urgencias, ellos te dan todo, la verdad yo pienso que eso es muy bueno, porque ya cuando a uno lo atienden – lo revisa un médico y te escucha, muchas cosas cambian, tu empiezas a comprender que puedes tener una enfermedad mental y que tienes que tratarla para que no te vaya a empeorar, como cualquier otra. Es una enfermedad común y corriente. Ahí lo único es que te puede matar pero porque te hace hacerlo, o sea, esta enfermedad hace que tú mismo te lleves a morir, por tus pensamientos”.

(Andrés, comunicación personal, 23 de agosto de 2018)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004), una combinación adecuada de programas de tratamiento y prevención en el campo de la salud mental, en los marcos de estrategias públicas generales, puede evitar la muerte prematura, contribuir en la reducción del estigma, evitar años vividos con discapacidad, aumentar considerablemente el capital social y ayudar a reducir la pobreza. Sin embargo, en países que cuentan con sistemas de atención bien establecidos, entre el 44% y el 70% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento; mientras que en los países que no tienen fuertes y bien consolidados sistemas de atención, como Colombia, la cifra puede ser de hasta el 90%.

En nuestro país este problema está estrechamente relacionado con la capacidad adquisitiva del paciente, con la importancia que se le otorga a la salud mental y con la falta de disponibilidad del servicio en algunos territorios (ENSM, 2015). Sin embargo, Andrés hace parte del grupo de pacientes que cuentan con servicios integrales (medicación y seguimiento con psicoterapia) para la atención de su salud mental.

“[...] todo ha sido tan distinto desde que mi hijo está enfermo, yo no siento el apoyo de la familia, siento que a veces él está solito y eso me parte el alma, yo quisiera que me diera eso a mí, pero nunca a él – él es tan especial, tan buen muchacho, tan

educado, y verlo como lo jode esa cosa me desagarra [...] Ellos [su esposo e hija] se han entrado a preocupar más por él y me preguntan si se las está tomando [las pastas de lorazepam], pero es porque les da miedo que vuelva a recaer y tener un intento otra vez; de resto, me dejan a mí el peso de todo. Es que igual quien iba a las citas como tal éramos nosotros dos [Andrés y ella], entonces sólo a nosotros nos explicaban [...] Al principio yo se las daba como para acompañarlo en el proceso, pero ya después él tomaba solo”.

(Madre de Andrés, comunicación personal, 16 de julio de 2018)

Hacerle seguimiento al consumo del medicamento de Andrés es la manera que su padre y hermana encuentran para garantizar que él no tenga las sensaciones que lo movilizaron a quitarse su vida. Según el relato de su madre y el suyo, el medicamento ha sido de lo único que están pendientes, pero no encuentran relación de aquel intento de suicidio con otros aspectos de la vida del joven que los puede involucrar a ellos, y que por lo tanto pueden transformar, como lo es la necesidad de cambiar la comunicación a nivel familiar.

De acuerdo con Gutiérrez, Martínez y Rodríguez (2013), las personas con enfermedades mentales requieren cambios drásticos en sus vidas que no dependen únicamente de ellos, sino de su entorno social más cercano, en este caso, la familia. Andrés considera que cambiar todos los hábitos familiares, principalmente los relacionados con la comunicación, es un aspecto muy importante para su recuperación. Con tono de desilusión me cuenta que su médico le ha recomendado: “que nos preguntemos cosas tan sencillas – que cómo estamos, cómo nos ha ido en el trabajo; agradecer a la persona que hizo la comida; saludar. Cosas así” (Andrés, 2018). Algo muy frustrante para él y su madre porque en su hogar no encuentran reciprocidad en esas actitudes y desconocen que para Andrés es un gran esfuerzo que hace para su recuperación.

A este joven le ha tomado mucho tiempo ser capaz de implementar ese tipo de actitudes en función de su salud mental. Según relata, el principio del tratamiento fue un camino de incertidumbres porque no entendía muy bien cuál era el detonante de su enfermedad ni la

manera de corregirla, o siquiera si tal cosa era posible. En su caso, la intervención médica había llegado a él por un intento fallido de suicidio, y no porque él considerara necesitarla. Este cambio en su actitud con su familia se vio muy potenciado por su madre desde su perspectiva externa al padecimiento, quien asiste sin falta a las reuniones familiares que realiza su entidad de salud mental y quien trata de replicar en su hogar lo que aprende en aquellas reuniones.

Esta mujer desde el momento en que fue diagnosticado su hijo ha asumido una postura de cuidadora *informal*¹⁷. Algunas investigaciones sobre esta figura en el campo de la salud mental señalan que la naturaleza episódica de los trastornos afectivos y la creencia errónea de que estos trastornos no son crónicos o no afectan al funcionamiento del paciente, ha hecho pensar que la sobrecarga del cuidador en estos cuadros es menor, algo desmentido por los hallazgos actuales, que señalan que, incluso, esa sobrecarga puede ser superior a la producida por otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión o el asma (Gutiérrez, Martínez y Rodríguez, 2013).

Particularmente, el trastorno afectivo bipolar (TAB) no sólo afecta al paciente que lo padece sino también a las personas con las que convive, quienes no sólo sufren las consecuencias de la enfermedad, sino que acaban dedicándose a la atención y el cuidado del paciente (Ibíd., 2013). Esto ha implicado, incluso, que en la práctica clínica se empiece a estudiar la “carga del cuidador”, con el fin de comprender las consecuencias psicológicas, físicas, sociales y económicas que se generan en la persona que se ha dedicado a cuidar de un paciente, en este caso, con TAB (Platt, 1985).

¹⁷ Este concepto alude al cuidado que se presta por parientes, amigos o vecinos, un conjunto difuso de redes que suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta duración (Ruiz y Moya, 2012).

De acuerdo con Fadden (1987) esta carga se puede entender desde dos perspectivas, una objetiva y otra subjetiva. Cuando la mamá de Andrés tiene que dejar sus actividades laborales de lado para poder asistir a las reuniones de psicoterapia, así como cuando hace seguimiento del consumo de los medicamentos adentro en la casa, se trata de una carga objetiva. Mientras que su sensación de desespero y tristeza derivados directamente del sufrimiento y soledad por la que atraviesa su hijo, son una carga subjetiva, que consiste en la afectación de los sentimientos personales derivados de la responsabilidad, del estrés, de la infelicidad y aquellos producidos por el trastorno mismo:

“El Lorazepam es muy fuerte, al principio yo no la había dejado de tomar – desde que me hospitalizaron esa vez, yo no había dejado de estar dopado, yo no sé qué me daban allá, pero yo creo que era lo mismo. Ahora mi hermana y mi mamá me cuentan lo que yo hacía al principio – tú no entiendes muy bien lo que sucede – no estás muy consciente de las cosas que pasan, por eso es por lo que te recomiendan reposo, porque tú no puedes hacer nada.

Lo que me dicen es que yo empecé a actuar distinto. Es que yo venía siendo muy grosero y agresivo, como te dije, esa es la irritabilidad que nos da, entonces este fármaco entra a calmarte, a dejarte adormecido para que no sientas esa rabia, el problema es que tampoco sientes nada más, tú sabes que existes, y si te golpean pues te duele, pero nada más, no puedes entender muchas cosas ni hablar con la gente. Lo que me dicen es que hablaba distinto, hablaba despacio, que a veces ni se me entendía, y que no me enojaba”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

El Lorazepam es un fármaco que sirve como tratamiento a corto plazo de los estados de ansiedad asociados a insomnio, depresión y alteraciones emocionales; como benzodiacepina, sólo está indicada para el tratamiento de un trastorno intenso, que limita la actividad del paciente o lo somete a una situación de estrés importante (CIMA, 2019). De acuerdo con el Centro de Información de Medicamentos-AEMPS¹⁸ (2019), el tratamiento con benzodiacepinas puede provocar el desarrollo de dependencia física y/o psíquica, un riesgo

¹⁸ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

que se incrementa con la dosis y la duración del tratamiento.

De la experiencia de Andrés de medicación con este fármaco se tiene la incapacidad de recordar por un constante estado de adormecimiento y letargo, las cuales se pueden entender como opuestos al estado violento y agresivo que refería con la experiencia de la enfermedad (antes de ser diagnosticada). En ese momento, Andrés no era consciente de su entorno, no podía responder coherentemente a una conversación y lucía “perdido”, según lo describe su madre. Para su familia fue una etapa caracterizada por la incertidumbre, pues, aunque no había perdido la vida con su intento de suicidio, en ese momento había perdido la capacidad de estar e interactuar con el mundo ahí afuera.

El cálculo

“Yo en las reuniones veía que había gente que tenía lo mismo [TAB], o esquizofrenia, o depresión grave, y nadie tomaba tantas pastas ni esa [Lorazepam], solamente una señora, pero porque ella ya estaba muy avanzada, a ella la llevaban y le tenían que hacer todo; pero solo era ella, de resto pues estábamos enfermos, pero podíamos hablar y hacer más cosas”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

Las reuniones con otros pacientes que atravesaban por situaciones similares le ayudaron a comprender lo que era la medicación en un sentido práctico, en contraste con el bagaje teórico que aprendió de sus doctores tratantes. Ahí reconocía las experiencias de medicación de otras personas, las cuales le servían para realizar una suerte de *cálculo* con el fin de identificar el estado de su enfermedad y la ruta terapéutica más adecuada. De manera que estos espacios le permitieron ampliar su conocimiento sobre los medicamentos psiquiátricos y considerar las experiencias de otras personas con ellos para pensar con cuáles podía conseguir la sensación que no tenía antes ni durante el consumo de Lorazepam:

“Las primeras semanas yo hablaba con mis doctores, pues los psicólogos y psiquiatras, y les decía que, si podíamos cambiarlas, entonces lo que hicieron fue bajar la dosis. Con los días empecé a sentir el cambio, mucho, porque me bajaron a

una [pasta] cada doce horas, antes eran tres en el día, luego dos. Ahí uno va notando el cambio, porque eres más consciente de tu cambio. Antes no te das cuenta, porque no puedes dimensionar nada de lo que está pasando a tu alrededor, y como que no estás muy conectado con la gente, y más yo que he sido muy apartado, entonces peor.

Ya había pasado el primer mes más o menos y mi cuerpo no se amoldaba a la pasta. Esos primeros meses fueron muy difíciles, porque yo no me daba cuenta, pero mi mamá estaba sufriendo mucho, ella se tomó muy a pecho que yo tuviera depresión, y no sabía cómo tratarme. Yo no me daba cuenta, es como si tu cuerpo estuviera en modo automático. Haces las cosas, pero no tomas decisiones por tu cuenta, sino que haces lo que tu cuerpo sabe hacer, ir a comer, bañarte, caminar; no podía ni siquiera ver una película, no escuchaba música, no leía nada, o sea, no hacía nada, solo existía. Entonces claro, vos no te das cuenta, pero tu familia sí, porque por más alejados que nosotros fuéramos, pues así fuera en el almuerzo nos veíamos y comentaban algo. En cambio, parecía que estuviéramos de luto, nadie decía nada, no hablábamos del tema, de lo que había pasado, nada. Pero como te digo, al que yo veo que más le afectó fue a mi mamá. Ella creía que yo no iba a volver a ser normal”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

Aunque el tratamiento con Lorazepam le permite controlar los síntomas más fuertes de su enfermedad, también tiene otros efectos que afectan negativamente su vida. Este fármaco ahora le permite contener la rabia, no irritarse con tanta facilidad, no tomar decisiones trascendentales sin explicación alguna, no tener pensamientos ni actos suicidas, no ser violento verbal ni físicamente con otras personas ni con él mismo, le permite dormir y no tener episodios de energía desbordante; esto hace que el fármaco cumpla lo esperado por sus médicos tratantes, pero no por lo que él realmente requiere, según relata.

Andrés considera que su “nivel de conciencia” se afectó, y que por eso no lograba entender ni hacer parte de muchas situaciones que sucedían en su hogar. Cuando su hermana, su madre o su padre le preguntaban cosas, él respondía con ideas cortas y no podía mantener una conversación larga. Describió que se sentía “aturdido por el espacio”, y que por esa razón era mejor no salir y mucho menos pensar en volver a la universidad, pues le iba a costar un mayor esfuerzo concentrarse y hacer parte de su entorno social sin preocupar o afectar a los demás.

La conducta de Andrés cambió notoriamente, y con eso empiezan otras preocupaciones por

parte de su madre, que no necesariamente son las de la enfermedad, sino las del efecto del tratamiento farmacológico:

“Tú te tomas un acetaminofén y sabes lo que esperas: esperas que te cure un dolor en el cuerpo; o lo mismo con un ibuprofeno, o hasta con los mismos antibióticos que son incluso más jodidos; pero con estas no, acá te explican como para qué sirven de los síntomas que las personas dicen que tienen, pero de ahí para allá no tienes ni idea qué más pueda traer. Y como te digo, otros medicamentos tú sabes que te joden el hígado, pero te curan. Es una ruleta”.

(Madre de Andrés, comunicación personal, 16 de julio de 2018).

Los medicamentos se pueden presentar como algo ambiguo, cuyo efecto puede ser algo más que la búsqueda de curación que convoca su consumo. Como explica Whyte, Van der Geest y Hardon (2002), las medicinas pueden ser simultáneamente nocivas y benéficas, y es que también pueden dañar accidentalmente¹⁹, aunque en principio busquen un beneficio. Señalan que incluso los efectos potencialmente nocivos de las medicinas son un tema de preocupación en la tradición biomédica, pues no se conoce ningún medicamento que no sea dañino, o incluso, venenoso en dosis altas, por lo que gran parte del trabajo científico sobre medicamentos ha intentado ampliar la brecha entre las dosis efectivas y las tóxicas²⁰.

Aunque la discusión sobre la toxicidad o el exceso de cantidad en el consumo de Lorazepam por parte de Andrés, no son interés de esta investigación, es importante reconocer que la dosis que este joven consume logra contrarrestar los síntomas más importantes de su enfermedad mental al mismo tiempo que afecta la manera en que concibe su entorno, una situación que

¹⁹ Por su parte, ese beneficio que se les atribuye a los medicamentos por parte de la biomedicina, también es cuestionado por algunos usuarios incluso antes de su consumo (y de haber explorado sus efectos), como pudimos notar en la historia de Adriana, quien tuvo que medicarse en contra de su voluntad. Este fenómeno puede tener muchos orígenes, dentro de los cuales se encuentra que el desarrollo del conocimiento sobre sustancias tóxicas estuvo íntimamente relacionado con el desarrollo de los medicamentos y la farmacología, lo cual otorgaba mucho poder a sus productores y no generaba confianza (Weatherall, 1993).

²⁰ Las benzodiazepinas, grupo al que pertenece el lorazepam, son medicamentos tóxicos si exceden lo mínimo requerido por el paciente (OMS, 2010).

le impide socializar y ejercer sus proyectos personales en el mismo nivel en que lo hace la enfermedad. Cuando ha buscado que esos efectos también entren en consideración en la valoración médica que realizan sus doctores, identifica que para ellos es importante que su enfermedad esté controlada y los demás efectos pueden entrar en un segundo plano.

“Mi mamá también de ver que las amigas allá [en la clínica] le decían que sus hijos estaban con pastas más suaves, ella también empezó a preguntarme si yo me sentía bien, si creía que podíamos pedir una cita para que nos la cambiaran, pero no nos dejaron, nos dijeron que esperaríamos unas semanas más porque llevaba poco tiempo y podía ser peligro. Entonces eso afectó más a mi mamá, porque ella veía que los hijos de las otras pues llevaban años en el tratamiento, y lo que dicen es que cuando está tan avanzado, toca tomarlas [pastas] de por vida. Ahí yo no me daba cuenta como de lo que eso significaba, yo pensaba como que pues “*bueno... ¿qué tiene de malo?*”, no caía en cuenta de nada.

Otra cosa que me pasaba es que – con la bipolaridad te sientes así, tú estás estable, ¿no? Y de un momento a otro, de la nada, te entra una sensación de tristeza, como de melancolía; pero no está pasando nada, no ha muerto nadie ni nada, solo te entra esa tristeza con angustia y tú no encuentras como curarla, no puedes hacer nada porque nada la ocasiona, ella aparece y ya. En esta fase [la maniaca] tú sientes una adrenalina inexplicable, tú sientes que puedes hacer lo que quieras, que puedes lastimar a alguien, tú puedes hacer cosas muy malas porque estas eufórico, no estás contento, estás eufórico. Esto te hace hacer cosas que no quieres, cosas que no entiendes después.

Entonces por eso es por lo que el medicamento tiene que ser tan fuerte, porque si solo te calma la depresión, también puedes seguir enfermo. Lo que hace es afectarte todo tu estado emocional, no puedes estar bien. Por eso a mí mamá le daba tan duro, porque ella creía que yo iba a estar así por siempre, que nunca iba a volver a ser yo, como era antes. Porque lo que me dicen allá [en la clínica] es que piense en los momentos en que esas actitudes comenzaron – que desde cuando yo he sido así con mi mamá, que desde cuándo yo venía sin poderme concentrar – y como hablaron con mi mamá también, eso fue más o menos para salir del colegio, lo que dicen es que desde ese momento [hacia cinco años aproximadamente]”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

La experiencia de Andrés frente a los medicamentos se explica mediante un discurso aprendido en los consultorios de especialistas. De acuerdo con Van der Geest y Whyte, esto es consecuencia de la autoridad que tienen los médicos, quienes logran replicar su modelo interpretativo de la enfermedad y su tratamiento terapéutico en los pacientes (1989). Por más

que los medicamentos no le permiten desarrollar su vida con normalidad y afecten significativamente las emociones de su madre, Andrés refiere que esta es una fase *necesaria* para contrarrestar los síntomas de la enfermedad, una postura que le permite esperar al momento que sus médicos consideren necesario para cambiar por otros medicamentos que le permitan vivir en comunidad:

“Cuando ya me bajaron la dosis de eso, ya después de unas semanas de insistir y estar juicioso diciéndoles los avances - mi mamá también les comentaba las mejorías en la casa. Yo trataba de estar mucho tiempo con ella, para que me dijera las cosas, para que me hablara, mi mamá ha sido la persona a la que me he aferrado, yo no la conocía, con esto he conocido la persona que es mi mamá y me duele mucho pensar en el daño que le hecho – yo no me culpo, porque no es mi culpa, los médicos también nos dijeron; pero sí me culpo de todo este tiempo perdido, porque si me hubieran medicado antes pues nada de eso hubiera pasado”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

Mediante la apropiación de las definiciones médicas sobre su enfermedad y lo que se espera de la medicación, este joven reconoció cuáles eran los criterios que tienen en cuenta sus médicos para considerar bajar la dosis o cambiarle el medicamento. Hasta este momento, Andrés había confiado a sus psiquiatras el control de sus síntomas, de quienes ha aprendido que es una condición *anómala* (Canguilhem, 1971). Sin embargo, en este momento de su historia de vida se reconoce el cambio en el *gobierno* de su enfermedad (Ibíd., 1971), sobre la cual empieza a cuestionar la pertinencia de la variedad de esos dispositivos psiquiátricos.

En las reuniones del seguimiento a su medicación, optó por reconocer que estos fármacos están cambiando su fácil irritabilidad y que no había vuelto a tener ningún tipo de idea relacionada con el suicidio, y que incluso ya era capaz de pensarse los escenarios posteriores en su recuperación, como lo era retomar sus clases en la universidad. Con esto, Andrés trataba de hacerle entender a sus médicos que consideraba que su conducta ya no tenía efectos negativos para la sociedad ni para él mismo, pues su trayectoria le ha posibilitado fortalecerse

como un sujeto en el que no solamente recaen los discursos hegemónicos (Stolkier, 2017), sino que también ha aprendido a negociar con sus médicos e incidir en la manera en que se define su padecimiento (Foucault, 2007).

Además, para él no era difícil reconocer el valor positivo que ha tenido el consumo de medicamentos en el marco de un problema mayor, como lo es el estado avanzado de un trastorno afectivo bipolar que lo llevó a atentar contra su propia vida. Andrés se culpa de no haber consumido los medicamentos antes de tener ideas suicidas, pues hubieran podido evitar todo el sufrimiento por el que ha pasado su madre. Esta mujer reconoce el esfuerzo que hace su hijo en el progreso de su enfermedad, y ha incidido en el cambio de medicación de Andrés.

El rol que ha desempeñado la madre de este joven ha sido indispensable desde el inicio del diagnóstico y en la trayectoria de la convivencia con la enfermedad, pues su opinión sobre el padecimiento de Andrés ha incidido tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Su injerencia ha hecho que las decisiones médicas se conviertan en un asunto familiar (Kenen *et al*, 2003), pues ella también vivencia el padecimiento de su hijo.

“Bueno, pues después resulta que con la bajada del lorazepam las cosas se pusieron otra vez malucas. Otra vez yo empecé a retraerme, a enojarme con facilidad, problemas para hablar; y ahí volví y me encerré. Yo siento que esa vez no era tan fuerte, por todo el efecto del tratamiento, pero los síntomas sí volvieron. O sea, no tuve más intentos, pero sí me sentía igual. Vuelven y me internan [vuelve al internamiento diurno] y ahí me dan no sé cuáles, pero no eran las mismas.

O bueno, no sé si eran las mismas [lorazepam] pero no eran iguales. Ahí me mandaron clozapina, porque supuestamente ya estaba muy avanzada la enfermedad y podía desarrollar esquizofrenia, esa pasta sirve para eso, para controlar los síntomas de la esquizofrenia y para trabajarle los comportamientos suicidas. Pero como te dije, yo ya no pensaba en eso, yo me sentía mal, pero no había vuelto a pensar en eso [el suicidio], sino que ya buscaba ayuda, y en medio de mi irritabilidad, yo le decía a mi mamá que me iba a dar. Igual me la mandaron dos veces al día no más. Me la mandaban en la noche - pero esa sí me ponía muy mal.

Tenía que esforzarme mucho para entender a la gente, para estar consciente, y yo le

hacía, yo trataba de concentrarme, pero no podía, esta sí me dio más duro. Trataba de hablar con mi familia, pero la única que me entendía era mi mamá, mi hermana frustraba mucho mi recuperación, porque, aunque ella no creyera, todos teníamos que cambiar la forma de ser, pues al menos en la casa, teníamos que comunicarnos - tener comunicación asertiva, pero mi mamá era la única que entendía y se esforzaba mucho”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

Aunque tuvo que lidiar mucho tiempo con el Lorazepam y buscar recursos para que sus médicos le autorizaran el cambio a otro fármaco, Andrés era consciente de que nada garantizaba el curso de la medicación con clozapina. Como vimos en la historia de vida de Adriana (Capítulo 1), este fármaco está indicado en pacientes de esquizofrenia o en pacientes con trastornos psicóticos que pueden aparecer en el curso de otras enfermedades²⁰.

“Ya estábamos muy preocupados, porque no las podía dejar de tomar, pero tampoco me ponían bien. Volvimos otra vez, pedimos que nos las cambiaran y otra vez, que estaba mejorando, que estaba bien, pero que me las cambiaran por unas suaves, ya estaban muy fuertes. Pero yo duré tomándolas bastante, como dos meses. Entonces me tocó decirles que no las iba a tomar más, que ya era responsabilidad de ellos lo que pasara. Me las cambiaron por estas [cápsulas de ácido valproico]. Ya llevo con ellas más de dos años. También son muy fuertes, pero por lo menos me dejan estar más pendiente, despierto – no te pone tan aislado, sino que te controla la rabia sin doparte tanto, porque igual ellas todas dopan, pero en esta es distinto”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

Andrés logró imbricar lo aprendido del discurso médico sobre la enfermedad y lo que sentía que su cuerpo le demandaba (Esteban, 2004), una negociación con la cual logró que sus médicos tratantes le cambiaran en menor tiempo por otro fármaco para entrar a considerar si era el que necesitaba. Este empoderamiento de lo que deseaba y lo que sabía que sus médicos aceptarían, lo condujo a experimentar el consumo de Ácido Valproico. Este es un fármaco industrial referido para tratamiento de episodios maníacos en el trastorno afectivo bipolar (CIMA, 2019). Este es el tercer fármaco que le prescriben a Andrés para su diagnóstico psiquiátrico, una experiencia que le permite comparar los efectos en función de lo que busca

y preferir unos sobre otros.

La solicitud del cambio de medicamentos a sus médicos psiquiatras se ha basado en que cada uno de ellos lo dispone en un nivel distinto a enfrentar la vida, donde la clozapina terminó por ocasionarle mayor trabajo para entender lo que las demás personas le comunicaban, más dificultad para relacionarse con su entorno y la incapacidad para captar ideas. Era una situación incontenible que lo llevó a tomar una actitud determinante frente a la prescripción de su médico, a quien le exigió que le cambiara por otro medicamento o lo haría responsable por lo malo que pudiera ocurrirle.

“Al principio que me la mandaron dos al día y un pedazo de lorazepam - menos de la mitad para la noche poder dormir. No dijimos nada porque, bueno, era muy poquito, había pasado de dos en el día a menos de la mitad, eso es mucho. Luego empecé a dejar de ir a las terapias, ni me mandaban a llamar tampoco. Igual tú vas si quieres. Yo las seguía tomando y mi mamá también estaba pendiente de que no se me acabaran. Nunca me faltaban.

El ácido valproico te ayuda a dormir, pero el efecto de la lorazepam es tan fuerte, que no te pone a dormir, te deja despierto. Los primeros días me quedaba despierto dando vueltas, me daban las tres, las cuatro, y yo nada. [El] lorazepam es una tortura, ya me tocó fue dejarla de a gramo, pues, la partía muchísimo, quedaba casi el polvito, y así y todo me la tomaba. Así fue que la pude dejar y me quedé solo con el ácido [Valproico]. Él también te pone a dormir, pero como ya mi cuerpo estaba eliminando todos los restos de la otra, ya con el tiempo fue que empecé a dormir. Al principio no. Mi mamá sabía, pero ya estábamos asustados con ese entonces me daba tisanas, o aguas, pero pues eso no sirve.

Ahora ya llevo más de un año con ella [cápsula de Ácido Valproico] solamente, la he querido dejar varias veces, pero no sé si pueda. Pues yo tuve que salirme de la universidad [...] pero entonces lo que me dijeron es que no podía estudiar, que tenía que quedarme en reposo por un tiempo mientras todo el proceso tenía efecto y podía concentrarme de nuevo y no ser un peligro, pues.

Mi mamá tampoco me dejaba, ella decía que si volvía otra vez a esa carga pues me iba a enfermar. La enfermedad te retrasa todo, absolutamente todo, y más que en mí ya estaba tan avanzada, prácticamente yo tuve que replantearme la manera en que hablaba, los temas de los que hablaba, con quién hablaba... Tú entras a considerar todo eso porque te quieres curar, porque ya no quieres retrasarte más”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

En el relato de Andrés se hace muy explícitas las implicaciones que ha tenido los cambios de humor en su vida, especialmente en su socialización. Además, permite comprender con claridad lo que ha significado el discurso médico en esa trayectoria. Y es que la explicación que la patologización que sus médicos han elaborado de sus vivencias, corresponden con lo que él consideraba *anómalo* en su cotidianidad (Canguilhem, 1971). Esta correspondencia, aunque con algunas fluctuaciones, ha posibilitado la injerencia de la *materia médica* en su vida (Van der Geest y Whyte, 1989) de una manera menos paternalista del modo en que generalmente se implementan estas terapias (Mucci, 2007), posibilitando un aval médico-paciente entre lo que se piensa de la enfermedad y su correcto tratamiento.

Esto, incluso, se refleja en las decisiones que él toma en su privacidad familiar:

“Yo muchas veces pensé en dejarlo [el ácido valproico], muchísimas, tú sabes que dependes de eso, que eres adicto, eso está haciendo efectos en tu cuerpo por años, y no solo el riñón

¿cierto? No, es la manera en que te acostumbras a pensar. Con el medicamento tú sabes que no te van a dar momentos de ira, que no vas a querer suicidarte, que vas a poder estar tranquilo; pero eso no es gratis, tú dependes de algo que no es tuyo, que no es tu cuerpo, dependes de algo externo, ¿sí me entiendes?

Un día pues ya dije que iba a probar, ahí fue que empecé a bajarlo, lo había disminuido, yo mismo les fui bajando, pero mi mamá me vigilaba, porque ella ya sabe cómo entender mis ciclos. Yo no quiero entrar [a la universidad] tomándolos porque yo me quiero curar, yo quiero que – ya no necesitarlo para vivir. Queremos ver si ya me ha curado del todo, por eso le bajamos, y no ha pasado nada, voy bien. Entonces ya pronto voy a volver, y si veo que me vuelvo a sentir como antes, y mi mamá también está pendiente, ella reconoce los episodios, entonces si ambos notamos algo, los vuelvo a tomar ya más poquito, lo menos que pueda”.

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

Como mencioné anteriormente, los medicamentos psiquiátricos usados por Andrés le han proveído estadios de su padecimiento, los cuales han contribuido de diversas maneras en su articulación con su entorno social y en el acercamiento a su proyecto académico. Mediante algunos de ellos, su desempeño social se afectaba negativamente, lo cual le impedía la

socialización con su familia y proyectarse en otros espacios sociales, como es su anterior entorno académico. Esto hizo que emprendiera una búsqueda por aquel medicamento que le eliminara los síntomas del trastorno afectivo bipolar y lo acercara más a la persona que solía ser antes de esa enfermedad.

Aunque el ácido valproico le represente temor porque el curso de su vida dependa de una sustancia externa a su cuerpo, este fármaco logra controlar los síntomas de su trastorno, y le evita ideas suicidas, controla su irritabilidad, no afecta en gran medida su nivel de conciencia, y ha hecho que Andrés pueda lidiar con sus efectos adversos por mucho más tiempo que con el resto de los fármacos. Son más de dos años los que Andrés lleva con medicación de ácido valproico, un tiempo en el que ha aprendido a interpretar sus efectos y a pensar cómo pueden ser utilizados para otras cosas más allá del tratamiento del TAB, como lo es ingresar a la universidad.

La patologización de las vivencias implica la posibilidad de implementar las terapéuticas biomédicas (Canguilhem, 1971), y particularmente en el caso de Andrés, el uso de este tipo de terapia ha caracterizado la experiencia de su diagnóstico de “trastorno mental”, pues a partir de su uso es que ha entendido la enfermedad, ha resignificado su cuerpo y ha proyectado su vida social.

En el ejercicio de representación gráfica que realizó Andrés sobre su experiencia de medicación, me preguntó si podía hacerla con un solo medicamento, el cual consideraba el “más importante” tanto por sus efectos adversos, como por su pertinencia: contrarrestar ideaciones suicidas. Antes de realizar el dibujo, se quedó mirando fijamente la mesa de centro de la sala de su casa y, posteriormente, sin decir una palabra, realizó el dibujo a continuación.



Representación gráfica de los efectos que le produce el medicamento a “Andrés”.

Dibujo elaborado por Andrés en su lugar de residencia al sur de la ciudad el 30 de agosto de 2018.

“Esta puede ser la muerte [señala la parte inferior de la hoja]. Esta puede ser la vida [señala el costado derecho]. Y estas las personas – mi familia [señala el costado izquierdo]. No estoy con ninguno de ellos”

(Andrés, Comunicación personal, 30 de agosto de 2018).

Mientras que los médicos profesionales con los que Andrés se relacionó le hablaban de controlar y manejar su enfermedad mental con medicación, los usuarios de las medicinas usualmente están tratando de controlar no solo sus síntomas psicológicos, sino su situación (Van der Geest y Hardon, 2002). Esto es que las personas que acceden a estos fármacos como terapia, como lo demuestra el caso de Andrés, no solo tratan de sobrellevar su vida sin los efectos que produce una enfermedad mental, sino que, mediante la identificación y el control de todo el conjunto de efectos que puede producir, busca poder recobrar el curso de sus vidas y sus proyectos.

En este sentido, los medicamentos son un medio para que el paciente pueda ejercer control

sobre su vida, un control que tiene consecuencias a corto y a largo plazo de acuerdo con Van der Geest y Hardon (2002). Este dibujo opera como consolidación de su experiencia, en donde se puede interpretar que, a corto plazo, los medicamentos pueden resultar un “mal menor”, puesto que lo pueden empoderar de conseguir cosas que sin ellos no podría. Sin embargo, es un arma de doble filo, en la que el entendimiento de la vida, de sus proyectos y situaciones mediado por los efectos de un fármaco puede aumentar el control de aquellos que tienen el control físico de estos medicamentos: médicos psiquiatras y farmacéuticas.

CAPÍTULO IV

“El ancla”

A continuación, se presenta el caso de “Julia”, una mujer que también fue diagnosticada con “trastorno depresivo mayor” y quien ha lidiado con muchas fases en el contexto de su enfermedad, y que, a pesar de todo, quiere contar su historia en este y otros espacios como una contribución personal a la divulgación de estrategias sobre la promoción de la salud mental, puntualmente, con la familiarización de los síntomas de los trastornos mentales afectivos. Una postura personal que, según me refiere, puede contribuir a salvar vidas y/o a mejorar la calidad de vidas de personas que no saben que tienen una enfermedad mental.

En concordancia con los demás capítulos, esta historia de vida comienza con los elementos contextuales que propiciaron el diagnóstico por parte de médicos psiquiatras, los cuales también permiten rastrear el origen de algunas interpretaciones que hace de sus vivencias y, posteriormente, síntomas. Seguido, se muestra la manera en que Julia ha integrado la noción de “trastorno mental”, en tanto perspectiva biomédica, a su vida. Y, finalmente, se muestra los usos que esta mujer hace de la medicina a partir de la utilización de sus dispositivos, una situación que se posibilita gracias al proceso de domesticación del saber médico que se describe en su historia de vida.

El caso de “Julia”

Cuando conocí a una muy buena amiga de Julia, a principios del mes de febrero de 2018, me refirió sobre la “experiencia tortuosa”, según sus propias palabras, que había tenido su amiga debido a unos medicamentos psiquiátricos “horribles”. Desde entonces buscó trasmitirme una idea de sospecha y pánico sobre lo que estos medicamentos pueden hacerles a las personas, sobre todo, para que apoyara a mi familia en su decisión de no medicar a mi familiar diagnosticado con enfermedad mental.

Al saber de esta investigación, esta mujer habló con Julia para preguntarle por su disposición y comodidad para hablar sobre su enfermedad mental, quien dijo no tener algún problema y le solicitó que nos comunicara. Cuando me encontraba con personas que, como Julia, se mostraron ansiosas por contar su historia, era inevitable sentir curiosidad por la naturaleza de lo que los movilizaba a hacerlo, y es que encontrar personas dispuestas a contar sus vivencias relacionadas con sus enfermedades mentales era muy difícil. Ahí me inquietaba saber cuál era la postura que asumía después de su trayectoria.

Para finalmente conocerla, me pidió que llegara a un lugar ubicado en una carretera que comunica a Cali con Puerto Tejada, pero que aún hace parte de Cali. Me indicó que, si iba a tomar bus, contara dos kilómetros desde el comienzo de esa vía intermunicipal y ahí ubicara un gran portón de madera. Tras un cálculo fallido caminé alrededor de quince minutos para encontrarlo. Era el primero de los filtros para llegar a su casa.

Nos conocimos una tarde muy ajetreada para ella, y tal era su interés por contar su experiencia, que no quiso cambiar la fecha de nuestro encuentro. Ese día me impresionó

mucho la confianza que depositó en mí aun sin saber quién era. Me preguntó si la podía acompañar a hacer algunas diligencias de su día a día, pues vernos únicamente en su casa iba a ser muy difícil teniendo en cuenta las actividades que tenía planeadas para los encuentros con los pacientes.

Fuimos a hacer varias diligencias juntas, acompañamos a su esposo al trabajo, fuimos al colegio de su hija a recogerla y entregamos algunas encomiendas de su nuera. Todo esto mientras me contaba porqué para ella era importante contar su historia, y es que busca “eliminar estigmas” sobre la medicación y la salud mental, argumentando que son enfermedades muy comunes que tienen consecuencias mortales por su falta de tratamiento temprano.

Esto me permitió darme cuenta de algunas de las actividades diarias de esta mujer e idearme las responsabilidades que tiene con su familia. Ya luego, en su casa, la conversación y el tono fueron distintos. Ahí me permitió conocer elementos muy familiares que, aunque no serán expuestos aquí, nos permitieron generar la confianza necesaria para hablar sobre la enfermedad y el tratamiento terapéutico que le evitó una tragedia familiar.

Julia es una mujer de 52 años que vive en compañía de su esposo, su hijo y su hija. Ella es profesional en economía y su esposo en ingeniería de sistemas, sin embargo, desde hace casi dos décadas sólo él ejerce su profesión. En esa época coincidió el nacimiento de su primogénito y su primer encuentro con las enfermedades mentales, a partir de un diagnóstico psiquiátrico que le realizaron. Ahí comenzó la relación de esta mujer con un diagnóstico médico que ha transformado su vida de varias maneras.

En este hogar, el día a día transcurre de maneras muy similares. Mientras una mujer a la que contratan organiza y limpia las cosas de su casa, Julia se encarga de otros quehaceres del hogar: atiende a sus cuatro mascotas, transporta a sus hijos y esposo a sus colegios y trabajo, respectivamente, y tiene un rol activo en la comunidad religiosa de los Testigos de Jehová, de la que ella y su esposo hacen parte. La mayoría de su tiempo lo ocupa organizando las congregaciones y asuntos logísticos de las redes de esa comunidad religiosa.

Julia considera que esta cotidianidad en su hogar es así desde que ha logrado asimilar una serie de sensaciones y emociones que comenzaron hace casi dos décadas atrás:

“Hace dieciocho años yo había tenido un viaje, pero había sido normal, no la había pasado muy bien pero no nada dramático o grave. No pasó nada, había estado muy triste y no había disfrutado mucho pero no era nada grave que hubiera pasado. Yo lo que puedo decir de ese viaje es que me comencé a sentir muy extraña a nivel emocional, mi esposo se esforzaba para que la pasáramos bien, pero ahí me estaba comenzando una incapacidad de sentir.

Bueno, no le di muchas vueltas a eso. Resulta que llegamos un sábado, y al domingo yo me levanté, como era de costumbre, a organizar el desayuno, y ya iba a empezar a hacer mis cosas de la casa, las labores, y estando en la cocina, empecé a sentir como una presión en la cabeza, como si tuviera un aro que me estuviera oprimiendo. Fue así, de la nada, era una presión, hacé de cuenta como que hicieran así [me presiona la parte superior de la cabeza haciendo un círculo con ambas manos], una presión muy fuerte, fuertísima, como que tuvieras un aro y que te lo estuvieran ajustando, no era un dolor, era una presión que me iba apretando más y no podía sostener la cabeza. No tenía ni idea qué era eso, pero estaba bajándome la presión porque ya no podía sostenerme. Empecé a ver todo alterado, como cuando se te sientes que se te sube la sangre a tu cabeza, que no puedes ver y te desmayas”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Aquí es importante hacer énfasis en las implicaciones que tiene su vínculo sentimental con el devenir de su enfermedad y tratamiento. De acuerdo con Julia, algunas personas de su comunidad religiosa le manifestaban constantemente, incluso antes de su experiencia personal con la enfermedad mental, algunos comentarios despectivos sobre las personas que tienen este tipo de enfermedades y acceden a tratamiento farmacológico. Se trata de personas

muy cercanas con las que ha decidido tomar distancia ideológica respecto al tema de la salud mental, una postura que tiene su origen con la filiación laboral de su esposo, quien ha laborado casi toda su vida en una clínica de la ciudad y, aunque no sea profesional de algún campo de la salud, su entorno laboral lo hace entender la salud desde la perspectiva biomédica. Una filiación laboral que incluso ha permitido la atención rápida a su esposa en esta trayectoria.

“Yo llamé a mi esposo, todavía estaba durmiendo, nos fuimos a la clínica, a urgencias - mi esposo trabaja en una clínica aquí [en Cali] hace 22 años, allí rápidamente me hicieron una serie de chequeos, me hicieron una prueba neurológica, a ver si tenía algo; me hicieron exámenes de sangre, me hicieron exámenes para problemas del corazón, para el sistema endocrino, me hicieron una cantidad de exámenes. Todo, todo estaba perfecto. No había salido nada malo, pero tampoco sabía yo por qué estaba así, qué era lo que lo estaba ocasionando. Entonces pues mi esposo se empezó a angustiar de que no me salía nada y yo seguía mala, entonces habló con el médico y [el médico] le preguntó que qué situaciones habíamos tenido, qué había pasado últimamente en la casa, con nosotros”

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Ante la incógnita generalizada sobre el origen y la naturaleza de sus síntomas, uno de los recursos que utilizan sus doctores es indagar con su esposo sobre características o situaciones que Julia pueda estar omitiendo, tal cual ella lo reconoce. Aunque de alguna manera esto haya beneficiado a Julia, en la medida en que posteriormente ella está de acuerdo con el diagnóstico y acepta el tratamiento terapéutico, es importante resaltar las implicaciones de que haya sido la esposa de este matrimonio quien haya estado en la condición de paciente. Esto me hizo recordar mi experiencia personal cuando era mi familiar, un hombre, quien estaba a la espera de un dictamen psiquiátrico, pues, aunque la mayoría de las situaciones fueron de incertidumbre, nunca acudieron a mí para que les explicara o ampliara algún asunto familiar que tuviera relevancia para el diagnóstico.

Aunque bien, consultar a su esposo pudo tratarse de un asunto rutinario en la identificación de circunstancias y esclarecimiento de hechos para la elaboración de un diagnóstico, y más

cuando la persona que padece está atravesando por un momento de inconciencia y incapacidad de comunicarse (OMS, 2006), en el caso de Julia no se trató de tales situaciones, pues era capaz de hablar y ser consciente de lo que decía, de acuerdo con su relato. De manera que acudieron a su esposo para cuestionarle específicamente por cosas que ella, deliberadamente, pudiera estar omitiendo. El relato de Julia no fue suficiente para que sus médicos identificaran una anormalidad digna de patología (Canguilhem, 1971), sino que se acudió al relato de su esposo, quien también era libre de referir conscientemente las situaciones de esta mujer.

Desde este momento preliminar es posible reconocer algunas vivencias de personas “potenciales pacientes” o “pacientes”, donde su relato es subvalorado frente a otros saberes (Mucci, 2007). Específicamente, este caso nos sugiere revisar la dualidad de ser un *potencial paciente* y ser mujer.

A partir de las diferencias biológicas se establecen identidades y roles de género diferenciadas que implican y definen responsabilidades y comportamientos para hombres y para mujeres, diferencias que no son construidas culturalmente como complementarias sino como opuestas (Risso, 2019). De lo cual se deriva que a las mujeres y a los hombres se nos reconozcan distintos parámetros de valoración en nuestras afirmaciones, algo que cobra vida en ámbitos privados y públicos, como lo es un consultorio médico y, además, psiquiátrico.

De acuerdo con Ortega (2011), la medicina, y en particular la psiquiatría, a lo largo de la historia ha sido una fuente importante de ideología sexista. Afirma que a través de las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas entre los dos sexos se pretendía establecer las desigualdades de los géneros, donde las prácticas médicas servían de apoyo para justificar la subordinación femenina. Aunque bien en el caso de Julia el diagnóstico no radique en una subordinación de su persona en función de su género, es inevitable ver el legado de la práctica

médica en la construcción y reproducción de micromachismos.

“[...] cuando ya, bueno, me dicen “*vamos a esperar que ya viene el especialista para verte*” entonces yo pensé como que “*cuál especialista si aquí ya me han visto todos*”. Y cuando llegó después de una horita más o menos el especialista, era el psiquiatra, entonces ya yo veía para dónde iba el agua. El psiquiatra me hizo una serie de preguntas, me planteó una serie de circunstancias; que si yo tenía problemas familiares, que si habían pasado eventos traumáticos con algún familiar o amigo, que si en mi infancia – bueno, lo que siempre le preguntan a uno para encontrar pues los problemas de la mente. Pero yo le decía que no, a todo le decía que no porque yo no había tenido nada de eso, problemas ni nada, y el viaje había sido cansón, pero no para tanto, no había pasado nada raro ni nada. Pero y sin embargo salí disque depresiva. Me hizo toda la serie de preguntas, me puso a responder unas situaciones; bueno, me hizo todo el seguimiento y el diagnóstico arrojó que tenía trastorno depresivo mayor y me explicaron que era una enfermedad muy grave que teníamos que medicar porque podía tener daños en el cerebro, que estábamos a tiempo”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

En el caso de Julia podemos comprender que el diagnóstico de enfermedad mental estuvo estrechamente relacionado con la incapacidad de comprobar clínicamente la existencia de una enfermedad en otra parte de su cuerpo y con la valoración de sus relatos por parte de sus psiquiatras. Este dictamen se generó exclusivamente por parte de sus médicos tratantes sin tener en cuenta las consideraciones de lo que ella creía que se trataba, un momento en el que su cuerpo fue sujeto de exámenes en los que finalmente ella no pudo incidir ni en la definición de lo que tenía ni en el tratamiento que debía implementar. En este momento, su cuerpo no fue exclusivamente de su propiedad, sino que fue definido y descrito por esos profesionales de la salud (Parsapoor *et al.* 2014).

En esta fase preliminar de su experiencia surge la medicación psiquiátrica como la promesa de detener el padecimiento de la mente y el resto del cuerpo, aun cuando la mente no ha sido valorada mediante los mismos métodos clínicos, como lo son la serie de exámenes que describe Julia.

“Lo que pasa es que yo dejé de trabajar cuando quedé en embarazo. Yo soy

economista de Univalle, y trabajé muchos años, desde estudiante, vendía lo que se me atravesara, y me fue muy bien, tenía un muy buen trabajo, ganaba, tenía autonomía económica, todo en mi casa era de por mitad, ayudaba a mi mamá; mejor dicho, tenía una carrera muy próspera. Pero cuando tuve mi primer hijo yo dejé de trabajar los primeros meses pensando que cuando estuviera un poco más grande, podría volver a hacer mis cosas igual, pero no fue así. El niño iba creciendo y el tiempo iba pasando y yo veía que cada vez eran más las cosas que me tocaban hacer que me impedían volver a mi trabajo, mi esposo siempre ha sido buen esposo y ha estado pendiente, pero era mejor que alguien de nosotros dos estuviera con el niño mientras crecía. Entonces claro, eso te da muy duro, cuando a uno le toca es muy duro. Yo no voy a decir que lo hacía con desgano o rabia, pero no deja de ser difícil, dejar mi carrera y volverme a mi casa me dio muy duro, me pegó durísimo eso”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

A pesar de que Julia y su esposo no se oponen al diagnóstico y la prescripción realizada por el psiquiatra, para ellos es importante indagar por el origen de los síntomas de esta mujer desde sus propios criterios, es decir, sin limitarse a la patologización que le realizó su médico tratante. En este sentido, el diagnóstico hizo que se empezaran a cuestionar e informar sobre el enfermar de la mente y a rastrear sus posibles orígenes.

En el recorrido histórico que realiza esta mujer de su trayectoria vital para rastrear aquellos detonantes de lo que parecía ser una enfermedad, encuentra que el origen de su padecimiento está relacionado con el cambio en el curso de su vida a raíz de su proyecto familiar. Según su relato, uno de los cambios más drásticos que ha tenido en su vida ha sido el de pasar de tener una “carrera próspera” a dedicarse a ser ama de casa. Esta es una situación muy común en Colombia, donde alrededor del 80% de las mujeres se dedican a tareas y labores en el hogar (El Jurista, 2018), y está relacionado, nuevamente, con las implicaciones que tiene ser mujer en nuestra cultura.

De acuerdo con Viveros (2010), el sistema de género imperante consiste en una desigual distribución del trabajo doméstico no remunerado y de cuidado entre hombres y mujeres. Esta autora encuentra que en la región de Latinoamérica el tiempo total destinado a las actividades no remuneradas domésticas y de cuidado es mayor en las mujeres que en los

hombres. Tal es el caso, que la actual creciente incorporación de la mujer al mercado laboral ha tenido repercusiones negativas en la estructura familiar y especialmente en la mujer (Álvarez y Gómez, 2011). En el caso particular de Julia, el cambio de dedicarse a su vida familiar y postergar su proyecto de vida profesional fue una etapa difícil, y en la que encuentra una parte del origen de su diagnóstico psiquiátrico.

“Ahora lo disfruto [dedicarse a labores domésticas] pero al comienzo sí me dio tan duro. Y además de eso y otra de las cosas por las que creímos mejor que alguien se quedara con él [su hijo], es que el niño nació muy bien, pero a los seis meses tuvo una enfermedad que lo complicó mucho de salida. En realidad, fue una situación de salud de él, pero como se descubrió tarde, fue muy complicado, [cuando] ya yo lo veo como que ya está bien, entonces ahí fue que yo me di como el permiso de ya desplomarme de toda la tensión que había vivido durante esos primeros cuatro años, y ahí es cuando inicia mi proceso, donde yo caigo, ya yo lo saqué adelante, entonces ya no necesito ser fuerte, ya me puedo derrumbar yo”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

En este contexto tiene origen su experiencia frente al reconocimiento de sensaciones potencialmente patológicas, donde el acercamiento a los dispositivos médicos ha sido el detonante para la transformación de la vida de Julia en el marco del diagnóstico de un trastorno mental, como veremos a continuación.

Un cambio de la conciencia acerca de su cuerpo

El diagnóstico de Julia fue aceptado por ella y sus familiares con los que convivía, donde el tratamiento terapéutico prescrito por su psiquiatra entra a conjugarse con los hábitos de cada uno de ellos. Los síntomas de la enfermedad mental la hacían experimentar situaciones, pensamientos y emociones personales, que no compartía con nadie más y no le afectaban el desempeño de sus labores habituales, como lo son la atención a las congregaciones de su comunidad religiosa o la crianza y el cuidado de su hijo. Sin embargo, cuando aceptan el diagnóstico y con él la medicación, la cotidianidad de Julia se altera por dos aspectos: los

efectos que le produce el fármaco en su cuerpo no le permiten ejercer su vida con normalidad y, como consecuencia de esa transformación corporal, su entorno social más cercano es quien entra a proveer y custodiar el consumo de ese tratamiento.

“Mi marido pues la verdad estaba muy asombrada, yo también, pero no podíamos hacer nada, ya teníamos que aceptar el diagnóstico porque si no era eso, nada más podía ser, ellos ya me habían hecho exámenes para todo. Entonces me mandaron a la casa a tomar tres pastas de “Rivotril” y una de “Prozac” en el día, una cada ocho horas me tomaba el Rivotril y la otra entre esas”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Ante el diagnóstico psiquiátrico que le realizan a esta mujer, le prescriben tratamiento terapéutico con fármacos. El primero se trata de “Rivotril”, que es el nombre comercial del fármaco “clonazepam”, que pertenece al grupo de las denominadas benzodiazepinas y tiene propiedades anticonvulsionantes y está indicado para estabilizar el estado del ánimo (CIMA, 2019). Por otro lado, el “Prozac” es el nombre comercial del medicamento “fluoxetina”, visto y descrito en el relato de Adriana²⁵.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (2016), los medicamentos genéricos y los originales de marca están certificados mediante estudios de bioequivalencia²⁶ a partir de los cuales se garantiza que se entrega la misma cantidad de ingrediente activo en el mismo tiempo, razón por la cual ambos tipos de fármacos tienen los mismos estándares de calidad. Esta institución añade que la diferencia en los costos²⁷ de estos dos tipos de medicamentos se da porque los genéricos no incluyen los costos de investigación y desarrollo o los costos de las patentes que los comerciales sí (INVIMA, 2016).

²⁵ Véase página 37.

²⁶ Término utilizado para evaluar comparativamente la equivalencia terapéutica de más de un medicamento que contenga el mismo principio activo (INVIMA, 2016).

²⁷ De acuerdo con sus valores comerciales (corroborados en dos droguerías nacionales, donde se comparó la misma dosis y la misma cantidad de pastillas), el Rivotril es un fármaco cuatro veces más costoso que el genérico, el Clonazepam. Mientras que el Prozac es veinticinco veces más costoso que el genérico, la fluoxetina.

A pesar de esa aparente equivalencia de componentes entre unos fármacos y otros, en este caso afloran las implicaciones de adquirir un tratamiento genérico y otro comercial. Y es que, a diferencia de los demás pacientes consultados, a esta mujer le prescriben fármacos psiquiátricos fabricados por determinados laboratorios²⁸ y posteriormente debe cambiarlos por los genéricos por cuestiones familiares.

“Tú dices, pero claro, la gente está así – y tú miras cifras y la mayoría de las personas con enfermedades mentales no acceden a los tratamientos, y es que son muy costosos, muy costosos, a veces uno se replantea si los cambia por esos genéricos o mira a ver qué hace. Es una renta que la gente no tiene cómo pagar”

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Este primer encuentro con fármacos psiquiátricos la hace pensar que los tratamientos son inaccesibles para personas con menos recursos económicos que ella y que esto resultan un problema para el tratamiento de las enfermedades mentales, ya que considera que estos fármacos sí son necesarios y no son reemplazables con “voluntad”, aunque es una noción que ha construido a través de su trayectoria y no se corresponde con sus nociones previas al consumo.

En esta etapa de su vida atravesada por la medicación psiquiátrica, comienza su interés por transformar la realidad social, donde empieza a reconocer algunos aspectos negativos con los que su entorno social relaciona su padecimiento. Se trata de una serie de imaginarios sociales sobre los trastornos mentales, dentro de los que prevalecen la subvaloración del padecimiento del paciente cuando no experimenta transformaciones corporales evidentes y la asociación de este tipo de padecimiento con la incapacidad de relacionarse asertivamente con la sociedad (Blanco, 2009), estigmas presentes en el uso de medicamentos psiquiátricos, los cuales han estado relacionados con la generación de dependencia a su compuesto químico, un

²⁸ Aunque a Adriana (Capítulo I) también le prescribieron un medicamento psiquiátrico bajo el nombre de una marca comercial, ella no optó por cambiarse al genérico.

empeoramiento o “brote” de los síntomas del trastorno, entre otros (Ibíd., 2009).

“El psiquiatra me dijo que [le prescribía ambos fármacos] para tranquilizarme porque él necesitaba que los síntomas me bajaran y que pudiera dormir. Efectivamente, dormí como cinco días seguido, solo me levantaba para que me dieran comida y a que me dieran otra vez el medicamento. Parecía un trapo, estaba completamente ida. Pero era la única forma que él [su psiquiatra] veía que yo me podía estabilizar y entrar a trabajar los síntomas que me estaba dando de la depresión. Esos medicamentos te trabajan la tranquilidad y la depresión, o sea, el Prozac es antidepresivo y el Rivotril es un tranquilizante, por eso que mantenía como un trapo porque los medicamentos no me dejaban enojar o alterar por nada, por eso es por lo que te mandan a reposo, porque te desactivas completamente para que no sientas lo que está ocasionando en tu cuerpo la depresión. Ella [la pasta] te entra a trabajar las sensaciones, entonces bloquea tu cuerpo para que no puedas sentir lo malo, pero tampoco puedes sentir lo bueno”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Las perspectivas biomédicas de la *enfermedad*, que incluyen rutas terapéuticas específicas, la han conducido a experimentar un cuerpo que no puede sentir. Esto es que el repertorio explicativo de sus médicos tratantes no termina por *curarla* o retornarla a su estado antes del padecimiento, sino que termina por generar una realidad en la que su cuerpo experimenta otro estadio que con el tiempo constituye una nueva *normalidad* (Canguilhem, 1971) con la que ella debe lidiar.

El consumo de estos medicamentos ocasionó la pérdida de control sobre su cuerpo, el cual quedó a disposición de otras personas en las que ella confiaba, como lo era su esposo, su madre y la señora que contrataba para realizar algunas labores domésticas en su hogar. Aquí podemos retomar la noción de “ido/a” con el cual se describe la sensación de estar en una dimensión distinta a la que están las personas a su alrededor. Este efecto que relaciona con el consumo de fármacos, la incapacita para relacionarse con sus familiares y hacer parte de su realidad, pues la indisposición de su cuerpo la aleja de ese entorno social en específico (Détrez, 2017).

La analogía que realiza entre su cuerpo y un “trapo” nos hace relacionar la sensación de

medicación con la condición inerte de un pedazo de tela y con el hecho de que, al igual que esa tela, está a disposición de la persona que lo *usa*. Es un proceso que podría pensarse como una ruptura en su identificación y reconocimiento como *ser*, donde algunos autores consideran que el hecho de tener un cuerpo no es garante de ser un humano, sino que esta es una condición que implica mucho más que tal posesión (Núñez, 2005). Aquí, el medicamento es el medio al partir del cual esta mujer pierde autonomía sobre sí misma y conciencia de su entorno, un proceso de cosificación en función del sujeto *sano*: una persona que, a la vista de los médicos, es preferible que se despoje de sus características sociales y humanas para conseguir mitigar los impactos de la enfermedad (Stolkier, 2017).

La trayectoria de Julia evidencia que los efectos que experimentó del consumo de medicamentos psiquiátricos variaron conforme al tiempo y a algunas particularidades sociales. Ella y sus familiares habían aceptado esa medicación como un primer momento para contener los síntomas de una enfermedad con la que no estaban familiarizados. Y es que esta mujer fue la primera persona diagnosticada con enfermedad mental desde la generación de sus tatarabuelos, según relata, por lo cual no tenían ninguna experiencia previa sobre lo que es la vida con medicación psiquiátrica y con la cual comparar el progreso y las implicaciones.

“Mi esposo, mi mamá y la señora que me estaba ayudando en ese momento, que eran los que estaban ahí - vivía con mi esposo y mi niño, teníamos un solo niño, tenía cuatro años, por eso recuerdo tanto cuántos años hace... entonces pues después de allí como de haber hecho lo que el médico me mandó y haber controlado los síntomas iniciales, ya empezamos a buscar cuál era la cusa, ¿cierto? Empezamos todo un tratamiento, hacíamos lo que nos decían de psicoterapia, en ese momento era encontrar el porqué de la enfermedad y cómo solucionarlo, estuve en psicoterapia con él, luego me recomendó terapia de grupo, pero a mí no me gustó esa terapia de grupo, porque es que uno cuando inicia el tratamiento, a uno le dicen que eso va a ser por seis meses, por un año, y cuando uno va a esas terapias de grupo, ahí te dicen “yo llevo cinco años”, “yo llevo seis”, “yo llevo doce...” y yo dije “yo llevo cuatro meses y no vuelvo más” no, salí más depresiva, yo fui a dos, dos veces y no volví a eso. Me desesperaba pensar que la gente ya aceptaba esa realidad de estar enferma y sin poder controlarse”

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Su primer relacionamiento con los medicamentos psiquiátricos la llevaron a reconocer otras realidades de las cuales se había mantenido distante. Para esta mujer nunca estuvo contemplada la posibilidad de continuar indeterminadamente el consumo de estos medicamentos, una noción que se corresponde con los hallazgos de Blanco (2009) sobre los imaginarios en torno a este tipo de fármacos.

En los encuentros con otras personas, pudo contrastar que el control que hacen los medicamentos de su cuerpo no es necesariamente transitorio, sino que hay casos en los que la enfermedad mental llega a un punto sin retorno en el que se debe decidir entre sobrevivir sin él o vivir con él. Sin embargo, para ese momento insistía en que la vida con estos medicamentos se puede evitar, y por esto decidió alejarse de aquellas personas que sí lo habían *aceptado*, una perspectiva que, como veremos a continuación, ha cambiado drásticamente, hasta el punto de considerar que debemos educarnos para tratar adecuadamente a las personas que padecen el espectro de malestares de este tipo de enfermedades.

“Pero ahora cuando yo miro, yo desde sardina era depresiva, o sea, los episodios de la depresión me daban desde sardina, pero era que no sabía qué era y a esa edad parecen normal que la gente sea así muy dramática. Pero yo tenía los síntomas de la depresión, porque yo sin algún problema trascendental o situación en mi vida ni nada, yo me quedaba semanas sin salir de mi casa, sin bañarme, pasaba días sin dormir, sin hablar con la gente, y yo decía que eso era normal, que era normal que la gente se sintiera así y que deberían quedarse en la casa en vez de estar incomodando a los demás. Yo debía notarlo, porque yo siempre he sido muy expresiva y extrovertida, alegre; entonces un cambio de esos no debía parecerme normal. Recuerdo mucho que hubo una recaída muy fuerte, cuando – yo hace veinte años soy testigo [de Jehová], ese ha sido mi mayor proyecto desde hace muchos años: la comunidad, y recuerdo que hubo una época, antes del niño [naciera], que yo dejé de ir, sólo me desaparecí y no le expliqué a nadie nada, todas las personas a mi alrededor se preocuparon mucho”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Esta interpretación de su experiencia la hace tomar una postura acerca de la manera en que debe actuar en función de su nuevo criterio de *salud mental* para sí misma y para la sociedad en general. Es una postura política que inició cuando se dio cuenta que muchas vivencias y formas de actuar en su pasado, están relacionadas con una enfermedad mental que sólo hasta muchos años después fue identificada. Al reconocer los síntomas derivados de este tipo de enfermedades y lo que pueden desencadenar, como la muerte de quien los padece o de algunas personas de su entorno, destaca la importancia del diagnóstico temprano y la atención integral, que muchas veces radica en el autoconocimiento.

“Entonces ya cuando tengo la depresión ya diagnosticada, eso lo evalúas, ya cuando arranco y cuando me diagnostican, yo lo primero que hice fue negarme al diagnóstico, ¿cierto? Yo dije “no, cuáles, cuál depresión, y te digo que en esa época el internet era el que conectaba del teléfono, y si tú te conectabas a internet, gastabas mucho en tu cuenta telefónica, te digo que no me acuerdo cuánto habremos pagado de teléfono en esa época, porque para mí era terrible, no tenía ningún sentido. Yo no lo podía creer, que yo tuviera depresión, entonces yo investigaba, investigaba y leía, no lo podía creer por mi personalidad, porque yo decía “*si yo soy alegre, si yo no soy triste, no soy aburrida, amargada, yo no tengo por qué estar triste, no tengo una razón, mi vida es bonita, tengo un esposo bueno, tengo un niño bien, mi niño ya se alivió*” una cantidad de cosas que vos decís “*yo no tengo motivo*” ¿sí? Y todos los test que hacía, todos, todos, arrojaban depresión severa, depresión severa”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Algunos síntomas de su adolescencia están relacionados con lo que ahora ha aprendido que es un *trastorno mental* gracias a sus médicos tratantes (Bianchi, 2015). Toda su vida había estado distante de las diversas formas en la que la mente se puede considerar enferma desde la perspectiva psiquiátrica, por lo que nunca había sospechado que podía padecer un trastorno mental y que se iba a demorar más de veinte años en detectarla. Según Julia, lo que la llevó a convivir tanto tiempo con trastorno depresivo recurrente, una enfermedad que es la segunda causa de años vividos con discapacidad a nivel mundial, al contribuir con el 8,2% de los años globales (Mori y Caballero, 2010) fue que durante muchos años esta enfermedad estuvo inactiva: en el recuerdo de sus síntomas hay una brecha de más de una década.

“Ahí empecé mi carrera en este cuento de aceptación, pero ya luego. Como a los cinco meses yo ya siento que yo no necesito nada [...] el Rivotril me lo empiezan a mermar, de a media pasta como cada mes, pero resulta – yo ya estaba en pasta y media, cuando hay una posibilidad de estar en embarazo, entonces me lo tuvieron que quitar en cuestión de cinco días, el Rivotril le puede traer problemas al feto. Resulta que el Rivotril crea adicción, es uno de los medicamentos que más adicción crea, y yo no sabía eso cuando empiezo a tomarlos, ya después fue que el médico me dijo que sí, que genera adicción, que teníamos que irlo quitando de a media pastica, de a un cuartico, así, suavemente, la dejada del medicamento, pero resulta que como había esa situación [posibilidad de estar embarazada] había que quitarlo ya, había que quitarlo en cuestión de cinco días máximo, entonces dos días una pasta, a los dos días media pasta, y al otro día cero, nada”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

De acuerdo con un artículo publicado en la Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, la prescripción de clonazepam (Rivotril) en el embarazo debe implementarse como último recurso, ya que hay evidencias sobre el riesgo del desarrollo del feto humano (Rosan y Rosan, 2010). En reconocimiento de esta situación y ante la posibilidad de estar en embarazo, su psiquiatra tratante le solicitó dejar de consumir los medicamentos en un máximo de tiempo de cinco días, una decisión que nos permite reconocer la incompatibilidad de las terapéuticas para este tipo de enfermedad con el embarazo.

Aquí, ella tuvo que tomar la decisión entre ser madre, un rol que en muchos contextos sociales resulta una imposición por el deber de la mujer al *instinto materno* y el *amor maternal* (Palomar, 2005) y continuar con el tratamiento con el que había experimentado efectos terapéuticos. Esta situación implica un conflicto para aquellas mujeres que serán madres al mismo tiempo que padecen un trastorno mental, pues en casos como el de la medicación de Julia se tuvo que escoger entre una de estas dos situaciones, optando por la primera:

“Entonces yo hago un síndrome de abstinencia, y es muy duro, horrible. Yo sentía que me clavaban agujas en todo el cuerpo, yo visualizaba dónde tenía el medicamento, yo quería ir y tomarlo pero sabía que había una posibilidad que le hiciera daño a un bebé, le oré mucho, mucho a Jehová, porque yo te digo, yo me agachaba detrás de las puertas del cuarto de mi casa, yo me agachaba y me acucillaba con tal de quitarme esa sensación tan horrible, de ese deseo de adicción, total, total adicción, cómo sería que cuando yo voy a la cita con el psiquiatra, después de que lo dejo, voy a cita con

el psiquiatra y él me dice “*si tenías algún pecado, lo pagaste*” porque, que lo hubiera llamado, que él me hubiera mandado algún medicamento, pero yo no pensé que uno pudiera – uno de transición, que uno más suave para tranquilizarme esos efectos tan violentos, porque son violentos”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Julia vivenció algunos padecimientos a raíz de los usos y desusos de la medicación psiquiátrica, como lo fue el cambio de su cuerpo exigiéndole que no descontinúe su uso, que ella interpreta con un “síndrome de abstinencia” tras la discontinuación repentina de “clonazepam”. Esto la condujo a pensarse la realidad de otras personas, específicamente, de aquellas adictas a psicofármacos (legales e ilegales) y a las que no saben que pueden atravesar por una enfermedad mental ni conocen sus tratamientos terapéuticos.

“Ahí ya yo pude entender a las personas que tienen alguna clase de adicción, cuando tú lo vives en carne propia, y no es que uno quiera, es que el cuerpo te lo pide, y sientes un escalofrío, te duele el cuerpo, te lo pide y no lo puedes controlar. Con todo eso ya el sentirme tranquila [la razón por la que la tomaba] pasaba a segundo plano, seguro ya tenía todo ese efecto acumulado. Pues resulta que no estaba embarazada, jajaja.

Pasada esa etapa, como cinco meses, yo sentí que ya no la necesitaba, y la dejé, sola, ya sabía pues que no estaba embarazada, ya llevaba meses después de eso. Los dejé, yo sola, no volví donde el psiquiatra, ya así de una, y ya. Pero resulta que, a los seis meses, después de haber dejado de tomar, me pasó la factura, e hice una crisis horrible, otra vez con taquicardia, pero taquicardia violenta, me tuvieron que llevar otra vez a urgencias, otra vez exámenes, todo perfecto, el corazón bien, todos los exámenes bien, y otra vez, dijeron que una recaída, volver otra vez a psiquiatría, estabilizarme otra vez, y ahí sí fue más fuerte la depresión.

Entonces volví otra vez a tratamiento, pero entonces en ese momento ya el médico no me mandó Rivotril, ya me mandó solamente el Prozac, que lo cambiamos por el genérico: el Prozac me lo cambió por Fluoxetina, ya no el comercial por economía, porque es que el Prozac es muy costoso, entonces él también cuidando el bolsillo de mi esposo. Solo estaba el trabajo de mi esposo, para que a mí no me generara estrés, tenerle que estar generándole un costo adicional a mi esposo, yo lo sentía como una carga, porque es que ese era un medicamento de alto costo, entonces yo decía “*tras de que le toca luchar con mi situación de depresión*” y, aparte de eso va a tener que luchar también pues en la parte económica, entonces no me parecía como justo, ¿no? entonces pues ya para mí era más tranquilizante, que no se estaba generando mucho costo, y así estuve más o menos con dos pastillas diarias cuarenta miligramos [de Fluoxetina] más o menos por tres meses, y ya luego volví a los veinte miligramos, una sola pastilla, y así estuve más o menos un año”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

En la experiencia del consumo de fármacos comerciales y genéricos del mismo componente activo, fluoxetina, Julia no sintió diferencia en lo que estos les hacían a los síntomas de la depresión, de manera que los efectos para contrarrestar la depresión eran equivalentes. Sin embargo, el cambio del fármaco comercial por el genérico se dio porque ella consideraba que el costo de la medicación era un lujo que su esposo tenía que pagar y del que podía prescindir, con el fin de contribuir de alguna manera con los gastos de la casa.

Esta mujer consideró que sus aportes al hogar no lo proveen económicamente, sino que se considera una carga para su esposo, quien hace todos los aportes económicos a este hogar, por lo que es concebido por ella como el *proveedor* (Macías, 2007). Sin embargo, los servicios que en ocasiones estas mujeres *jefas de hogar* desarrollan para sus casas, terminan siendo económicamente equivalente a los aportes que realizan los *proveedores* cuando se traducen al costo de los servicios al valor del mercado (Ibíd., 2007). Sin embargo, el tipo de actividades relacionadas con el cuidado familiar culturalmente se han destinado a la mujer y reconocido como su deber, un panorama que hace que el aporte de ella al hogar no se reconozca como equiparable al del hombre (Ibíd., 2007).

Estas circunstancias caracterizan la manera en que el discurso médico ha potenciado algunos cambios en su vida, un contexto que la lleva a considerar: los costos relacionados con las terapéuticas psiquiátricas para lo que denominan trastornos mentales, la importancia de reconocer situaciones que estén relacionadas con una vivencia digna de *patologización* y el reconocimiento de los imaginarios negativos a los que se asocia esta enfermedad. Una serie de circunstancias que terminan por forjar un criterio personal frente al discurso médico, como veremos a continuación.

La salud: un proyecto político

“La libido se va, hay muchas cosas que pierdes, yo quedé metabolizando la sedación muy fácil, tu cuerpo queda predispuesto a lo que produce el medicamento, o sea, tú no vuelves a ser la misma persona, esos antidepresivos toman mucho tiempo en salir del cuerpo y tú lo sientes. Los daños son permanentes. Por ejemplo, me tenía que hacer una endoscopia, y yo me despierto cuando la endoscopia está iniciando, entonces me tienen que volver a colocar, sedación. El hígado queda metabolizando muy rápido lo que es sedación, todo lo que tiene que ver con – procesando muy rápido.

Cuando me fracturé el brazo, me ponen morfina –me tenían que poner un centímetro, eso viene una jeringa como de cuatro, cinco centímetros, me pone un centímetro y ya yo –pues se supone que tú debes de dormite, que el dolor debe pasar, el problema es que yo a los veinte minuticos ya estaba con el mismo dolor, y me tienen que poner toda la jeringa de morfina e igual salía caminando de la clínica. Entonces fui al médico y me dijo que es un efecto de estar tomando tanto tiempo el medicamento [Rivotril y Prozac], porque yo le pregunté al gastroenterólogo qué me estaba pasando, me dijo que, [era] por haber consumido los medicamentos psiquiátricos, por lo que las sedaciones se metabolizan muy rápido”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Los efectos que ha producido el consumo de medicamentos psiquiátricos se convierten en un todo al invadir y condicionar los espacios de su vida cotidiana, y cuando finalmente logra dominar esos efectos, se ve en la necesidad de reconstruir su mundo con mucho esfuerzo y de manera gradual a partir de los elementos o secuelas dejados por la medicación (Benavides, 2016). Donde los efectos corporales ocasionados por este tipo de fármacos terminan por afectar negativamente el proyecto vital de la persona que la experimenta, pues el cuerpo es el vehículo del “yo” y a través del cual comprendemos, experimentamos y actuamos en el mundo (Good, 2003).

“Después de esto, tuve una recaída, yo viví en ese tiempo en la prolongación de la Guadalupe, en la vía que va a Bella Suiza, los cementerios jardines. Entonces por allá pasan entierros todos los días, y yo vivía en una casa de tres pisos, y la alcoba principal estaba en el tercer piso y tenía un balcón, y a mí me encantaba sentarme en ese balcón a mirar los entierros, y me parecía que las personas que iban ahí en esas carrozas ya estaban bien, que eso era lo óptimo, me gusta mirar la situación del muerto, ¿sí? Yo decía, ya no tienen problemas, preocupaciones, nada le duele, nada le angustia, yo decía “*yo tengo que tomar una pastilla para estar bien*” para esa crisis

me habían adicionado Trazodona²⁹, para esos días... para poder dormir, porque estaba teniendo problemas para dormir. Entonces eso me embotaba la cabeza, no me dejaba tener una vida auténtica, no como era yo, como era mi personalidad, como era yo naturalmente, porque yo decía *“si quiero estar bien, entonces tengo que tomar Fluoxetina, que es el antidepresivo, si yo quiero estar tranquila y dormir, tengo que tomar trazodona*. Entonces para mí era una vida falsa, no podía hacer mis funciones, me reemplazaba y mal lo que yo era, me volvían otra persona, entonces yo decía *“mi vida es falsa, esta no es mi vida, esa no soy yo “y yo decía “yo quiero ser yo” y como no lo lograba, entonces a mí me parecía que el muerto estaba en mejores condiciones, mejor situación, y empiezo a evaluar si la muerte era una mejor opción”*.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Cuando Julia analiza esta situación después de un largo trayecto de reconocimiento de los efectos y la vida con medicación, ella interpreta que esas son algunas de las implicaciones que trae no tratar una enfermedad mental. Al recordar lo decidida que estaba en aquel entonces de llevar a cabo su suicidio y el asesinato de su hijo mayor, y para ese entonces su único hijo, logra entender la manera en que piensan algunas personas con ese tipo de enfermedades y concluye que no es su culpa, y me recalca que tenemos un deber social de no incriminar a las personas que tienen ideaciones de este tipo ni a aquellas que lastimosamente logran ejecutarlas.

El tratamiento de sus síntomas que le dio el medicamento le ha permitido “salir del hueco”, uno que no la dejaba aferrarse a la vida, como vemos en su dibujo al final de este capítulo, donde dibuja su experiencia de medicación como aquel medio con el cual logró encontrar algo a qué anclarse y no le permitiera partir.

“Entonces ya empiezo a evaluar toda la parte tan triste que es estar en esa situación de dependencia y mal, ahí empiezo a evaluar qué posibilidades tengo yo de mejor morirme, como que es una mejor situación, estar uno en mejores condiciones, muerto, entonces evalúas la parte económica, entonces, por ejemplo, yo en ese entonces tenía un seguro de vida, entonces está el seguro de vida, mi esposo puede quedar con el seguro de vida, ya no va a tener esta carga, él está joven, puede rehacer su vida. Pero estaba mi hijo, entonces, yo dije , *“no , pero pues, aquí la única opción es llevarme a mi hijo, porque yo mi hijo no se lo voy a dejar a él, porque si se consigue otra*

²⁹ La “trazodona” hace parte del grupo de los denominados “antidepresivos” que está indicada para el tratamiento de episodios depresivos mayores (CIMA, 2019).

persona, si le hacen daño”, y como mi hijo era débil, en ese momento, estaba muy chiquito, dependiente, entonces to decía, “noo, cómo lo voy a dejar yo aquí”, para mí que él se muriera conmigo era una muy buena opción, y empiezas a mirar qué posibilidades de una muerte que no sea muy agresiva y por el bien de ambos, y de mi esposo, porque fue una pieza muy importante, primero Dios, y él, fue una compañía ideal, que estuvo cuando yo lo necesitaba, y se retiraba cuando yo no quería ver a nadie, ¿sí? Nunca me obligó – la frase célebre que le dicen a uno con depresión “ponga de su parte” “haga el esfuerzo” “usted no tiene ningún motivo, mire la vida que tiene”. Entonces evaluando todo eso, entonces dije, “no, es lo mejor”.

Ya solo era sentarme a pensar cómo iba a llevar a cabo eso, había pensado algunas cosas, pero como te digo, lo importante era que no fuera doloroso, sin violencia, sin agresividad. Yo no le comenté a nadie, obviamente mi esposo no se enteraba, yo buscaba la manera de mantener las cosas con calma y sin llamar la atención sobre eso, pero me cogió una fecha de control del medicamento, de chequeos que hacen, y yo no le comenté nada [al psiquiatra], solo mencioné que pasaba tiempo mirando cuando llevaban los muertos, traté de no comentar los pensamientos porque ya sabía qué iba a pasar, pero con eso tuvo, porque él nunca se alarma, un médico que vos no le ves ninguna expresión, ni de sus emociones, ni de nada”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

Tras relatarle a su psiquiatra cómo disfrutaba de mirar ciertas situaciones, como lo eran los entierros que pasaban por la casa donde habitaba para ese tiempo, ubicada entre dos cementerios de la ciudad, esto enciende las alarmas sobre posibles ideaciones suicidas y la hospitaliza, argumentándole que *“estamos en una crisis fuerte, y yo no quiero que vayas a tener problemas. ¿Hay alguien que te pueda traer ropa?”*. Esto fue una gran sorpresa para ella, pues se había mantenido distante del internamiento y donde empieza a identificar cuáles son los criterios que tienen en cuenta los médicos para hacer lo que hacen, en ese caso, optar por el internamiento completo del paciente.

“Entonces llamó a mi esposo que también trabaja ahí en la clínica, y pues le explicó y efectivamente me dejaron hospitalizada, diez días, con un salpicón de antidepresivos, que eso me colapsó todo mi cuerpo, me dio estreñimiento, eso me dio más crisis depresivas, no me levanta, me comenzó un brote de tembladera, yo sentía que estaba en esos lugares de película mejor dicho. No tengo ni idea qué me daban allá, porque no te dicen, un coctel de antidepresivos.

Fue una experiencia muy traumática, recuerdo que en una ocasión yo quería salir del cuarto, y así fuera salir a dar una vuelta por el pasillo, entonces yo le dije a una de a un médico, entonces me dijo *“sí, claro camina, ven, vamos a caminar un rato...”* cuando yo salgo a la puerta, salí a la estación de ahí de enfermería, y una enfermera,

así cual – cual – es que por eso te digo yo que todo muy tiene una perspectiva horrible sobre esta enfermedad, entonces le dice “*¡No, doctor, ella no puede salir de su habitación!*” yo quedé... “*¿Me voy a tirar por un balcón, por una ventana? ¡A ver, qué!*” Porque el cuarto en el que yo estaba pues sí era un cuarto de seguridad, las ventanas son de ese vidrio grueso que tiene como unas películas, mejor dicho, eso no lo rompe nadie, son selladas. Entonces yo ya entendí que tenía que quedarme tranquila sin llamar la atención para mostrar la mejoría rápido, hacer la terapia ocupacional bien, comerme toda la comida, tomarme todas las pastas, dejarme llevar, pero ese choque con esa parte sí fue difícil”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

La trayectoria de los pacientes con su enfermedad y lo que experimentan con la medicación los puede conducir a identificar situaciones deseadas o indeseadas (Peralta, 2010), como en este caso es el internamiento, que se busca evitar a toda costa. Tras el reconocimiento de lo que los psiquiatras evalúan para dar de alta el internamiento, en algunos casos los pacientes logran un proceso de negociación con la institución médica a través de lo que manifiestan y refieren sentir (Ibíd, 2010). Un proceso que le ha permitido a Julia salir del internamiento y volver a su casa con la medicación, un tratamiento al que ya estaba habituada.

“Bueno, hago todo el proceso que me mandan, todo lo que me piden y dicen que haga para que me dieran de alta, y sigo en el tratamiento, la medicación siguió igual, más o menos a los seis meses después de darme de alta, me quitan la Trazodona y sigo solamente con Fluoxetina, ahí estuve ya en ese proceso en citas cada mes, luego la espaciamos a cada dos meses, luego a cada tres meses, de control, como conversar, y a la cosa se volvió como más rutinaria, y ya te acostumbras a que es la primer pasta que te tomas en el día, y que esa hace parte de tu vida, Las cosas las aprendí a dominar, [a] cómo manejarme y manejar lo que sentía, hace parte de tu vida y ya no le pones tanta mente y problema como el principio, que era digamos el encuentro, ese pedazo tienes que superarlo, aceptarlo y vivirlo, y siempre te hacen la analogía con que es como si tuvieras diabetes y tuvieras que tomarte la insulina; o que si tuvieras presión alta, entonces cuando tú lo asumes así, como una enfermedad más, entonces se hace más llevadera

Manejas los efectos adversos con menos miedo que al inicio, porque este conocimiento lo adquieres con la experiencia, contar mi historia sin tapujos ni tabú. Ahora yo no escondo que soy paciente psiquiátrica, hay gente que entiende, hay otra que se asusta y se va, y en la comunidad [religiosa de Testigos de Jehová] algunas veces pues no lo ven [la medicación] como algo natural, pero yo aprendí que uno no tiene por qué esconder una situación, no lo estoy buscando ni es un castigo por mis pecados, no. Otro golpe muy grande que recibí en mi vida, que pudo haber sido una crisis, pero la medicación no me permitió recaer, que fue cuando – mi mamá también era Testigo de Jehová, que éramos muy cercanas y hacíamos muchas cosas, dejó de

serlo”.

(Julia, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018)

De acuerdo con Van der Geest, Whyte y Hardon (2002), las sustancias medicinales tienen el poder de transformar no solo un padecimiento sino una situación social, es una característica atribuida por actores sociales, donde esa eficacia experimentada es una propiedad definitoria. Cuando Julia siente que los medicamentos psiquiátricos contrarrestan los síntomas de su enfermedad mental, ella dimensiona la importancia de replicar sus efectos en otras personas. De manera que, aunque para Julia esta medicación le haya sido prescrita para tratar su enfermedad mental, ella los utiliza con otros fines: prevenir los pensamientos suicidas y eventuales pulsiones de atentar contra otras vidas.

De esto podemos concluir que el uso que Julia le da a los medicamentos psiquiátricos no es sólo para sus síntomas, sino para lograr un impacto en la sociedad. Un interés que también lo ha agenciado el fármaco, el cual ha logrado transformar su modo de entendimiento acerca de las enfermedades mentales y de la existencia de éstas en su contexto nacional, un proceso de reconocimiento que no es obvio en la experiencia de los pacientes, como vimos con los demás casos cuyas historias de vida se centran únicamente en la búsqueda de un beneficio personal. Reconocer esta realidad la ha conducido a promover, incluso en su comunidad religiosa, el consumo de medicamento psiquiátrico mediante la deslegitimación del estigma que ella ha identificado en torno a los pacientes psiquiátricos y, especialmente, a los fármacos que se les prescriben.

Esta experiencia derivada de su enfermedad se representa en su dibujo acerca de su experiencia con los fármacos psiquiátricos, en el que el tratamiento biomédico le ha posibilitado la vida suya y de su familia:



Representación gráfica de los efectos que le produce el medicamento a “Julia”.

Dibujo elaborado por Julia en su casa ubicada al sur de la ciudad el 10 de octubre de 2018.

“El medicamento me ha llevado a estar aquí [lado derecho], mi vida ahora es luz, es eso, es un hogar estable, no he tenido sino cosas bonitas, donde ha habido un papá que ha acompañado, una mamá que ha estado en situaciones difíciles pero que ya las sabe manejar, y un par de hijos, que han sido la razón y el ancla para que yo esté aquí, porque cuando tú vives esa situación, tienes que buscar un ancla que te haga estar y los medios para llegar a ella y estar con ella, ese es el medicamento.

Ánclate a algo, porque fácilmente tú puedes perder el sentido de las cosas, y crees que lo que tú vives y experimentas aquí [lado izquierdo] nunca va a terminar; y es esto [lado inferior derecho], es un vacío, no le encuentras sentido a nada, ¿sí? Eso es la depresión, tú evalúas y tú eres más feliz si te vas y mueres, y tú piensas que esa es la mejor salida. Por eso no se puede criticar ni se puede tachar a una persona que está sintiendo eso como alguien desagradecido, es una persona que está luchando cosas que nadie más sabe, con dificultades más pronunciadas que los demás, todo es oscuro, todo. En mis crisis yo he buscado a Dios, le he rogado, y físicamente yo le he estirado mis manos, y le he dicho “ayúdame a llegar a la orilla de este hueco” un hueco profundo, y uno siente que no es capaz de salir, sientes que debes quedarte allá mejor. Solo hasta que encuentras en qué anclarte, puedes vivir. Cuando logras salir a la orilla está el medicamento, que no te permite bajar”.

(Julia, comunicación personal, 10 de octubre de 2018)

Ella considera que contribuyendo al acceso de los medicamentos psiquiátricos a través de la deslegitimación de estigmas sobre ellos y los trastornos mentales está salvando vidas y transformando su realidad social. Aquí, el medicamento aparece como el dispositivo médico más pertinente para el tratamiento de la enfermedad (Van der Geest, Whyte y Hardon, 2002) mental.

De su relato podemos concluir que gran parte de este interés por transformar la realidad social de las personas que padecen una enfermedad mental (aquellos que lo saben y los que no) tiene origen al reconocerse como privilegiada en el acceso al sistema de salud. Sin embargo, en nuestro país el acceso a servicios de salud mental de las personas con trastornos mentales tradicionalmente ha sido limitado (González et al., 2016).

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y once años después de su creación en la Constitución Nacional de 1991, se dio una actualización integral del plan de beneficios bajo la Ley 1438, donde se ordenó la formulación de acciones en salud mental y se dio paso a la ampliación de beneficios en esta materia; y ya fue en el 2011 que se formuló la Ley 1616, la Ley de Salud Mental, que tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental (ENSM, 2015).

A pesar del respaldo jurídico que tenemos como colombianos a la prestación de servicios en la salud mental, ese acceso requiere, además de instalaciones propias, la disponibilidad de espacios y servicios que disminuyan esas barreras de acceso, como lo son: el miedo a solicitar el servicio por el estigma de la enfermedad mental y los fármacos psiquiátricos, las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria, la distancia geográfica de los servicios en zonas rurales y la falta de personal capacitado adecuadamente en salud mental (González, et al., 2016).

Esto tiene como consecuencia que, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), del total de la población entre 18 y 44 años, el 4,5% ha tenido algún problema de salud mental a lo largo de su vida, de los cuales el 37,5% de esta población accede a los servicios de salud mental.

Julia busca transformar esta situación social a raíz de su experiencia como *paciente psiquiátrico*, una experiencia que le ha permitido reconocer el saber biomédico y, deliberadamente, buscar replicarlo. Es una implicación particular de acercamiento y apropiación de ese saber, pues no se limitó a las decisiones frente a las sensaciones y vivencias que buscaba cambiar, sino que transformó su vida hasta el punto de poder representar una extensión a través de ella. Donde esta mujer busca eliminar los “estigmas” que hacen que las personas se reúsen a concebir sus sensaciones como patológicas, pues ha aprendido de sus médicos y concluido de su experiencia que, más allá de la subordinación a un saber hegemónico, está en juego la vida de las personas

Conclusiones

De la incertidumbre al síntoma

Estas experiencias vistas sobre la convivencia con un diagnóstico psiquiátrico son relativas a las trayectorias vitales de cada paciente y sus lugares de enunciación. Donde cada sujeto se ha relacionado con la biomedicina de maneras particulares, y a pesar de esto, nos permiten comprender aspectos generales de lo que implica la patologización de sus vivencias: algunas veces impactando únicamente a los pacientes y, algunas otras, a ellos y su entorno social.

A continuación, se presenta un recorrido por los elementos transversales a esas experiencias que nos permiten comprender lo que implicó un tránsito de las incertidumbres sobre el padecimiento, a su concepción como síntomas de una enfermedad. Para esto, se retoman los hallazgos más significativos de los tres momentos rastreados y presentados de cada caso. Inicialmente se encuentran aquellos elementos comunes en las circunstancias que posibilitaron un diagnóstico y el paso a concebir su cuerpo como enfermo. Posteriormente, se analizan aquellas articulaciones con los dispositivos médicos que caracterizan al diagnóstico psiquiátrico. Y, finalmente, se muestra la consolidación de la trayectoria de convivencia con diagnóstico a partir de la manera en que cada persona utiliza la medicina a partir del control de sus dispositivos.

El arribo del diagnóstico de “trastorno mental”:

Las personas consultadas compartieron un aspecto determinante en su experiencia: eran los primeros en sus núcleos familiares en ser diagnosticados con un “trastorno mental”. Esto es un gran momento porque con ellos se inició un proceso ambiguo: el cuestionamiento por las vivencias que se relacionaban con esa enfermedad y la búsqueda de un tratamiento. Es un

contexto de incertidumbre en el que la medicina interviene no solo para explicar desde su perspectiva lo que experimenta cada persona, sino porque busca educarlos en sus criterios de enfermedad y salud. Un primer momento caracterizado por la correspondencia entre lo que se cree que se tiene y lo que los médicos dicen que se tiene.

En el caso de Adriana (Capítulo 1. “Llevar la procesión por dentro”), el recibimiento del diagnóstico y del tratamiento, fue un proceso de negación y de enfrentamiento al recibimiento del diagnóstico médico, donde las interpretaciones que sus médicos hacían sobre sus vivencias y las maneras en que buscaban intervenirlas no correspondían con la manera en que ella estaba dispuesta a tratar lo que sentía. Específicamente, esta mujer sentía temor de que alguna vez tuviera que acudir al tratamiento terapéutico propuesto por sus psiquiatras, por lo que el diagnóstico y la prescripción psiquiátrica se caracterizó por un proceso de lucha para dominar los efectos negativos que trajo a su cuerpo la medicina.

Este caso es paralelo al vivenciado por Julia (Capítulo 4. “El ancla”), quien no estuvo en desacuerdo con el consumo de medicamentos psiquiátricos, pero sí con el diagnóstico. Aquí los médicos actuaron de la misma manera que con Adriana, a quienes no se les propuso alternativas de tratamiento terapéutico en el que las pacientes pudieran relacionar sus expectativas simbólicas (frente a la enfermedad y la medicación) con los esquemas de diagnóstico y curación biomédica.

Hasta estas etapas iniciales, se trató de una relación unidireccional entre saber médico y profano, donde la autoridad del equipo médico logra replicar un discurso del enfermar del cuerpo (y la mente) y su proceso de sanación que los pacientes asumen (Whyte, Van der Geest y Hardon, 2002).

En el caso de Gloria (Capítulo 2 “Callar”) y el de Andrés (Capítulo 3. “Era solo el cuerpo

existiendo”), el encuentro con el diagnóstico tuvo una naturaleza distinta. Para estas personas haber accedido a un médico sucede como la medida ante el desconcierto de sus síntomas y lo que los han conducido a hacer: atentar contra sus propias vidas. Este hecho opera como un síntoma infalible con el que sus médicos no pueden negociar para proceder a tratar. Solo hasta ese momento ellos consideran que sus sensaciones y lo que los había conducido a hacer es una anomalía, en concordancia con lo que estipula sus médicos. Y es que a diferencia de otras enfermedades cuyos síntomas pueden ser fácilmente identificables (por sus manifestaciones físicas o por un dolor focalizado en el cuerpo), (Rhodes, 1984) las enfermedades mentales son relativas a lo que la persona logre identificar de su experiencia y relacionar con lo ya conocido (Huertas, 2011).

Aunque los puntos de partida de las experiencias sean distintos y dependan de las características del paciente, del diagnóstico y el tratamiento terapéutico médico, el hecho de cuestionar ciertos aspectos de su mente, como parte del cuerpo, se da por el encuentro con el saber biomédico y la interpretación que hace sobre lo que las personas refieren (Benavides, 2016). En este punto, la medicina elabora un criterio sobre la vivencia de las personas independiente de la aceptación que éste tenga por parte de las personas. Es, pues, la constitución de una relación unidireccional entre saber médico y profano (Ibíd, 2016),

Un momento inicial que tiene en común la prescripción de fármacos como el principal tratamiento terapéutico por parte de los médicos psiquiatras tratantes que, en el contexto de la hegemonía discursiva del saber especializado, las personas terminan por implementar. Las características de este encuentro entre tratamiento y persona, orientan el resto de la experiencia, que ahora consiste en un cuestionamiento sobre el bienestar.

Los dispositivos terapéuticos de la psiquiatría:

El consumo de un fármaco es un acto tanto social como médico (Whyte, Van der Geest y Hardon, 2002) basado en una práctica con diversos efectos en el entorno social de quien la consume. Esos efectos son determinantes en el contexto del conocimiento del diagnóstico, pues los fármacos se presentan con la injerencia de la institución médica directamente en sus hogares. En este punto convergieron tanto las características de cada hogar como las representaciones preexistentes sobre la enfermedad mental y su medicación tanto por los pacientes como por sus círculos sociales más cercanos.

Una vez las diversas experiencias han coincidido en el uso de la medicación, era necesario ver qué ocasiona el hecho de consumirla. El fármaco se prescribe cuando los médicos conciben que el “estado” de la enfermedad es “grave”, y que en el marco de la psiquiatría constituyen el “trastorno mental grave”, y tiene como particularidad el diagnóstico clínico, duración del trastorno y el nivel de discapacidad social, familiar, y laboral de quien lo padece (Guía de Práctica Clínica, 2009). Un estado en el cual la medicación no aparece como una alternativa, sino un soporte a los demás tratamientos terapéuticos o el único que se debe implementar.

En la primera historia de vida, el caso de Adriana, el consumo de medicamentos psiquiátricos aparece en contra de su voluntad porque necesitaba un tratamiento terapéutico y no le presentaron más alternativas que la medicación o el internamiento en una clínica psiquiátrica, es decir, la medicación en otro lugar. La incertidumbre sobre la manera adecuada de tratar los síntomas de su padecimiento finalmente la condujo a implementar el consumo de medicamentos psiquiátricos al que tanto se oponía, una experiencia que termina por transformar la apariencia de su cuerpo y los espacios en los que podía estar mediante este

(Détrez, 2017).

Además de Adriana, para Gloria la medicación para los malestares en sus pensamientos y emociones también implicó la transformación de su cuerpo. En este caso tuvo el efecto contrario al anterior, y es que el tratamiento terapéutico para su mente trajo el control sobre otras cuatro enfermedades que tenía diagnosticadas en el resto de su cuerpo, razón por la cual dejó de consumir los medicamentos prescritos para esas enfermedades.

En el caso de Andrés, el diagnóstico le implicó comenzar su tratamiento terapéutico con medicación e internamiento, y luego solo con medicación en su hogar, donde todos sus familiares iniciaron una suerte de seguimiento sobre el avance de su enfermedad, llevado a cabo mediante la verificación de la hora y el consumo de una píldora.

Un fenómeno que no es aislado y cobra sentido en el caso de Julia, el último capítulo. Esta mujer describe que el consumo de fármacos psiquiátricos ha hecho que su cuerpo se comporte como un “trapo”, donde logra hacer uso consciente de su cuerpo y depende de lo que los demás hagan de ella. Esta mujer únicamente se levantaba para comer algo y consumir las pastillas, donde su núcleo familiar son quienes hacen las cosas por ella.

Los familiares de los pacientes de los dos últimos capítulos han adoptado los discursos elaborados por la institución psiquiátrica, mediante los cuales se han transformado los procesos de socialización de sus núcleos familiares (Cardoso, 2007). Ellos ahora han tenido que adoptar la perspectiva médica para enfrentar el padecimiento de su familiar.

En estos hogares, los familiares del paciente y, especialmente, su red de apoyo, optan por aprender cuidadosamente lo que los médicos explican acerca del diagnóstico que realizaron y del proceso de medicación, con el fin de replicarlo en sus hogares y actuar de maneras

específicas con el paciente. Es un proceso en el que los cuidadores operan como extensión del saber médico. Un proceso nada ingenuo, pues ahora en esos hogares, los cuidadores ejercen cierta autoridad respecto a esos *pacientes*, en tanto poseedores de la razón sobre lo que realmente sucede (Foucault, 2002).

Específicamente, la vigilancia del consumo de los medicamentos es un mecanismo con el cual se ejerce esa autoridad sobre el paciente que, como en esos dos últimos casos, puede tener una postura pasiva frente al proceso. Es un proceso de cambio de roles al interior del hogar que es consecuencia del arribo de un diagnóstico psiquiátrico y de la injerencia del saber médico, donde se cambia las conductas de las personas, lo que hacen en sus hogares y la manera en que se reconocen entre ellos (Sánchez, 2014).

El uso de este dispositivo médico tiene unas implicaciones particulares dignas de resaltar por dos razones: la primera es que sus usuarios no pueden acceder a otros espacios sociales por los efectos que ocasiona el fármaco y las características de su diagnóstico, y el segundo es que las personas con las que conviven entran a fiscalizar todos sus asuntos médicos. Estas son características que se pueden comparar con mucha facilidad con el internamiento, donde los sujetos son vigilados y aislados (Goffman, 2001).

En todos los casos vistos, los pacientes acceden a la medicación porque sus médicos se los muestran como la posibilidad de evitar el internamiento, y es que, como vimos, la medicación exime del internamiento porque lo reemplaza en algunos sentidos. Donde el discurso médico logra replicar la espacialidad de una institución de internamiento en los hogares de sus pacientes (Ibíd., 2001).

La consolidación de un criterio: el individuo y su rol activo en el control de sus vivencias

El sistema de salud mental colombiano se muestra incompatible con terapéuticas empleadas por la medicina tradicional (Benavides, 2016), donde los fármacos industriales creados para las enfermedades mentales definidas por la medicina biomédica han sido la única ruta terapéutica sugeridas a los cuatro pacientes vistos. Sin embargo, las vivencias de las personas no se limitan al consumo ingenuo de este fármaco, sino que es un proceso que se personaliza conforme a cada persona.

En los últimos apartados de cada capítulo se muestra la manera en que finalmente las personas lidian con el saber médico a partir de una apropiación de su trayectoria y la comprensión de su cuerpo. Este momento es muy importante porque significa la conclusión de cada trayectoria, a partir de la cual se puede rastrear el impacto que tiene la medicalización de la vida y que puede servir al campo psiquiátrico, y médico en general, para el cuestionamiento sobre lo que realmente implica generar un diagnóstico, y poder reconocer las circunstancias donde éste vive.

La transformación en la vida de estas personas a raíz de un diagnóstico de “trastorno mental” se dio por lo que las personas experimentaron con sus cuerpos. Fueron cambios que se manifestaron en éstos de manera visible y al interior de él, que terminó por resignificarlos, convirtiéndose en sujetos aptos o no aptos para diversos entornos sociales. En los casos de Adriana y Gloria, los efectos corporales que sentían del fármaco no tenían explicación a la luz de la medicina, y en ese primer caso significó que nunca se encontrara una enfermedad específica, y su cura se dio por el cambio de fármacos. En el caso de la segunda mujer, la posibilidad de que la obliguen a consumir medicamentos para sus cuatro enfermedades (no mentales), hace que ella no comunique a sus médicos esos efectos que experimenta con el fármaco y que la movilizaron a dejar de consumir los otros.

Aquí se puede retomar uno de los elementos planteados en el inicio de este documento:

reconocer realidades que la medicina ignora, y que puede estar relacionado con que estas situaciones suceden lejos de los complejos médicos. Donde los dispositivos médicos que se replican en los hogares dependen de la representación que los usuarios hacen de ellos.

En el caso de Adriana, significó la intoxicación de su cuerpo, con la que ahora tienen que vivir y la necesidad que tiene de los efectos positivos que le genera el tratamiento terapéutico psiquiátrico. Y es que, por más de que su apariencia física haya vuelto a ser como solía ser, su interior quedó permanentemente invadido por el medicamento psiquiátrico.

Para Gloria, el fármaco significó un blindaje que la protegía externamente de aquellos entornos sociales con los que sentía que congruencia interpretativa sobre el enfermar del cuerpo y la mente; e internamente, pues le permitió dejar de experimentar las demás enfermedades y le permitió no consumir los otros fármacos terapéuticos prescritos.

La experiencia de la transformación interna del cuerpo también se evidenció en el último capítulo, el de Julia. En su caso, su cuerpo quedó permanentemente “marcado” por el consumo de los medicamentos psiquiátricos, y es que las funciones de sus órganos se vieron alteradas, una característica en su cuerpo que la hace más resistente a otros fármacos.

Por su parte, Andrés refirió la sensación de permanecer aislado por la incapacidad de relacionarse. Esto lo podemos analizar mucho mejor en su representación gráfica sobre lo que siente que hace la medicina psiquiátrica en relación con su padecimiento, donde lo indisponen de hacer parte del entorno social, de la vida y de la muerte.

De la experiencia de estas cuatro personas podemos concluir que el tiempo del consumo del fármaco ha sido un proceso de domesticación del saber médico, que les ha permitido reconocer lo que realmente quieren de él, pueden esperar y pueden exigir. Esta trayectoria

hace que de alguna manera entiendan a la medicina en función de sus proyectos de vida y así mismo acudan a ella (Van der Geest, Whyte y Hardon, 2002).

Son, pues, negociaciones con el saber médico que se cristaliza en el uso y las representaciones con las que significan a los dispositivos médicos, donde estos últimos posibilitan una personalización del discurso médico conforme a los contextos sociales de cada persona consultada.

Como vimos, la realización de un diagnóstico excede el ejercicio de realizar una interpretación sobre una vivencia de un paciente en específico. Implica que las personas se cuestionen por su cuerpo y emprendan su descubrimiento de maneras guiadas por un profesional de la salud, que constantemente está dictando lo que se debe corregir y lo que no, así como las maneras posibles de hacerlo.

Sin embargo, las personas consultadas no han implementado acríticamente las perspectivas ni los dispositivos de la medicina psiquiátrica, sino que están en un constante cuestionamiento sobre su pertinencia y sus consecuencias indeseables, así como la experiencia de su implementación les permite reconocer las transformaciones que tienen respecto a sus entornos sociales.

Estas experiencias son relevantes porque permiten reconocer las implicaciones de la globalización de la medicina en diversos contextos sociales (Ibíd., 2002), un fenómeno que se ha entendido como *pluralismo médico, terapéutico o asistencial* (Muela, 2007). Ignorar este tipo de procesos en los que se sincretizan los diversos modelos de representar y actuar en la salud y la enfermedad, implica otorgar un único modelo explicativo de la vida a la medicina. Y es que, debido al reciente crecimiento exponencial de las industrias farmacéuticas (Van der Geest, Whyte y Hardon, 2002), como elemento de la medicina

moderna (Scheper-Hughes, 1996), nuestra vida se condiciona en función de una constante búsqueda de la *salud* y se normaliza la injerencia de esta institución en lo más íntimo de nuestras vidas.

Es, pues, un contexto que requiere una perspectiva más crítica, con el cual la antropología tiene una responsabilidad: reconocer y cuestionar lo que nuestro entorno social entiende como normal o común (Restrepo, 2009). Así, esta investigación busca aportar al reconocimiento de las vivencias relacionadas con la enfermedad y la salud, desde la perspectiva de quien padece. Sin embargo, esta experiencia de investigación ha sugerido un panorama muy amplio y sobre el cual se quiere llamar la atención: las vivencias de las personas cuidadoras. De esta manera, se propone el estudio de los relatos y vivencias de las *redes de apoyo* como futura continuación a la presente investigación.

Bibliografía:

Acero, A., Cano-Prous, A. y Canga, A. (2016). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 39 (2). 203 – 212.

Aguirre, Á. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Subjetividades*, 8(3), 563-601.

Alcedo, J., Mearin, F. y Guevara, T. (2012). El enfermo con dispepsia. En: Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª edición. Asociación española de gastroenterología.

Álvarez, A. y Gómez, C. (2011). Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento Psicológico*, 9 (16). 89 – 106.

Anzoátegui, M. (2018). *El dualismo mente-cuerpo y la conceptualización humano-animal en el pensamiento cartesiano*.

Bianchi, E. (2015) Infancia, normalización y salud mental. Figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22 (3), 761-779.

Bassi, J. (2014). Hacer una historia de vida: decisiones clave durante el proceso de investigación. *Athenea Digital*. 14 (3). 129 – 170.

Banchs, M. A. (1986). Concepto de representaciones sociales. Análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología*, 8(9), 27-40

Benavides, F. L. (2016). *Entre la razón y la sinrazón*. Bogotá D.C., Colombia. Ediciones UTSA.

Calvillo, F. (2003). La depresión, entre mitos y rumores. Biblioteca nueva.

Canguilhem, G. (1971). Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina S.A.

Casal-Moros, N. y Alemany-Anchel J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enferm*. 23 (1-2). 61-64.

Chárriez, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*. 5 (1). 50 – 68.

CIMA. (Febrero 20 de 2019). Ficha técnica del Escitalopram.

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/72554/72554_ft.pdf

CIMA. (Marzo 10 de 2019). Ficha técnica de la Fluoxetina.

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/64787/FichaTecnica_64787.html.pdf

CIMA. (Abril 15 de 2019). Ficha técnica de la Mirtazapina.

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/67015/67015_ft.pdf

- CIMA. (Abril 8 de 2019). Ficha técnica del Haloperidol.
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/58343/58343_ft.pdf
- CIMA. (Abril 20 de 2019). Ficha técnica de la Clozapina.
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/71566/FT_71566.html.pdf
- CIMA. (Abril 11 de 2019). Ficha técnica de la Difenhidramina.
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/38322/FT_38322.html.pdf
- CIMA. (Abril 2 de 2019). Ficha técnica del Lorazepam.
http://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/68479/68479_ft.pdf
- CIMA. (Mayo 5 de 2019). Ficha técnica del Ácido Valproico.
https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/68033/FichaTecnica_68033.html
- CIMA. (Mayo 15 de 2019). Ficha técnica del Clonazepam.
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/52332/52332_ft.pdf
- CIMA. (Mayo 7 de 2019). Ficha técnica de la Trazodona.
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/77556/FT_77556.html.pdf
- CIMA. (Febrero 20 de 2019). Ficha técnica de la Fluoxetina.
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62661/62661_ft.pdf
- Cordero, M. C. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1), 50-67.
- Cosminsky, S. (1983). *Medical pluralism in Mesoamerica*. Albuquerque, España. University of New Mexico Press.
- Detréz, C. (2017). *La construcción social del cuerpo*. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- Di Pace, C., Paletta, S., Reggiori, A., Ciappolino, V., (2017). La quetiapina tiene eficacia antidepressiva.
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona, España. Edicions Bellaterra.
- Fadden, G., Bebbington, P. y Kupiers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Foucault, M. (1997). *Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores S.A.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina. Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de la Cultura Económica.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos

Aires: Amorrourtu.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Gómez, I. C. (2011). Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento psicológico*, 9(16), 89-106.

González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., & Landaeta, A. P. V. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 89-95.

Gutiérrez, L., Martínez, J. & Rodríguez, F. (2013) La sobrecarga del cuidador en el trastorno afectivo bipolar. *Anales de psicología*. 29 (2).

Hernández, K. (2009). El método historia de vida: alcances y potencialidades. Recuperado en 12 de Abril de 2019. en: <https://www.gestiopolis.com/el-metodo-historia-de-vida-alcances-y-potencialidades/>

Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16 (6). 568 – 573.

INVIMA (12 mayo 2019) INVIMA: Los medicamentos genéricos y los originales de marca tienen los mismos estándares de calidad. Recuperado de INVIMA: <https://www.invima.gov.co/los-medicamentos-gen%C3%A9ricos-y-los-originales-de-marca-tienen-los-mismos-est%C3%A1ndares-de-calidad.html>

Kenen, R., Ardern-Jones, A., & Eeles, R. (2003). Family stories and the use of heuristics: women from suspected hereditary breast and ovarian cancer (HBOC) families. *Sociology of Health and Illness*, 25(7), 838-865.

Lévi-Strauss, C. (1993) *Structural anthropology*. New York, Estados Unidos. Basic Books.

Marcús, J. (2006). *Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad*. *Revista Argentina de Sociología*, 4 (7). 100-119.

Macías, M. (2007). Reflexiones en torno al concepto de proveedor desde una perspectiva de género. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

Mariani, L. (15 de Marzo de 2019). Los efectos adversos de la Mirtazapina. Recuperado de <https://www.eutimia.com/psicofarmacos/antidepresivos/mirtazapina.htm>

Matud, M., Guerrero, K. y Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 6 (1). 7 – 21.

Cuevas, Y. y Mireles, O. (2016). Representaciones sociales en la investigación educativa. Estado de la cuestión: producción, referentes y metodología. *Perfiles educativos*. 38 (153). 65 – 83.
Ministerio de Salud (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. Recuperado de

https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf

Ministerio de Protección Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 200*. Cali: Gráficas Ltda.

Moreno, M. (2017). *Más de la mitad de las mujeres renuncian a su trabajo cuando son madres*. Universia.

Mori, N. y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista peruana de epidemiología*, 14 (2). 86-90.

Moya-Albiol, L., & Ruíz, N. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*, 1, 22-30.

Mucci, M. (2007). La relación médico-paciente: ¿un vínculo distinto o distante? *Psicodebate*, 8, 61-78.

Muela, J. (2007). *Malaria en Lipangalala, Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad africana*. Tesis doctoral, Departamento de Antropología Social y Cultural, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Murphy, R. (1987). *The body silent*. New York, Estados Unidos. Norton.

Nieves, O. (2012). Foucault, el poder y la psicopatologización de las mujeres: coordenadas para el debate. *Teoría y crítica de la psicología*, 2. 148-159.

OMS. (12 de Abril de 2019). OMS: Invertir en Salud Mental. Obtenido de OMS: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

OMS. (23 Mayo de 2019). OMS: Trastornos mentales. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (2009). *Tratamientos farmacológicos de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020*. Ginebra, Suiza. Biblioteca OMS.

Ortega, C (2011) *Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea*. *Revista de historia y pensamiento de género*, 1 (4), 208-223.

Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana*. *Revista de estudios de género*, 3 (22). 35-68.

Parsapoor, A., Parsapoor, M., Rezaer, N., y Asghasi, F. (2014). Autonomy of children and adolescents in consent to treatment: ethical, jurisprudential and legal considerations. *Iranian Journal of Pediatrics* 24(3), 241-248.

Peña, M. (2013). *Análisis crítico de discurso del Decreto 170 de subvención diferenciada para*

necesidades educativas especiales: El diagnóstico como herramienta de gestión. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 12 (2), 93 – 103.

Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.

Restrepo, E. (2009). *Escuelas de pensamiento antropológico 1. Clásicos*. Quibdó, Colombia. Fundación Universitaria Claretiana.

Risso, A. (2019), *Ellos hablan, ellas deben callar: Mansplaining “los hombres que explican”*. Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos.

Ruiz, N., Moya, L. (2012) El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*. 1 22-30.

Ruiz, C. O. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre*, 1(4), 208-223.

Sánchez, N. (2014). Artritis reumatoide de la narrativa: vivencias desde una perspectiva antropológica. Tarragona, España. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.

Scheper-Hughes, N. (1996). *Nervoso. La muerte sin llanto*. Barcelona, España. Ariel.

Silva, M. M. (2015). *El dolor tratado con medicamentos. La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos*. Barcelona, España. Universitat de Valencia.

Stolkier, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Editorial: Psicolibro.

Szasz, T. (1996). *El mito de la psicoterapia*. México: Ediciones Coyoacán S.A.

Vaggione, Alicia. (2009). Literatura/Enfermedad: El cuerpo como deshecho. *Revista Iberoamericana*, 475-486.

Van der Geest, S., & Hardon, A. (2002). Social and cultural efficacies of medicines: Complications for antiretroviral therapy. *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, 2(1), 48.

Van der Geest, S., & Whyte, S. R. (1989). The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4), 345-367.

Vergara-Figueroa, Aurora. (2014). Cuerpos y territorios vaciados ¿En qué consiste el paradigma de la diferencia? ¿Cómo pensamos la diferencia? *CS*, 338-360.

Vigliani, S. (2016, January). La noción de persona y la agencia de las cosas. Una mirada desde el arte rupestre. In *Anales de antropología* (Vol. 50, No. 1, pp. 24-48).

Viveros, M. (1993). La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre la salud y enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología*, 239-260.

Viveros, E. (2010). Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 31. 388 – 406.

Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. *Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente – SP*, 25 (1). 20 – 38.

Weatherall, M. (1993) *Drugs Therapies*. Londres: Routledge

Zárate, J. (2015). La identidad como construcción social desde la propuesta de Charles Taylor. *Eidos*. 23. 117-134.

Anexos:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Mediante el presente documento, certifico que acepto participar voluntariamente en el estudio conducido por Diana Isabel Isaza Trujillo, con Cédula de Ciudadanía 1 107 095 323 de Cali, estudiante de la Universidad ICESI. Se me ha explicado que se trata de una investigación que se enmarca en el proyecto de grado para obtener el título de Antropóloga, donde mis aportes contribuyen a su objetivo de explorar los efectos sociales de los medicamentos psiquiátricos.

Manifiesto estar de acuerdo en contestar sus entrevistas y en aportarle la información necesaria para hacer un relato sobre mi experiencia frente a la medicación psiquiátrica. Accedo a que los relatos que yo decida, sean grabados en audio, de modo que la investigadora pueda transcribir mis ideas expresadas. Se me ha comunicado que la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, así como mis respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un nombre escogido por mí.

He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin necesidad de dar justificaciones y sin que me implique consecuencias en ningún nivel.

Por último, entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo consultar y discutir los resultados de este estudio una vez concluido. Para esto, me puedo comunicar al teléfono 310 410 9620.

Olivia Teresa Bonavides  6-29-2018
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Diana Isabel Isaza Trujillo
Firma de la investigadora

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Mediante el presente documento, certifico que acepto participar voluntariamente en el estudio conducido por Diana Isabel Isaza Trujillo, con Cédula de Ciudadanía 1 107 095 323 de Cali, estudiante de la Universidad ICESI. Se me ha explicado que se trata de una investigación que se enmarca en el proyecto de grado para obtener el título de Antropóloga, donde mis aportes contribuyen a su objetivo de explorar los efectos sociales de los medicamentos psiquiátricos.

Manifiesto estar de acuerdo en contestar sus entrevistas y en aportarle la información necesaria para hacer un relato sobre mi experiencia frente a la medicación psiquiátrica. Accedo a que los relatos que yo decida, sean grabados en audio, de modo que la investigadora pueda transcribir mis ideas expresadas. Se me ha comunicado que la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, así como mis respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un nombre escogido por mí.

He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin necesidad de dar justificaciones y sin que me implique consecuencias en ningún nivel.

Por último, entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo consultar y discutir los resultados de este estudio una vez concluido. Para esto, me puedo comunicar al teléfono 310 410 9620.

Diana Ximena Moncada.

Nombre del Participante

Diana Moncada

Firma del Participante

Junio 22 - 2018

Fecha

Diana Isabel Isaza Trujillo

Firma de la investigadora

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Mediante el presente documento, certifico que acepto participar voluntariamente en el estudio conducido por Diana Isabel Isaza Trujillo, con Cédula de Ciudadanía 1 107 095 323 de Cali, estudiante de la Universidad ICESI. Se me ha explicado que se trata de una investigación que se enmarca en el proyecto de grado para obtener el título de Antropóloga, donde mis aportes contribuyen a su objetivo de explorar los efectos sociales de los medicamentos psiquiátricos.

Manifiesto estar de acuerdo en contestar sus entrevistas y en aportarle la información necesaria para hacer un relato sobre mi experiencia frente a la medicación psiquiátrica. Accedo a que los relatos que yo decida, sean grabados en audio, de modo que la investigadora pueda transcribir mis ideas expresadas. Se me ha comunicado que la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, así como mis respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un nombre escogido por mí.

He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin necesidad de dar justificaciones y sin que me implique consecuencias en ningún nivel.

Por último, entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo consultar y discutir los resultados de este estudio una vez concluido. Para esto, me puedo comunicar al teléfono 310 410 9620.

Maña Elena González

Nombre del Participante


Firma del Participante

6/ Sep. /18

Fecha

Diana Isabel Isaza Trujillo

Firma de la investigadora

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Mediante el presente documento, certifico que acepto participar voluntariamente en el estudio conducido por Diana Isabel Isaza Trujillo, con Cédula de Ciudadanía 1 107 095 323 de Cali, estudiante de la Universidad ICESI. Se me ha explicado que se trata de una investigación que se enmarca en el proyecto de grado para obtener el título de Antropóloga, donde mis aportes contribuyen a su objetivo de explorar los efectos sociales de los medicamentos psiquiátricos.

Manifiesto estar de acuerdo en contestar sus entrevistas y en aportarle la información necesaria para hacer un relato sobre mi experiencia frente a la medicación psiquiátrica. Accedo a que los relatos que yo decida, sean grabados en audio, de modo que la investigadora pueda transcribir mis ideas expresadas. Se me ha comunicado que la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; así como mis respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un nombre escogido por mí.

He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin necesidad de dar justificaciones y sin que me implique consecuencias en ningún nivel.

Por último, entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo consultar y discutir los resultados de este estudio una vez concluido. Para esto, me puedo comunicar al teléfono 310 410 9620.

<u>Sandra Lúcia López</u>	<u>Sandra Lopez</u>	<u>16-08-18</u>
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Diana Isabel Isaza Trujillo
Firma de la investigadora

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

* Mediante el presente documento, certifico que acepto participar voluntariamente en el estudio conducido por Diana Isabel Isaza Trujillo, con Cédula de Ciudadanía 1 107 095 323 de Cali, estudiante de la Universidad ICESI. Se me ha explicado que se trata de una investigación que se enmarca en el proyecto de grado para obtener el título de Antropóloga, donde mis aportes contribuyen a su objetivo de explorar los efectos sociales de los medicamentos psiquiátricos.

Manifiesto estar de acuerdo en contestar sus entrevistas y en aportarle la información necesaria para hacer un relato sobre mi experiencia frente a la medicación psiquiátrica. Accedo a que los relatos que yo decida, sean grabados en audio, de modo que la investigadora pueda transcribir mis ideas expresadas. Se me ha comunicado que la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; así como mis respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un nombre escogido por mí.

He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin necesidad de dar justificaciones y sin que me implique consecuencias en ningún nivel.

Por último, entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo consultar y discutir los resultados de este estudio una vez concluido. Para esto, me puedo comunicar al teléfono 310 410 9620.

<u>Danió Alvarez</u>	<u>Danió Alvarez</u>	<u>23/08/18</u>
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Diana Isabel Isaza Trujillo

Firma de la investigadora