

**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO CAMPUS LEÓN
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**



TESIS DOCTORAL

**DEL ROMANTICISMO AL QUIMISMO DE LA EXISTENCIA
NARRATIVAS DEL SUFRIMIENTO EMOCIONAL EN LA CONSULTA
PSIQUIÁTRICA**

**Tesis para optar por el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES**

PRESENTA

Oswaldo Gutierrez Castañeda

Directores de tesis

Dr. Luis Fernando Macías García

Dr. Alejandro Klein Caballero

León, Guanajuato, México

Diciembre 2018

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”

- Sigmund Freud -

“Poco después del amanecer se calmó el viento. Después regresó. Pero hubo un momento en esa madrugada en que todo se quedó tranquilo, como si el cielo se hubiera juntado con la tierra, aplastando los ruidos con su peso... Se oía la respiración de los niños ya descansada. Oía el resuello de mi mujer ahí a mi

lado:

“—¿Qué es? —me dijo.

“—¿Qué es qué?— le pregunté.

“—Eso, el ruido ese.

“—Es el silencio. Duérmete...

- Juan Rulfo -

AGRADECIMIENTOS

- Profundamente a mi padre, José Luis Gutierrez; y a mi madre; Lilia Castañeda que con el pasar del tiempo entendí que hicieron, y sostuvieron, una apuesta por que el destino de sus hijos fuera diferente. Gracias por sus noches en vela, sus esfuerzos diurnos y sus presencias constantes. Las llevo conmigo.
- A Michelle Petersen Weeden, mi esposa, por subirse a un tren que por momentos ha tenido destinos inciertos y, por momentos, ha estado a punto de descarrilar, sin embargo, ha optado por permanecer en este andar. Gracias por acompañarme en mis insensateces, cerrar los ojos conmigo y permitirme que seamos presas del destino.
- A mi hermana, Viridiana Gutierrez, que si bien, no estuvimos exentos de diferencias fraternas, en este momento nos acompañan más las solidaridades y las complicidades. Gracias por estar presente en mi vida.
- A Luis Fernando Macías García, director de esta tesis, que se permitió ser un tutor en este trayecto. Gracias por tu respaldo, tu confianza, y tus palabras en los tiempos de extravío, pero sobre todo, gracias por la angustiante libertad que me ofreciste en este trayecto.
- A Antonio Sánchez Antillon, por caminar conmigo en este viaje. Gracias por tu interés legítimo y desinteresado, y tu generosidad hacia este proyecto, una parte de esto también te lo debo a ti.
- A Alejandro Klein Caballero, por su respeto a este proyecto. Gracias por tus enseñanzas y amistad que trascienden este documento.
- A mi amigo Morelos Padilla, por aquel “aventón” el primer día del doctorado que selló el inicio de nuestra amistad y de las charlas infinitas.
- A mi amiga Olivia Penilla, por tu apoYo y tus ojos que depositaste en esto. Gracias por insistir.
- A mis pacientes, que todos los días me confrontan con lo no sabido. Gracias a ellos se configuró este proyecto.
- A Hermes Millan y a Teena Williams, que aparecieron en el último tramo de este trayecto, aportando el oxígeno necesario con veladas y charlas que sirvieron de antídoto para no enloquecer.

Una especial gratitud con los entrevistados, en primer lugar, a los consultantes, por su testimonio, además, por la confianza depositada en mí para compartir sus narrativas de vida, atravesadas por el dolor; en segundo lugar; a los médicos psiquiatras, por su disposición para sumar a este proyecto de investigación.

Parte de esta tesis doctoral está financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT).

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	10
Estructura de la tesis.....	14
PRIMERA PARTE: PROBLEMÁTICAS ALREDEDOR DEL FENÓMENO	21
CAPITULO I: ESTADO DEL ARTE	21
1.1 Antecedentes: La psicopatologización de lo cotidiano.....	21
1.1.2 Algunos datos que evidencian la situación en México.....	32
1.2 Planteamiento del problema: El silenciamiento del sujeto.....	36
1.3 Preguntas de investigación	41
1.3.1 Pregunta general	41
1.3.2 Preguntas específicas.....	41
1.4 Justificación del estudio: La biologización del devenir como imperativo	42
SEGUNDA PARTE: MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.....	52
CAPITULO II: COORDENADAS PSICO-SOCIALES DE ADVENIMIENTO DEL SUJETO CONTEMPORÁNEO.....	52
2.1 De la subjetividad en las ciencias sociales	52
2.2 Dinamismos e instituciones de la modernidad	62
2.2.1 Lenguajes del Yo en el proyecto de la modernidad.....	72
2.2.2 Dinámica del Yo moderno.....	78

2.3 La fiabilidad en el marco de la falibilidad. La “seguridad ontológica” como eje de sostén existencial.	83
2.3.1 De la “Hilflosigkeit” a la “seguridad ontológica”	87
2.4 La modernidad tardía y su oferta de (in)certidumbre.	93
2.4.1 El neoliberalismo económico como (des)articulador del proyecto de la modernidad.	100
2.4.2 Lo social en lo individual. El sujeto bajo amenaza.	103
2.5 Disposiciones psíquicas de los escollos de lo social.	110
2.5.1 La experiencia del sufrimiento humano.	113
2.5.2 Las fuentes del sufrimiento	118
CAPITULO III: LA MEDICINA: SISTEMA EXPERTO E INSTANCIA DISCIPLINARIA	124
3.1 La medicina como ciencia y sistema de exclusión. La voluntad de verdad.	124
3.3 La medicalización como vehículo del modelo médico hegemónico	145
3.4 El pasaje del Yo romántico al químico.....	153
3.5 Biopolítica: la medicina mental y medicalización del sufrimiento	161
TERCERA PARTE: ASPECTOS EMPÍRICOS, PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS Y CONCLUSIONES.....	169
CAPITULO IV MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	169
4.1 Objetivos de investigación	169
4.1.1 Objetivo general	169

4.1.2	Objetivos particulares	169
4.2	Estrategias metodológicas	170
4.2.1	Lo cualitativo como estrategia de entrada a la interioridad.....	170
4.2.2	La narrativa: el puente entre la interioridad y la exterioridad	171
4.2.3	La narrativa como diseño de investigación	175
4.2.4	Universos, protagonistas y escenarios de la investigación	177
4.2.5	Instrumentos para recuperar los relatos	185
4.2.6	Consideraciones éticas alrededor del trabajo de campo	187
4.2.7	Tratamiento de los datos obtenidos	189
CAPITULO V PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS.....		195
5.1	El origen: sujetos modernos en condiciones de desamparo.	195
5.1.1	LA INFANCIA DE LOS CONSULTANTES: VIVÍA COSAS MUY DESAGRADABLES.....	196
5.1.1.1	La familia de la que Yo provengo.	197
5.1.1.2	Abusó de mí.....	198
5.1.1.3	El maltrato de mi familia	199
5.1.2	LA VIDA ADULTA DE LOS CONSULTANTES: YO ME IMAGINABA QUE TODO IBA A SER MUY PADRE.	200
5.1.2.1	Tuve que casarme	201
5.1.2.2	Violencia.....	202

5.1.2.3 Era muy difícil	203
5.1.2.4 He tenido pérdidas muy constantes	203
5.1.2.5 Me jugo rudo	204
5.1.3 LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: TRABAJO CON EL ENFERMO.	206
5.1.3.1 Así lo aprendí	206
5.1.4 EL QUIEBRE DESDE LOS CONSULTANTES: YA ANDO HASTA LA MADRE DE TENSO.	208
5.1.3.1 Yo no entendía qué me pasaba	208
5.1.3.2 Tengo que saberlo manejar.....	209
5.1.5 EL QUIEBRE DESDE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: INVADE LA DESESPERACIÓN.....	211
4.1.5.1 Disminución de la energía vital	212
4.1.5.2 Años en decidirse	212
4.1.5.3 Un perdido a todas va	213
4.1.5.4 La consulta que Yo veo	214
4.1.5.5 En las mujeres.....	214
4.1.5.6 En los varones.....	215
5. 2 El encuentro en la consulta psiquiátrica: lo biográfico frente al sistema experto.	215
5.2.1 LA LLEGADA A LA CONSULTA DESDE LOS CONSULTANTES: YO LO QUE QUERÍA ERA DEJAR DE SUFRIR	217

5.2.1.1 Usted ya necesita algo	217
5.2.1.2 Lo que me dijo el psiquiatra	219
5.2.1.3 Me está dando medicamento	220
5.2.2 LA LLEGADA A LA CONSULTA DESDE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: ME SIENTO MUY MAL:.....	221
5.2.2.1 Me mandan con usted.....	221
5.2.2.2 Me dijeron que tenía depresión	222
5.2.2.3 No sirvo, no puedo dar lo mejor de mí.	222
5.2.2.4 Hay un protocolo, un algoritmo.....	223
5.2.2.5 Tenemos guías de manejo.....	224
5.2.3 REFLEXIONES DE CONSULTANTES: DE NO HABER SUFRIDO ESO, YO HUBIERA SIDO OTRA PERSONA.....	226
5.2.3.1 Todo lo que he pasado de chiquito todavía no sale	226
5.2.3.1 No creo que sea mágico.....	228
5.2.4 REFLEXIONES DE MÉDICOS PSIQUIATRAS: FACTORES QUE SE VAN ACUMULANDO	228
5.2.4.1 Yo creo que están anclados en su vida personal.....	229
5. 3 La salida del dispositivo psiquiátrico: la incertidumbre y el señalamiento:.....	230
5.3.1 PERSPECTIVAS DEL TRAYECTO DESDE LOS CONSULTANTES: LAS PERSONAS ME SEÑALAN	231
5.3.1.1 Me veían raro.....	231

5.3.1.2 Existe el otro lado.....	232
5.3.2 PERSPECTIVAS DEL TRAYECTO DESDE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: ME VAN A DECIR QUE ESTOY BIEN LOCO	232
5.3.2.1 Si es muy estigmatizado	233
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.....	234
6.1 Palabras recurrentes en los relatos: El (des)encuentro del profano con el experto .	234
CAPITULO VII RECOMENDACIONES	240
7. BIBLIOGRAFÍA	242
8. ANEXOS	250
RELATOS DE LOS CASOS SELECCIONADOS	250
8.1 El origen	250
8.1.1 La infancia de los consultantes.....	250
8.1.2 La vida adulta de los consultantes	253
8.1.3 La formación de los médicos psiquiatras	259
8.1.4 El quiebre desde los consultantes	262
8.1.5 El quiebre desde los médicos psiquiatras	266
8.2 El encuentro en la consulta psiquiátrica	270
8.2.1 La llegada a la consulta desde los consultantes.....	270
8.2.2 La llegada a la consulta desde los médicos psiquiatras.....	273
8.2.3 Reflexiones de consultantes.....	279

8.2.4 Reflexiones de médicos psiquiatras.....	282
8.3 La salida del dispositivo psiquiátrico	284
8.3.1 Perspectivas del trayecto desde los consultantes.....	284
8.3.2 Perspectivas del trayecto desde los médicos psiquiatras	286

INTRODUCCIÓN

Esta tesis describe y analiza las narrativas de pacientes que acuden al servicio de psiquiatría y de médicos psiquiatras sobre el sufrimiento emocional destacando el papel que juegan en ellas: los motivos, las atribuciones, el diagnóstico y el tratamiento recibido, y los efectos de la visita con el psiquiatra que, en razón del modelo de intervención vigente, da la impresión de que en ese espacio se reduce significativamente las posibilidades de abordaje, teniendo la prescripción y petición de medicamentos como tratamiento principal.

En esta investigación, por las características y naturaleza del fenómeno que nos interesa, recurrimos a la indagación de las narrativas. En este sentido, proponemos un emprendimiento de tipo cualitativo, ya que dirigiremos nuestra mirada y escucha a las narrativas del fenómeno y actividades relacionadas con el sufrimiento emocional que están localizadas en un lugar y tiempo específicos. Lo que buscamos es hacer uso de una serie de estrategias interpretativas y materiales para hacer visible los mundos, tanto de consultantes, como de psiquiatras, alrededor de este tipo de experiencias. Esta estrategia utilizada nos permitirá acercarnos a la descripción de ciertas rutinas, prácticas y momentos significativos que envuelven la vida de los individuos entrevistados. El trabajo de campo de esta investigación se realizó con casos seleccionados de las ciudades de Guadalajara, Jalisco; y de Tijuana, Baja California.

Mediante el análisis las narrativas del sufrimiento emocional en el encuentro de la consulta con el psiquiatra buscamos dar cuenta de algo más allá de la práctica cotidiana de los involucrados, se trata de dilucidar, un sistema de ideas y de representaciones que dominan el espíritu de un hombre o de un grupo social; de igual manera, dar cuenta de cómo los psiquiatras

y sus pacientes, se encuentran atravesados por los problemas del mundo social, mismos que se encarnan en dramas personales.

Nos interesa detectar los elementos comunes a algunos sujetos, pero no necesariamente inherentes a todos los seres humanos. Desde esta perspectiva, entonces, nos interesa recuperar elementos de la subjetividad que son claramente culturales, frutos de ciertas presiones y fuerzas históricas en las cuales intervienen vectores políticos, económicos y sociales que impulsan el surgimiento de ciertas formas de ser y estar en el mundo. Este tipo de análisis consideramos que es el más pertinente para este estudio, ya que nos permitirá elucidar posiblemente nuevas configuraciones de modos de ser que se desarrollan en el marco de la modernidad tardía y sus ideales.

El sufrimiento subjetivo muchas veces tiene que ver con comportamientos y sentimientos relacionados a la experiencia humana. Es cierto que estos pueden ser nada placenteros y/o indeseables, sin embargo, son inherentes a la experiencia de estar vivo.

Desde el modelo médico hegemónico, aunando al desarrollo de las neurociencias se ha pretendido abordar este tipo de malestares subjetivos desde una lógica medicalizadora, es decir, que estas vivencias de la vida cotidiana, producto del devenir humano se entienden más como problemas médicos, convirtiéndolos en trastornos y enfermedades, reinterpretando lo sociocultural, e incluso, cualquier comportamiento, como de naturaleza biomédica. Parece que estamos frente a una práctica psiquiátrica que valora más lo orgánico en detrimento de lo subjetivo y del cuerpo tomado subjetivamente.

Existe una tendencia a la psiquiatrización de experiencias de malestar subjetivo, y por consecuencia una medicalización de las mismas, ya que se tratan como enfermedades o trastornos. Frente a estas sensaciones se legitima el hábito de la farmacologización, del ajuste personal por la vía química. La medicina más que ir a la raíz de los problemas de salud, busca combatir las manifestaciones y los efectos de la enfermedad basándose en la farmacología y en la sobre-medicalización de los pacientes.

Cada vez más existen lecturas medicalizantes de acontecimientos de la vida cotidiana, el abordaje es sobre los médicos psiquiatras que, en razón de su paradigma de intervención, soportado en la psicofarmacología, las neurociencias y la genética (Izaguirre 2011), da la impresión que la única posibilidad de intervención es mediante la prescripción de medicamentos

Se asume que existe una tendencia a la medicalización de experiencias de malestar o sufrimiento relacionadas la vida cotidiana. Es decir, que situaciones relacionadas con elementos del devenir, individual como sujetos, y de lo social, tales como condiciones económicas, situaciones relacionadas con la violencia, el desempleo, la marginación, violaciones, desintegración familiar, la falta de oportunidades, por mencionar algunos, inevitablemente producen sensaciones de malestar o sufrimiento que, si bien es cierto, la experiencia de los mismos es a nivel individual y personal, es innegable que parte de sus razones están ancladas hondamente en el contexto en el cual está inserto el sujeto.

Cada vez más se recurre a recursos y explicaciones biomédicas. Tanto por parte de médicos como de pacientes. Borrando por completo las influencias estructurales y la singularidad del

sujeto que lo padece, en pocas palabras quedan fuera toda una gama de factores sociales y personales que se encuentran tejidos y encarnados en torno a estas experiencias.

La pertinencia de esta investigación de ciencias sociales es en razón de que, a partir de los elementos recuperados, se busca brindar coordenadas antropológicas, sociológicas y psicosociales que sumen a la reflexión respecto a los principios propuestos desde la bioética, sobre todo al de beneficencia y no maleficencia, que desde hace tiempo ha venido acompañando a la práctica médica: *Primum non nocere*¹.

En términos generales, esta investigación busca contribuir al, y desde, el campo de lo psicosocial, al estudio de las formas como el sufrimiento humano, en la época contemporánea, corre el riesgo de ser configurado como enfermedad y ser tratado exclusivamente con medicamentos. De igual manera, incidir, haciendo alusión a Arnoldo Kraus (2016), para que el campo de la medicina no quede desarmado cuando se confronte con problemas acuciantes, cotidianos, no académicos, es decir, humanos.

¹ “Primero no hacer daño”, Según, Arnoldo Kraus (2016), es una máxima médica erróneamente atribuida a Hipócrates, ya que no aparece en el Corpus hipocrático; de acuerdo a los historiadores de la medicina esa expresión se empezó a utilizar en las escuelas de medicina a partir de 1860.

Estructura de la tesis

La tesis está dividida en tres momentos, y configurada a partir de seis capítulos temáticos. De manera general, en la primera parte se presentan una serie de problemas y situaciones que envuelven al fenómeno investigado buscando recuperar elementos teórico - empíricos desde las ciencias sociales, particularmente desde la psicología social, que ayuden a enmarcar nuestro objeto de estudio; asimismo, también se encuentra la justificación de este estudio; en la segunda parte se encuentra el marco teórico – conceptual, que tiende un puente entre las ciencias sociales y el psicoanálisis; y en la tercera los aspectos relacionados con el método y los precedimientos, la presentación y discusión de los hallazgos, de igual manera las conclusiones.

De manera particular, la primera parte, comprende el *capítulo 1* que se refiere al estado del arte, las preguntas de investigación y la justificación, este está desarrollado a partir de tres ejes: *el primero*, por un lado, elementos alrededor de la experiencia del sufrimiento emocional, asumiendo que existe en todas las personas y que, el mismo, este tejido por elementos del orden de lo social, lo cultural y lo singular; y por el otro, mediante elementos empíricos, la tendencia a la reconfiguración, desde la práctica psiquiátrica, como algo diagnosticable y tratable, haciendo de lado estos elementos y los abordajes sostenidos en la historización y el contexto social y biográfico, para colocarlas a nivel de desequilibrios neurobioquímicos, sugiriendo que el origen se encuentran en el órgano cerebro. *El segundo*, que aparece como el planteamiento del problema, expone una visión antropológica anclada en Sigmund Freud, que señala que hay un malestar en el ser humano que es estructural, al mismo tiempo que, no puede haber ser humano y civilización, sino es a partir de una serie de frustraciones; para esto, la cultura debe ofrecer rutas de contención por medio de bienes simbólicos que le brinden la posibilidad de

atemperar los efectos de estas. Sin embargo, la modernidad provocó en los sujetos una crisis de representación, ya que hubo un fracaso de ciertas prácticas de sentido. Las instituciones ya no alcanzan a contener la experiencia de ser humano, precipitando una subjetividad atravesada por la incertidumbre. En este sentido, lo institucional, ofrece formas de alivio exclusivamente atravesadas por la tecnología, cada vez más despojadas del lenguaje, de la historia, de la biografía, de lo social, para solo ser tratadas y aliviadas mediante un fármaco; *Tercero, como justificación del estudio*, señala, que hay una tendencia a la medicalización de experiencias de sufrimiento relacionadas la vida cotidiana, por lo que buscamos rastrear en nuestro contexto las condiciones de posibilidad de este modelo de intervención y sus efectos, que tanto ha impregnado en otras latitudes las narrativas y las prácticas de los consultantes y de los médicos psiquiatras.

La segunda parte, la comprende el marco teórico – conceptual que está dividido en dos momentos; el capítulo 2, *Coordenadas psico-sociales de advenimiento del sujeto contemporáneo*, propone algunas consideraciones teóricas alrededor de los estudios de la subjetividad en las ciencias sociales, señalando que esta es producto de una realidad externa que se interioriza, se significa y resignifica, convirtiéndose en realidad psíquica, al mismo tiempo que es producto del conjunto de efectos, variables histórica y de discursos socialmente instituidos que, además, aparecen como referentes identificatorios.

Este capítulo, es un esfuerzo por tender un puente entre conceptos de las ciencias sociales y del psicoanálisis con la intención de elucidar las condiciones sociales, culturales y biográficas que precipitan el fenómeno del sufrimiento emocional en el contexto contemporáneo, teniendo como eje conductor la apuesta de que la subjetividad, es la

singularización de lo social; y lo social, la socialización de lo singular. Para tal fin, hacemos un recorrido por el escenario de la modernidad tardía, sus riesgos, sus imposibilidades y sus efectos alrededor de la constitución subjetiva y el sufrimiento emocional. Desde las ciencias sociales, recuperamos los postulados que presentan al proyecto de la modernidad como inacabado o fracasado, autores como Anthony Giddens, Jürgen Habermas, Zygmunt Bauman, Ulrich Beck, Kenneth Gergen, Charles Taylor y David Harvey nos ayudan a caracterizar las consecuencias de sus dinanismos y sus instituciones sobre la esfera de lo individual. El distingo entre sociedades premodernas y modernas; el neoliberalismo como sistema económico que teje cualquier vicisitud de la vida ordinaria; el proyecto del iluminismo presentando a la razón y al científicismo como bandera de vanguardia y de ruptura con lo tradicional; el romanticismo, como un movimiento que resiste a los embates de la razón, y que recupera y salva la vida de la interioridad profunda de las pasiones; los sistemas expertos, que sustituyen al dogma, y hacen a un lado a la divina providencia, para colocar a la divinidad de la razón en el centro de cualquier posible intelección respecto a la existencia a partir de la división del mundo entre profesionales y profanos, perteneciéndoles, a los primeros, el saber y, a los segundos, la ignorancia. Situaciones como el desanclaje, la fiabilidad frente a la posibilidad de falibilidad, son situaciones que en la modernidad tardía terminaron por comprometer la seguridad ontológica. En este sentido, la modernidad tardía, no cumplió con su promesa, haciendo que todo se desvaneciera en el aire.

Por el lado del psicoanálisis², recuperamos dos ejes fundamentales, el primero, las lecturas que se hacen de lo social, en donde sostenemos que *la psicología individual es*

² En este proyecto de investigación, algunos conceptos del psicoanálisis tienen una figura central dentro de la argumentación teórica. Consideramos importante subrayar que los conceptos que recuperamos de este modelo

simultáneamente psicología social; y, el segundo, algunos relacionados con la constitución subjetiva. El concepto de la “*Hilflosigkeit*”, o desamparo originario, se vuelve fundamental para articular las vicisitudes de la vida psíquica y la necesidad de un portavoz que se vuelva salvaguarda y dador de un patrimonio de representaciones que ayuden a aliviar esta falla estructural y nos ofrezca cierta seguridad para transitar por el mundo. Autores como Sigmund Freud, Piera Aulagnier, Donald Winnicott, Erik Erikson, Serge Lebovici y Rene Spitz nos ofrecen el continente donde operan estos conceptos propuestos para pensar al sujeto, y el sufrimiento.

El capítulo 3, *La medicina: sistema experto e instancia disciplinaria*, ofrece claves para delinear como a partir de la medicina moderna, cobijada por el manto de la racionalidad científica de la modernidad, favoreció el paso *de las teocracias a la somatocracia*, en donde el hospital aparece como el nuevo santuario que sustituye a la iglesia y al parlamento como centro simbólico de la sociedad occidental. En el marco de la somatocracia, ya no es relevante salvar el alma, sino *el cuerpo*. Esto no se pudo haber gestado de otra manera, sino a partir de la alianza de la medicina con el Estado, en donde esta se institucionaliza, y hace a un lado el interés individual, para dirigir sus esfuerzos al interés por lo social, tornándose esto en una *técnica de control*. La medicina aparece entonces como una *policía del cuerpo*, dejando de lado la terapéutica para dar paso al higienismo.

teórico son aquellos relacionados con las lecturas que hace de lo social, asimismo, las que nos ofrecen coordinadas para pensar una posible explicación de la constitución subjetiva, ya que, siguiendo a Eric Kandel (1999) consideramos que el “psicoanálisis todavía representa la visión más coherente e intelectualmente satisfactoria de la mente”. Otro eje teórico – conceptual fundamental nos lo ofrece Michel Foucault desde su propuesta alrededor de la medicina como ciencia y sistema de verdad, convertido en una instancia política, que tiene como proyecto la medicalización de la sociedad, derivando en la gestación de una “somatocracia”. Hacemos esta nota con la intención de dejar al margen las críticas que Foucault hace al psicoanálisis alrededor de su dispositivo clínico.

Se propone pensar a la medicina como ciencia a partir del concepto de *voluntad de verdad*, en donde como *sistema experto y disciplinario* opera como una maquinaria que pretende la exclusión, de todas aquellas verdades o discursos, del campo de *lo profano*. De esta manera, a partir de este momento, todas las proposiciones relacionadas con la salud que apelaran a nociones metafóricas, cualitativas o sustanciales, quedaban fuera de la medicina para ser colocadas como fantasma individual o parte de la imaginería popular.

Recuperamos el concepto de Modelo Médico Hegemónico, derivado de estas configuraciones y reconfiguraciones que ha tenido la medicina a partir del siglo XVIII, caracterizado por la mirada de lo científico y lo técnico depositada sobre un cuerpo enfermo, dejando de lado al sujeto que padece, reinterpretando lo biográfico y sociocultural como de naturaleza biomédica.

Señalamos que la *medicalización* aparece como vehículo del *Modelo Médico Hegemónico* mediante el cual la medicina expande su jurisdicción abarcando una serie de problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. En el caso del sufrimiento (y de la salud), en la modernidad tardía, se encuentra acorralado por el continente de la práctica médica, se convierte en un asunto de un saber organizado en posesión de “genios profesionales” que dejan al profano despojado y sin algún asidero simbólico.

Advertimos que, en esta tendencia medicalizante, tanto los asuntos del cuerpo como los del alma, se reservan y reducen, por un lado, a explicaciones relacionadas con el sustrato orgánico y bioquímico de los sujetos; y por el otro, a intervenciones técnico-científicas, biomedicalizadas; teniendo como efecto, la configuración de una visión antropológica -

biosocial entendida como una socialización apolítica, pensada desde las características biológicas-, que aparece como una mutación respecto a cómo se entendía, hasta cierto momento, la personalidad, transitando de una individualidad precipitada desde la experiencia íntima de sí mismo, hacia una “individualidad somática”, “un sujeto cerebral” o un “Yo neuroquímico”.

Por consecuencia, destacamos que las dificultades que se presentan en el ámbito subjetividad relacionadas con el sufrimiento, incluso con el malestar cotidiano, son cooptadas por el brazo de la medicina llamado psiquiatría, que al amparo de las visiones de la “cerebralidad” o del “Yo químico”, produce una serie de prácticas y narrativas que privilegian las explicaciones en términos de disfunciones neuroquímicas, que además dejan de lado las fuentes sociales y biográficas del sufrimiento.

Autores, como Michel Foucault (somatocracia), Eliot Freidson (la medicina como ciencia), Peter Conrad (la medicalización), Eduardo Menéndez (Modelo Médico Hegemónico), Nikolas Rose (Neurochemical Self), Fernando Vidal (Sujeto cerebral) son autores que nos ofrecen las coordenadas para delinear este capítulo.

La tercera parte la comprenden aspectos empíricos, la presentación y discusión de los hallazgos, además de las conclusiones. Particularmente el *capítulo 4, Métodos y procedimientos*, se presenta el objetivo general y particular de esta investigación, asimismo las estrategias metodológicas que recorrimos para llevar a cabo el trabajo de campo. Exponemos también los detalles del instrumento utilizado, que fue la entrevista semi-estructurada; de igual manera las consideraciones éticas que rodearon a este trabajo de investigación.

Relacionado al tratamiento de los datos obtenidos, no perdiendo de vista que la investigación narrativa se utiliza para evaluar una sucesión de eventos, los datos recogidos en esta investigación se articularon en una cronología de experiencias y hechos (pasados, presentes y perspectivas a futuro), por consiguiente, aparecen a lo largo de las narraciones, en una serie de secuencias de relatos concatenados en microrrelatos.

El *capítulo 5, Presentación y análisis de los hallazgos*, evidencia y analiza las recurrencias temáticas recuperadas, agrupándolas en elementos comunes (lo enunciado por más de dos entrevistados) y elementos particulares (aquellos que fueron mencionados solo por uno de los universos). Se hizo una comparación para buscar las constantes y las diferencias de los universos considerados. Todas las categorías y temáticas recuperadas para su análisis se separaron en tres apartados con la intención de articularlos en una cronología de experiencias y hechos en torno al sufrimiento emocional antes, durante y después del encuentro de los participantes en el dispositivo psiquiátrico. Se presentan y analizan, del universo de consultantes, 6 categorías y 17 temáticas vinculadas a estas; por el lado de los médicos psiquiatras, se presentan 5 categorías y 13 temáticas que se desprenden de estas categorías.

El *capítulo 6, Conclusiones*, exponemos, intelecciones concluyentes alrededor de los 4 ejes fundamentales que articularon el objetivo de esta tesis: los motivos, las atribuciones, el diagnóstico y el tratamiento recibido.

El *capítulo 7* presenta recomendaciones para futuras investigaciones y emprendimientos de intervención.

PRIMERA PARTE: PROBLEMÁTICAS ALREDEDOR DEL FENÓMENO

CAPITULO I: ESTADO DEL ARTE

1.1 Antecedentes: La psicopatologización de lo cotidiano.

Ya desde Aristóteles el sentir se destaca como un criterio diferenciador entre lo animado y lo inanimado y de frente al Ser (ousía) que se despliega como naturaleza (físis). El sentir puede estar expresado en la naturaleza en diferentes formas: la vida vegetativa, animal y la que subsume las otras dos con el atributo diferencial de lo intelectual: el humano. El sentir en tanto humano tiene como principio base de discriminación de los estímulos internos y externos el placer y el dolor. La búsqueda misma del bien, de la felicidad no es para este clásico sin la experiencia y los hábitos.

Por otro lado, Espinoza, pondera que el conatus de vida, reconocido como consciente (el deseo) en el humano, es la base de los afectos fundamentales: la tristeza y la alegría, el primero disminuye la capacidad de obrar y el segundo la potencia.

De acuerdo con esta tradición occidental de pensamiento Freud (1929, p. 76), señaló que la amenaza del sufrimiento aparece desde tres fuentes: desde el cuerpo, que parece condenado a la declinación y la muerte; del lado del mundo exterior, ya que muchos de nuestros padecimientos provienen de fuerzas destructoras que no podemos controlar; y, por último, de los vínculos con los demás. Sugiere entonces que la manera en que uno conoce el sufrimiento solo es a partir de la experiencia, teniendo como continente el cuerpo, la naturaleza y la sociedad. La frustración del principio del placer por el de la realidad social es la variable que posibilita el desarrollo autoplástico como aloplástico en su relación del individuo con su medio.

En sus escritos sociales, Freud (1927, 1929) señala que la civilización no puede ser sino es a condición de una serie frustraciones o represiones sistemáticas de los deseos humanos; a la par de la obtención de una serie de satisfacciones sustitutivas, ideales e ilusiones, que se ven acompañadas con decepciones inevitables; de tal manera que estar insertos en la civilización nos empuja a sufrir de una serie de ilusiones, por consecuencia de desilusiones y malestares.

Freud (Freud, 2006d, 2006h) advertía que la modernidad exige del individuo muy altos rendimientos, ya que se está incorporado en un contexto que invita a la sofocación de más de alguno de nuestros deseos, y la regulación de otros tantos, ya que la cultura no puede ser sino es bajo la condición de ceder un fragmento de nuestro patrimonio desiderativo. Siendo compensado con un patrimonio cultural común de bienes e ideales sustitutos. Vivir en comunidad demanda una dosis de malestar, ya que como se menciona, esta solo puede ser a partir de la renuncia de los deseos personales, en favor del bien común. La idea sugerida por Freud es, que al ser humano lo acompaña un malestar que es inherente a su condición misma, y que por momentos podrá apaciguarlo en la medida que la cultura le ofrezca sentidos y reemplazos para esas renunciaciones.

La ansiedad, miedo, tristeza, problemas para dormir, ganas de llorar tiene que ver con comportamientos y sentimientos relacionados a la experiencia humana de la vida cotidiana, están vinculados con las manifestaciones de la subjetividad de la condición humana. Es cierto que son sentimientos, sensaciones, afectos o emociones que pueden no ser placenteras o llegar a ser indeseables, sin embargo, son inherentes a la experiencia de estar vivo.

Estudios recientes como el de Cassel (1982) señala que la experiencia del sufrimiento o malestar existe en todas las personas. Comprender las razones de este sufrimiento, más allá de solo aliviarlo, trasciende las explicaciones simplistas; Cassel comenta que, para una comprensión de este tipo de fenómenos, no debemos perder de vista que están anclados a la personalidad de quien los vive, quedando expuestos a la posibilidad de experimentar daño y/o sensaciones de pérdida, esto debido a que, en el fenómeno del sufrimiento, se involucra el pasado vivido, la familia, la sociedad y la cultura a la que se pertenece, los roles que desempeñamos, las relaciones, el cuerpo, lo inconsciente, las posiciones políticas, los secretos y el futuro percibido, por mencionar algunos.

Por consecuencia, situaciones relacionadas con elementos del devenir individual y social, tales como condiciones económicas, situaciones relacionadas con la violencia, el desempleo, la marginación, violaciones, desintegración familiar, la falta de oportunidades, etc., inevitablemente producen sensaciones de malestar o sufrimiento, que si bien es cierto la vivencia de los mismos es a nivel individual y personal, es innegable que parte de sus razones están ancladas hondamente en el contexto en el cual está inserto; sin embargo, investigaciones recientes presentan evidencia clara respecto a la tendencia a la apropiación por parte del modelo médico vigente de este tipo de experiencias de malestar o sufrimiento, que como se menciona, están relacionadas a la vida cotidiana. (Comas, 2006; Reneses, 2015; Rivera, 2011)

La vida cotidiana tiene efectos en todos, y en ocasiones, estos resultan inquietantes. Esta impacta las singularidades, dejan huella, diría Rivera (2011), en los que estamos expuestos a ella. En muchos casos esta cotidianeidad produce malestar o sufrimiento, mismo que se expresa con términos como tristeza, enojo, inquietud, incertidumbre, impaciencia, desanimo,

indefensión. Emergen pues, emociones y sensaciones que para algunas personas, resultan difíciles de sobrellevar de manera individual, algunos sugieren que esto se debe a una crisis de representación, al mismo tiempo de que vivimos en una sociedad segmentada que tiene efectos desestructurantes para el entramado social y la subjetividad (Comas, 2006)

Se considera que estas situaciones o sensaciones se experimentan de manera universal, así también están ancladas a un tiempo y a narrativas y experiencias muy particulares a cada persona en donde se ven involucrados tanto el cuerpo como las emociones (Cassell, 1982). Este tipo de experiencias no son fáciles de sobrellevar ya que, al experimentarlas, las sensaciones que provocan se traducen como amenazas a la seguridad y al sentido de sí.

Una primera aproximación a la definición de malestar o sufrimiento que se asume aquí es la referida por el centro de investigación en bioética, The Hastings Center, de Nueva York, que en su informe los “Fines de la medicina” (2005) señala que es una “sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria” (pág. 36)

Ávila Espada (2011) sugiere que cuando hacemos referencia a este tipo de experiencias tendremos que voltear hacia lo social, porque ahí es en donde encontraremos su fuente; ya que este no puede ser, si no es a condición de la inscripción del sujeto en lo social; es decir, que el sufrimiento se produce a razón de un aislamiento, no voluntario de las figuras e instituciones sociales que envuelven a los sujetos.

Miguez (2005) resalta que en la época contemporánea predomina una cultura en el que desde lo social existe un silenciamiento de sensaciones de tedio, cansancio, angustia, miedo y otras expresiones de malestar en general. Frente a estas sensaciones, continua, se legitima el hábito de la farmacologización de la vida cotidiana, es decir, del ajuste personal por la vía química. La medicina más que ir a la raíz de los problemas de salud, busca combatir las manifestaciones y los efectos de la enfermedad basándose en la farmacología y en la sobre-medicalización de los pacientes.

Es común encontrar que en la época contemporánea la manera en que se abordan estas experiencias o sensaciones es bajo el marco del modelo médico vigente; es decir, se explica y trata bajo la mirada de la racionalidad médica, sobre todo desde la óptica de la psiquiatría, trasladando el abordaje de las mismas a referentes relacionados con el tema de la “salud – enfermedad mental”, depositando las razones de estos sufrimientos en el sustrato biológico, resolviéndose mediante la configuración de un diagnóstico, y por consecuencia de un tratamiento. Esto, no solo tiene efectos en la práctica psiquiátrica, sino también en las personas que recurren a ella para encontrar alivio (Geneyro Saldombide & Tirado Serrano, 2015; Lawrence, Rasinski, Yoon, & Curlin, 2015; Vilhelmsson, Svensson, & Meeuwisse, 2013)

Con el desarrollo de las neurociencias, aunado al modelo médico hegemónico, soportados en la ciencia y en la técnica, centrada en una intervención biologicista de cualquier padecimiento, sufrimiento o enfermedad, las intervenciones para el tipo de vivencias antes señaladas, al parecer han sido cada día más bajo el espectro de la medicalización. Existe una tendencia a la psiquiatrización de experiencias de malestar inherentes a la vida cotidiana y, por

consecuencia, una medicalización de estas, es decir, tratarlas como enfermedades o trastornos, cito:

“en su afán de incluir todas las variedades y extravagancias de los sentimientos y comportamientos humanos en su ámbito profesional, corren el riesgo de medicalizar no solo la Psiquiatría, sino la propia condición humana. Medicalizar la condición humana es aplicar una etiqueta diagnóstica a varios sentimientos y comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente normales pero que se sitúan en un área nebulosa, difícil de distinguir, de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser humano” (Chodoff, 2002)

Susana Belmartino (1987) señala que las abstracciones que la medicina hace en torno al proceso de salud - enfermedad se desprenden de un modelo médico hegemónico, en donde el abordaje es mediante el acercamiento al órgano enfermo, dejando de lado al individuo, de la misma manera que hace con el entorno en que este está inserto. El modelo médico hegemónico lo define como tecnocrático, es decir que su visión está precipitada por la mirada de lo científico y lo técnico.

Esto bajo el argumento de que lo técnico es neutro. Habla de un monopolio del saber, que utiliza un lenguaje que se define previamente como científico, en base a conocimientos que se han probado empíricamente. Esto genera una plataforma en la que se soporta la práctica médica, que es la del saber, y eso le permite tomar decisiones para resolver problemas de los pacientes que no saben qué les pasa, y no queda más que someterse a este saber médico, buscando un sentido de eso que les acontece; quedando el paciente en un lugar de sometimiento, de subordinación, como condición para la solución de sus problemas.

Convertir al sufrimiento en una enfermedad o en un trastorno, es focalizar las causas de dicho padecimiento en el sustrato biológico de los individuos, se encapsula en el cuerpo,

traduciéndose en muchas ocasiones como un simple desequilibrio bioquímico, dejando de lado la biografía y las raíces estructurales del mismo (Aho, 2008; M. Smith & Jaffe-Gill, 2015)

Estas experiencias se reconfiguran desde la práctica psiquiátrica, deviniendo enfermedades diagnosticables y tratables: se les despoja de sus anclajes singulares y sociales, para colocarlas a nivel de desequilibrios neurobioquímicos que pueden ser regulados mediante un medicamento. Los métodos de abordaje sostenidos en la historia y en el contexto social y biográfico han quedado de lado, para ser sustituidos por la tecnología relacionada a la regulación bioquímica, indicadores e imágenes cerebrales, sugiriendo que las razones del por qué se sufre o se experimenta el malestar se encuentran localizadas en el órgano cerebro (Borgelt, Buchman, & Illes, 2011; Geneyro Saldombide & Tirado Serrano, 2015)

De esta manera, este tipo de intervenciones arrebatan al sujeto que sufre cualquier posibilidad de dar cuenta de su experiencia, de sus motivos, de sí mismo.; de historizar eso que le acontece. En este escenario, la única que nos puede ofrecer una parcela de verdad, respecto a este padecer, es la biología y la tecnología: indicadores biológicos, neuroimagen, bioquímica y psicofármacos; todo lo demás o lecturas previas a este modelo, son consideradas como especulación. Bajo esta mirada médica, del sujeto y de lo social nada se quiere saber. (Borgelt et al., 2011; Traverso-Yépez & Fernandez de Medeiros, 2005)

La complicación respecto a este tipo de experiencias, enmarcadas bajo el modelo médico hegemónico, es que, a diferencia de otras ramas de la medicina, en la psiquiatría, disciplina encargada de su abordaje, salvo en los casos de daño severo, no hay ninguna prueba de sangre o escaneo cerebral que haya demostrado alguna lesión física o algún daño en los tejidos que nos

podiera ayudar a tener un vínculo claro entre la biología y estos padecimientos. Índices físicos de patología se pueden encontrar en otras ramas de la medicina, pero no en la psiquiatría, por lo tanto, no hay evidencia biológica clara de este tipo de padecimientos (Aho, 2008)

Desde la psiquiatría las emociones son concebidas como comportamientos estereotipados y biológicos derivados de la actividad cerebral, situación que favorece su incorporación en el campo médico facilitando la posibilidad de otorgarles un carácter de causa y efecto (López, 2010) Así, la reducción de las emociones a una localización cerebral y bioquímica, bajo el supuesto de encontrar cierta validez científica en las explicaciones etiológicas contemporáneas, no hacen sino retomar las hipótesis que imperaban durante el siglo XIX, en donde, como ahora se pretende, se supone que toda experiencia, trastorno o síntoma vamos a encontrar su localización en el cerebro (Lopez, 2016)

El abordaje del malestar o del sufrimiento emocional no siempre fue exclusivo de la medicina, particularmente de la psiquiatría; no siempre hubo lecturas medicalizadas, ni biologizantes respecto a este tipo de experiencias que, en muchos casos, son consecuencias de situaciones de la vida cotidiana. Hasta antes de 1980, previo a la salida de la tercera edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, los abordajes desde el campo médico estaban impregnados por discursos y saberes en donde lo importante dentro del entendimiento de este padecer era recuperar la biografía del sujeto; en este sentido, el experto de las razones de su sufrimiento era el paciente (Brinkmann, 2014).

Al menos en el ámbito de la psiquiatría y las lecturas posibles respecto al malestar y sufrimiento, el DSM III marcó un distingo, ya que es a partir de este que las explicaciones al

respecto van haciendo a un lado a la persona y su contexto, para centrarse en la biología y en la neurobioquímica. Todo se reserva a una serie de síntomas y la periodicidad de estos ofreciéndose, por un lado, y solicitándose por otro, solo lecturas y posibilidades de intervención mediadas exclusivamente por la ciencia y la técnica: neuroimagen, neurofarmacología, neurociencia, indicadores biológicos, por mencionar algunos, como diría Foucault (2015), al parecer las formas de visibilidad respecto a este tipo de fenómenos han venido cambiando.

La psiquiatría no siempre operó de esta manera, hasta antes de 1980, el diagnóstico psiquiátrico se articulaba principalmente a partir de la biografía del paciente, sus experiencias, sus acciones además de sus relaciones. Anteriormente utilizaba el lenguaje del psicoanálisis para describir aquellos fenómenos del malestar. Fue entonces, después de 1980, con la aparición de la tercera edición “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM III) que se reemplaza el modelo de entendimiento de la enfermedad mental, por un modelo de presencia de síntomas durante determinados periodos de tiempo. Ahora el diagnóstico, está formulado a partir de la presencia, durante semanas o meses, de un número determinado de síntomas pertenecientes a un listado. Así también, cada vez más escuchamos fuera del consultorio médico y fuera del ámbito de la psiquiatría, términos psiquiátricos como ansiedad, estrés, depresión, manía, por mencionar algunos, que se han convertido en parte del vocabulario cotidiano de las personas, teniendo como efecto una psiquiatrización del sufrimiento (Brinkmann, 2014)

Estamos frente a una práctica psiquiátrica que valora más lo orgánico en detrimento de lo subjetivo, del cuerpo tomado subjetivamente, además, de dejar fuera del espacio de consulta lo biográfico y sociocultural en donde el sujeto se encuentra inserto. Esta posición no aparece

como una exclusión de consideración de lo social o de lo cultural, sino una forma determinada de tomar lo social y cultural, a modo de subsumirlos en lo orgánico, considerándolos en el lenguaje y significados de lo orgánico, y ante ese panorama cualquier intervención puede reducirse y/o realizarse desde instrumentos propios del ámbito de la psiquiatría, por ejemplo, el uso de fármacos.

La psiquiatría contemporánea tiende a reinterpretar lo sociocultural, o al parecer cualquier devenir humano, con base en una naturaleza biomédica de los comportamientos, de las motivaciones, de los usos del cuerpo y de los sentidos de esos mismos cuerpos y de la enfermedad. Por consecuencia, da la impresión que gran parte de las intervenciones están atravesadas por una medicalización de lo sociocultural y de la historia personal, en donde, como señala Blima Schraiber (2010), la asistencia médica, más que en cuidar y escuchar, se torna en un tratar, es decir en una medicalización de lo social, de lo biográfico y lo subjetivo; considerando esta manera buena y adecuada por parte del profesional médico.

Resulta interesante recuperar el posicionamiento del psicoanálisis respecto a los síntomas que, si bien es antiguo, para los fines de elucidación que se buscan en este trabajo, para nada resulta anticuado, sino por el contrario, por demás vigente. Ya Freud (2006a), en 1916, denunciaba el proceder de la psiquiatría, en donde los elementos de lo social y lo biográfico se tomaban como contingencias desligadas de lo que a las personas les acontecía. De igual manera, parte de la columna vertebral de su obra fue señalar que el sufrimiento subjetivo que acompaña a las experiencias de malestar amenaza la vida cotidiana más allá del cuerpo, los órganos y su funcionamiento. El padecer, señala Freud, está anclado a la trama de una vivencia singular y social. Es el producto de un desplazamiento, de una permuta, de una posibilidad de

dar salida a algo que se experimenta en lo íntimo, y se materializa en el cuerpo, precipitado por el contexto al que se pertenece. Los síntomas aparecen como un sustituto, como un esfuerzo de traducción de lo histórico, como producto de una serie de aspiraciones, deseos y/o ilusiones no permitidas o frustradas. El síntoma para Freud, entonces, es el producto de la experiencia relegada (Freud, 2006a, 2006b)

El dispositivo psiquiátrico configura una posibilidad para nombrar algo que hasta ese momento se encontraba en el terreno de lo inefable. Ante el malestar producido por este tipo de experiencias la psiquiatría, mediante el diagnóstico, organiza la historia personal de los sujetos que recurren a ella en una narrativa que ofrece una posibilidad de sentido (Rose, 2013). Ofrece palabras a los pacientes para nombrar este malestar, convirtiéndolo en una enfermedad, situación que lleva a quienes padecen y acuden al dispositivo psiquiátrico, a lecturas similares: pretender que todo es cosa que se alivia con un fármaco (Adams, Todorova, Guzzardo, & Falcón, 2015; Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio, & Galván, 2013; Geneyro Saldombide & Tirado Serrano, 2015; Vilhelmsson et al., 2013)

El diagnóstico en psiquiatría, bajo el modelo médico imperante, reformula los malestares convirtiéndolos en enfermedades. El diagnóstico permite crear una historia respecto a lo que se padece, a como debe ser tratado, a cómo hablarles a los familiares. El diagnóstico en psiquiatría resulta performativo, le da forma a la manera en que el entorno del sujeto que padece interpreta los discursos, las conductas y el sufrimiento (Foucault, 2015; Nikolas Rose, 2013) Mediante el diagnóstico, no es que se reconozca algo que ahí estaba, sino por el contrario, se inventa, se construye. Lo que diagnostica la psiquiatría no pertenece a una clase o variedad natural, sino a una categoría cultural, es decir eso que se diagnostica está en relación con las prácticas

culturales, pertenece a la categoría o variedad de lo humano, que por consecuencia es interactiva, sujeta de modificaciones. Su modo de actuar, su subjetividad y sus acciones no son independientes de cómo son descritos y clasificados. El diagnóstico construye individuos y permanencias en el ámbito clasificatorio en el que se han sido descritos o diagnosticados (Hacking, 1999)

La psiquiatría ha sido objeto de estudio para diversas disciplinas, investigaciones al respecto emergen desde las ciencias sociales, algunos de los intereses se articulan alrededor de los discursos y prácticas respecto a la enfermedad mental, asimismo de los efectos de estos tanto en médicos psiquiatras y pacientes; así como, en algunos casos, en la población en general, ya que se sugiere que hay una psiquiatrización de malestares inherentes a la vida cotidiana.

Hablar de psiquiatrización, es una posibilidad de pensar en torno a la medicalización, que es su acepción más relevante, que como se ha venido mencionando consiste en crear enfermedades donde no las hay, convirtiendo en pacientes a personas sanas. En este espectro se incluyen las etapas y los procesos vitales, los géneros, las formas de vida, los atributos y las características físicas y psicológicas. En términos generales cada vez más hay una psiquiatrización de las percepciones, los sentimientos, las conductas y los pensamientos (Anseán, 2013)

1.1.2 Algunos datos que evidencian la situación en México

Una mirada de nuestro contexto que ofrece indicios para pensar lo que hemos venido señalando, la recuperamos por medio de los resultados generales de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003) que tuvo como personas a miembros

de un hogar, que hablaban español, que normalmente comen, duermen, preparan los alimentos y se alojan en dicho hogar, y que tenían entre 18 y 65 años de edad al momento de la entrevista, revela que delo total de encuestados el 54% fueron del sexo femenino, el 40% se ubicó en el grupo de edad más joven, de los 18 a los 29 años. 68% de la población tuvo únicamente estudios de primaria y solo el 12% completó estudios universitarios. El 58% estaba trabajando. De manera general, lo que nos dice la Encuesta es que, la maYor parte de la población entrevistada manifiesta tener miedo y ansiedad, dentro de los cuales el 40% son personas de entre 18 y 29 años. Lo cierto es que esta encuesta no refiere las razones o motivos por lo que cada uno de estos sujetos refieren experimentar este tipo de sensaciones de malestar y si hace o ha hecho algo para aliviarlo.

De igual manera, el informe "La salud mental en México", elaborado por la Cámara de Diputados, asimismo, el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en términos generales, coinciden en que el 28.6% de la población —más de uno de cada cuatro mexicanos— de entre 18 y 65 años ha sufrido, al menos una vez, una enfermedad o un trastorno mentales. El trastorno psicológico más frecuente en México es la ansiedad, según estos reportes, la padece el 14.3%; después el abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos, como la depresión (9.1%) y las fobias (7.1%). En las zonas urbanas, el 18% de la población entre 18 y 65 años padece un trastorno afectivo, principalmente depresión.

Para el caso Jalisco, se recuperan los datos del Instituto Jalisciense de Salud Mental (2016) relacionados con la morbilidad psiquiatría y psicología, señalando que la Esquizofrenia, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente,

fueron los trastornos que más se diagnosticaron y atendieron durante el año 2016. De igual manera, quedan inciertas las razones y de qué manera se trataron.

Resulta interesante recuperar que la Organización Mundial de la Salud (2004), en su informe *“Prevención de los trastornos mentales,”* señala que existen factores de riesgo que están asociados con una mayor probabilidad de aparición de *“enfermedad mental,”* *“mayor gravedad”* y *“mayor duración”* de los principales problemas de salud. Estos pueden ser de carácter individual, familiar, social, económico y ambiental. Algunos de estos se enuncian a continuación:

- Acceso a drogas y alcohol
- Desplazamiento
- Aislamiento y enajenamiento
- Falta de educación, transporte, vivienda
- Desorganización de la vecindad
- Rechazo de compañeros
- Circunstancias sociales deficientes
- Nutrición deficiente
- Pobreza
- Injusticia racial y discriminación
- Desventaja social
- Migración a áreas urbanas
- Violencia y delincuencia
- Guerra
- Estrés laboral
- Desempleo

Resalta que, en términos generales, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo *“lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente*

saludable a una maYor vulnerabilidad, para pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características” (OMS, 2004: s/p)

Por otro lado, sería pertinente tender el puente al ámbito de lo social para entender un fenómeno que se padece en el orden de lo individual que, si bien, puede ser precipitado por factores personales, da la impresión de que en la época contemporánea el entorno al que pertenecemos tendrá una afectación significativa en este tipo de padecimientos. Para evidenciar los efectos de nuestro contexto sobre lo antes expuesto recuperamos algunos datos de la OCDE (2017) en torno a los “índices para una mejor vida”, que al menos desde este reporte, tratan de medir o evidenciar cuan dispareja es la distribución de los logros de una sociedad. Este reporte recupera 11 esferas de la vida de los individuos: vivienda, ingresos, empleo, comunidad, educación, medio ambiente, compromiso cívico, salud, satisfacción ante la vida, seguridad y balance vida-trabajo.

Datos que resultan significativos y que muestran algunos de los efectos de esto que venimos comentando, se señalan a continuación:

- La tasa de empleo en México fue menor que el promedio de la OCDE (67%);
- La vivienda se sitúa por debajo del promedio de la OCDE;
- La esperanza de vida al nacer promedio (75 años en 2015) es 5 años menor que el promedio de la OCDE.
- México tiene la tasa de homicidios más alta en la OCDE
- Un porcentaje relativamente bajo de las personas dicen sentirse seguras al caminar solas por la noche en la zona que habitan (46% en comparación con el promedio de la OCDE de 69%).
- El sentido de apoYo social obtiene también una de las cifras más bajas en la OCDE: solo el 80% de los mexicanos dicen tener un amigo o pariente en quien confiar cuando lo necesiten, en comparación con el promedio de la OCDE de 89%

- México también muestra resultados bajos en educación y competencias, pero forma parte del nivel superior en los países de la OCDE en satisfacción ante la vida.

Ante este escenario, y después de este recorrido, tenemos evidencia que sugiere que, por un lado, estamos expuestos a una serie de factores de riesgo, que, si bien están en juego los del orden de lo personal, el escenario social aparece como un factor significativo para precipitar este tipo de experiencias; de igual forma, que vivimos en un contexto que, en muchas ocasiones, las experiencias relacionadas con sufrimiento emocional, antes señaladas, están siendo abordadas mediante diagnósticos relacionados a la ansiedad y la depresión, teniendo estos un aumento significativo en nuestro entorno.

Tenemos pocos datos respecto a si todas las personas diagnosticadas o consideradas en estos informes cumplen con los criterios para enmarcarlos en dicho diagnóstico; tampoco tenemos claro, al menos en el caso de México y Jalisco, los elementos involucrados para la configuración de estos, así también, del modo en que son tratados.

1.2 Planteamiento del problema: El silenciamiento del sujeto.

Partimos de algunas premisas fundamentales ancladas en la visión antropológica que propone Sigmund Freud desde el psicoanálisis, en donde sugiere que hay un malestar en el ser humano que es estructural, que no puede existir lo comunitario, la cultura, la civilización, si no es a partir de la renuncia a algunos deseos personales; para esto, señala que la cultura debe, o al menos esa es la promesa, ofrecer rutas de canalización, por medio de bienes simbólicos, que le brinden al sujeto la posibilidad de dar cauce o, en su defecto, atemperar los efectos de estas renunciaciones y frustraciones. Freud señala que "Tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta

demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla, no podemos pasarnos sin lenitivos (No se puede prescindir de las muletas, nos ha dicho Theodor Fontane)" (Freud, 2006a:19). Freud nos habla de tres tipos de lenitivos: el primer tipo son las distracciones poderosas que reducen nuestra vida miserable en el planeta, el segundo tipo son las satisfacciones sustitutivas que la reducen y el tercer tipo son el consumo de drogas que nos hacen insensibles al dolor y a la vida pesada que llevamos.

Como se ha venido comentando, esta vida pesada que refiere Freud, no es sino a partir que, desde nuestra condición de humano, estamos expuestos y vulnerables desde tres fuentes, dos de orden natural y una de orden social; las de orden natural son la naturaleza y el cuerpo, que de alguna manera poco se puede hacer sobre ellas, más que asumirlas, incorporarlas y transitarlas de la mejor manera posible; otra fuente, tiene que ver con lo social, que está anclada desde la relación con el otro, con lo que no soy Yo, con lo que está fuera de mi; y que está vinculado a la capacidad del entorno por ofrecer construcciones de sentido, representaciones, amparos y consuelos de nuestra irremediable fragilidad; la ruta posible es por medio de las instituciones sociales que permiten regular, de manera general, el encuentro entre los humanos y sus constantes confrontaciones, por momentos sutiles y, otras tantas veces, violentas. Las instituciones sociales aparecen como un catalizador o metabolizador de lo humano, que se instauraron bajo la promesa de cumplir esta gran tarea.

La modernidad era un proyecto relacionado con la construcción de esas instituciones que buscaban ofrecer amparo, organizar la vida comunitaria y ofrecer un sentido a la serie de renunciaciones y frustraciones de las que somos sujetos. Giddens (2008), señala que esto no podría haber sido si no era por medio de unos "sistemas de fiabilidad" o "sistemas expertos". Sin

embargo, el mismo Giddens, sugiere que paso todo lo contrario, la modernidad no provocó otra cosa, al menos en los sujetos, que una crisis de representación, ya que, ante el fracaso de ciertas prácticas de sentido, como sujetos, nos encontramos con una oferta cada vez más reducida de construcción de sentido. Las instituciones, al parecer ya no alcanzan a contener la experiencia de ser humano. La falla de estas instituciones nos expone, cada vez más, a escenarios de experiencia humana relacionados con la disruptivo (Benyakar, 2006b) es decir situaciones que por su naturaleza tienen un potencial desestructurante en la experiencia de ser humano; de igual manera la modernidad, ante este fracaso, nos deja como sujetos sin los elementos necesarios, algunos llamarían bienes simbólicos, sin las rutas posibles para dar cauce y elaborar este tipo vivencias generando una crisis de representación, y por consecuencia una imposibilidad de poder rendir según las exigencias de la cultura, quedando fuera, muchos sujetos, de la urdimbre social.

La propuesta es, que este contexto, precipitado por la modernidad, al menos la modernidad sugerida por Giddens (2008), ha generado un tipo particular subjetividad; es decir remitirnos a una interioridad, al sujeto; a una serie de significaciones que le pertenecen. Decir subjetividad, implica a un sujeto escindido, con procesos psíquicos conscientes e inconscientes. Sujeto que necesita de la alteridad, de lo otro, de los códigos simbólicos de la cultura, de lo histórico para constituirse como tal, y poder construir significados; es decir, que la subjetividad es una interioridad construida desde el afuera. La subjetividad es la construcción de una posible realidad que hace el sujeto. Esta se manifiesta a partir de ciertas prácticas, del discurso, que atraviesan lo singular y lo colectivo. La subjetividad, por tanto, se registra en los modos históricos de producción de sujetos (Bleichmar, 2006)

Se ha generado entonces, un tipo de subjetividad en nuestra época, una subjetividad atravesada por la incertidumbre, y posiblemente por un exceso de experiencias con efectos disruptivos, producidas por un exceso de realidad, que las instituciones de nuestra época no han sido capaces o han fracasado en su tarea de atemperarlas. Ante esta imposibilidad de alivio, de catálisis; da la impresión que la única posibilidad de poder atemperar estas experiencias, que ante el desamparo de lo institucional se viven como disruptivas, ha sido mediante la oferta, y da la impresión, que también mediante la incorporación, de formas de alivio exclusivamente atravesadas por la tecnología, cada vez más despojadas de los bienes simbólicos: del lenguaje, de la historia, de la biografía, de lo social, para solo ser tratadas y aliviadas mediante un fármaco. Del sujeto, de la subjetividad, nada se quiere saber, posiblemente, porque cada vez hay menos rutas para saber de nosotros mismos, de las implicaciones de ser humano.

Estas formas de tratamiento o alivio de la incertidumbre o sufrimiento, están atravesadas por la tecnología; de igual manera estas, están siendo cada vez más despojadas del lenguaje, de la historia, de la biografía, de lo social, para solo ser tratadas mediante medicamentos. No podemos perder de vista que esta manera de gestionar el sufrimiento o el malestar es mediante un ente operador que es la psiquiatría, será necesario detenerse en una revisión de su estatus contemporáneo como saber, para rastrear las condiciones de posibilidad de este modelo de intervención, que de si, delata una concepción particular de la existencia humana que, al parecer, solo es bioquímica.

Asumimos que la existencia y el sujeto es más que pura biología, el sujeto no puede ser, si no es a partir de una serie de vínculos y posibilidades para pensar y representar su entorno. Un sujeto que construye una individualidad, pero con anclajes en lo colectivo, precipitada desde

el afuera, desde lo social. La intervención psiquiátrica se ha visto invadida por el furor de la técnica y la tecnología. Da la impresión de que cada vez más la psiquiatría y la oferta de medicamentos, se han colocado en el lugar de llenar la crisis de representación producida por la modernidad. No ofreciendo otras posibilidades de sentido, sino por el contrario, terminar por despojarnos de él. Se sugiere entonces, que la psiquiatría configura al sujeto contemporáneo, un sujeto que solo es biología.

En este sentido, se sugiere que cada vez más las experiencias de malestar inherentes a la vida cotidiana, propias de la condición humana, miembros de una sociedad que se edifica a través de las renunciadas individuales, están siendo cercadas y apropiadas por el mundo de la medicina, particularmente el de la psiquiatría. Al parecer la psiquiatría, se ha vuelto pragmática, ha despojado al sufrimiento del sujeto de sus correlatos históricos, sociales y originarios, para anclarlos exclusivamente al cuerpo, trayendo como consecuencia una lectura e intervención exclusivamente desde la bioquímica.

Conforme hemos venido delineado a lo largo de lo antes expuesto, da la impresión de que hay una biopolítica, articulada por la medicina como salvaguarda de la ciencia que tiende al silenciamiento de lo que implica ser sujeto, como si se buscara evitar cualquier posibilidad de denuncia de lo que no marcha, de los ideales rotos, de las promesas incumplidas; de aquello que nos expuso a la "Hilflosigkeit". Es cierto que el síntoma es una posibilidad de permuta, de dar salida a algo que aparece en lo singular, pero que abreva desde lo biográfico, lo colectivo y lo contextual, aparece como un texto que necesita traducción; sin embargo, desde el modelo médico hegemónico, su lectura aparece sesgada o, mejor dicho, mutilada. Ahí, no hay nada que leer, solo medir y reordenar, pretendiendo que todo es cosa de algo que no marcha en

una individualidad somática o neuroquímica, se ofrece un medicamento y, por consecuencia, un silenciamiento de la experiencia, y de la existencia. Como se ha venido señalando cada vez más, menos lugar hay para lo humano y su devenir, empujando los ejes de la existencia hacia zonas en donde lo íntimo, la interioridad y lo social, deviene algo orgánico, sin palabras y atado al palo del eterno presente y al organismo desnudo, sin historia.

Frente a este escenario de un sufrimiento aprisionado por el silenciamiento, las negaciones, la biología y, por excelencia, el saber psiquiátrico, aparece la siguiente pregunta de investigación:

1.3 Preguntas de investigación

1.3.1 Pregunta general

¿Cuáles son las narrativas de pacientes y médicos psiquiatras sobre el sufrimiento emocional en relación con los motivos, el sentido atribuido, el diagnóstico y el tratamiento, y los efectos de la visita con el psiquiatra?

1.3.2 Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son las razones para que los consultantes recurran al servicio de psiquiatría para tratar este tipo de experiencias?
2. ¿Cuáles son las causas que médicos psiquiatras y pacientes atribuyen al inicio del sufrimiento?
3. ¿Qué elementos son considerados por parte del médico psiquiatra para configurar un diagnóstico y/o tratamiento psiquiátrico?
4. ¿Los psiquiatras y/o consultantes consideran otras posibilidades de intervención?

5. ¿Qué efectos aparecen, en los pacientes, de su visita con el médico psiquiatra para el tratamiento de su sufrimiento emocional?

1.4 Justificación del estudio: La biologización del devenir como imperativo

Smith (2011) señala que los abordajes en torno al sufrimiento humano no son exclusivos, ni deben de serlo, del ámbito de la psiquiatría, por el contrario, particularmente en este tema, es necesario tender puentes con otras disciplinas para poder tener explicaciones más amplias, ya que particularmente en este tema es fundamental vincularse desde las ciencias sociales ya que se vuelve indispensable descubrir las causas estructurales; asimismo, recuperar las experiencias particulares del sufrir, ya que el conflicto es experimentado tanto física como emocionalmente, debido a factores internos como el padecimiento, como a factores externos como el trauma, así también resultado del ambiente económico, políticos o naturales.

De esta manera, hablar de sufrimiento solo desde la psiquiatría biológica es reducir la experiencia personal y social de cada una de las personas al sustrato biológico, siendo una perspectiva incompleta. Considerar a las ciencias sociales para el abordaje del mismo es recorrer vías para el entendimiento más allá de la biología, es considerar que, si bien el cerebro y el cuerpo experimentan dolor, la mente los interpreta en relación a una serie de factores sociales e interpersonales. Para las ciencias sociales, el sufrimiento es más que una enfermedad, es una experiencia, un estado de ser y que necesita una explicación más allá de la biología (Smith, 2011)

Al día de hoy, subraya Smith (2011) el sufrimiento está bajo el dominio absoluto de la psiquiatría, convirtiéndolo en algo diagnosticable, en una enfermedad. Y este diagnóstico, no

podemos perder de vista, como diría Rose (2013), no es sin efectos para quien lo recibe, ya que tiene efectos performativos, tanto para el médico como para el paciente. Para el primero, le permite organizar la historia del paciente en una narrativa, la cual modela un pasado y las orientaciones para el futuro. Para el segundo, que ha experimentado síntomas que están en el ámbito de lo difuso y transitorio, el diagnóstico redefine estos problemas, como enfermedad.

En la psiquiatría contemporánea, menciona Light (1980) citado por Smith (2011) que, diagnosticar es la habilidad que deben aprender los residentes antes que otra cosa. Dejando de lado que en muchos casos el sufrimiento es el sentimiento y la interpretación de los síntomas ligado a las circunstancias de la vida individual del sujeto, la cultura y la sociedad en la que está inmerso.

Consejo y Viesca -Treviño (2008) señalan que existe una deshumanización de la práctica médica y, por consecuencia, la actitud del médico. Los médicos a lo largo de su formación se vuelven cada vez “más y más cínicos” y menos humanitarios. Recupera la idea que el medio y su relación con el mismo son determinantes en la última etapa de la educación formal de los médicos. Durante estos años, señala, el alumno se enfrenta a la tarea de aprender a ejercer una profesión, a relacionarse con los pacientes y a asumir la responsabilidad que se desprende del ejercicio de esta.

Este modelo médico, tecnocrático, aliena al sujeto del conocimiento de las causas de su enfermedad; de los procesos sociales involucrados, se queda sometido al veredicto técnico de un grupo de personas que monopolizan un saber. Se insiste que en que este modelo tiene como una de sus características principales la medicalización, invadiendo una serie de prácticas

sociales, no solo relacionadas con la enfermedad sino también con la psiquis. Este modelo, al parecer, no es operado por los médicos, sino por el contrario, los médicos son operados por este modelo, y no solo ellos sino los mismos pacientes se ven impregnados con este furor tecnocrático en donde aparece la necesidad de hacer uso de la tecnología ante cualquier manifestación sintomática, esto dibuja el escenario de como al día de hoy este modelo impregna a la sociedad en general en torno a la manera de resolver los problemas y dolencias relacionadas a los categorías de salud y enfermedad de cada sociedad (Belmartino, 1987)

Como bien se puede advertir hasta este punto nos encontramos frente a un modelo médico que está envuelto con el manto de la ciencia y la técnica, si bien ha tenido efectos afortunados en el alivio de algunas enfermedades, también es cierto que la intervención bajo este paradigma deja de lado al sujeto y las condiciones en las cuales se está inserto. Este modelo se apropia cada vez más, de diversos escenarios de la vida, es decir, los medicaliza, los monopoliza, arrebató el saber y también lo vuelve un monopolio. Sería reduccionista, suponer que todo esto es iniciativa y solo responsabilidad de quien realiza esta práctica, es decir los médicos. Se considera que es fundamental para poder rastrear las condiciones de posibilidad de este modelo médico hegemónico, la medicalización y sus efectos. Ya que paradójicamente, la medicina aún sigue produciendo daño, la medicina tradicional, por su ignorancia y la medicina moderna por su saber.

Por lo antes expuesto, retomamos lo ya sugerido por Schraiber (2010), se vuelve necesario una exploración sociológica y cultural de la continua construcción de ese saber psiquiátrico y su tentativa medicalizadora. Se insiste, en que la práctica psiquiátrica de la modernidad se ha sostenido en lo técnico – científico, derivando en normas de proceder siempre

igual que uniforman las conductas de los profesionales, y de igual manera, las conductas y las maneras de entender de las personas que los consultan. Si advertimos, como lo señalamos al principio, que los médicos tienen el lugar hegemónico en el campo de la salud, aunado al prestigio social, considerados “*los nuevos sacerdotes del cuerpo*” (Foucault, 2015), los que detentan el control en las intervenciones realizadas sobre los cuerpos en torno a la salud, la enfermedad y la muerte, se torna indispensable realizar indagaciones relacionadas a las vicisitudes en torno a sus las narrativas y las practicas que se emergen en el encuentro con estos estos “predicadores” de la realidad social.

Para esta investigación se vuelve fundamental rastrear en nuestro contexto local las condiciones de posibilidad de este modelo de intervención y sus efectos, qué tanto ha impregnado en otras latitudes las narrativas y los practicas de los consultantes y de los médicos-psiquiatras tratantes.

Desde las ciencias sociales existe una amplia literatura respecto a la experiencia de los actores involucrados; sin embargo, encontramos que se ha pasado por alto recuperar la voz de quien es responsable y/o depositario de operar este saber qué modelo médico vigente propone, la del psiquiatra, misma que insiste por su ausencia, a diferencia de la mejor conocida, narrativas de los consultantes.

Es evidente que el ámbito de la medicina se ve envuelto por el modelo médico de intervención contemporáneo, que muchos autores insisten en denominarlo “Biomédico”; decir modelo es hacer referencia a una serie de saberes y técnicas dispuestas para ser operadas por sus representantes, los médicos; sin embargo, este modelo por más que aspire a una aplicación

integra, no podemos perder de vista que esta no será, sino a partir de un conjunto de series adaptativas realizadas por el médico para convertirlo en apto, mismas que se ven atravesadas por su subjetividad y su contexto.

Esta investigación se reservará a las narrativas del sufrimiento emocional tanto de pacientes, como de médicos psiquiatras, los motivos, las practicas, las explicaciones y los efectos en torno a este fenómeno, que, en razón del modelo de intervención vigente, da la impresión de que en ese espacio se reduce significativamente las posibilidades de abordaje, teniendo la prescripción y petición de medicamentos como tratamiento principal. Algunos estudios han señalado que esto se debe a situaciones o problemas relacionados con la infraestructura de las instituciones involucradas en el abordaje de este tipo de experiencias (Castro Roberto & Alejandra López, 2010), sin embargo, consideramos que esta idea ofrece una manera muy reduccionista de pensar al profesionista de la salud, ya que, bajo esta lógica, se coloca como un mero engranaje del sistema sin un posicionamiento personal respecto a este fenómeno; de igual manera, se coloca a quien hace uso del sistema de salud como un agente pasivo al que no se le da oportunidad de advenir como sujeto, y se le recibe como mera biología.

La pertinencia de esta investigación de ciencias sociales es en razón de que, a partir de los elementos recuperados, se busca brindar coordenadas antropológicas, sociológicas y psicosociales que sumen a la reflexión respecto a los principios propuestos desde la bioética, sobre todo al de beneficencia y no maleficencia, que desde hace tiempo ha venido acompañando a la práctica médica: *Primum non nocere*³.

³ “Primero no hacer daño”, Según, Arnoldo Kraus (2016), es una máxima médica erróneamente atribuida a Hipócrates, ya que no aparece en el Corpus hipocrático; de acuerdo a los historiadores de la medicina esa expresión se empezó a utilizar en las escuelas de medicina a partir de 1860.

Lo anterior en atención a lo ya señalado en la Ley General de Salud (2017) en su capítulo VII que hace a alusión a la salud mental, señalando de manera general la necesidad fundamental de la configuración de abordajes interdisciplinarios en asuntos relacionados a la salud mental (Art. 72, art. 73), asimismo ofrecer intervenciones siempre bajo un marco de derechos en donde siempre estén considerados los antecedentes culturales y la dignidad de la persona (Art. 74 bis).

En términos generales, esta investigación busca contribuir al, y desde, el campo de lo psicosocial, al estudio de las formas como el sufrimiento humano, en la época contemporánea corre el riesgo de ser configurado como enfermedad y ser tratado exclusivamente con medicamentos. De igual manera, incidir, haciendo alusión a Arnoldo Kraus (2016), para que el campo de la medicina no quede desarmado cuando se confronte con problemas acuciantes, cotidianos, no académicos, es decir, humanos.

No nos queda más retomar los que ya señalaba, Freidson (1970) que la profesión médica se encuentra activamente comprometida con la medicalización de la realidad, situación que se traduce en una constante expansión del horizonte médico, cada vez son más las conductas, los signos y los síntomas que la medicina reclama como objetos de su competencia.

Dicho lo anterior, es evidente que existe una tendencia a la medicalización de experiencias de malestar o sufrimiento relacionadas la vida cotidiana. Es decir, que situaciones relacionadas con elementos del devenir, individual como sujetos, y de lo social, tales como condiciones económicas, situaciones relacionadas con la violencia, el desempleo, la marginación, violaciones, desintegración familiar, la falta de oportunidades, por mencionar

algunos, inevitablemente producen sensaciones de malestar o sufrimiento, que si bien es cierto la experiencia de los mismos es a nivel individual y personal, es innegable que parte de sus razones están ancladas hondamente en el contexto en el cual está inserto el sujeto.

Ante este panorama, aparece el debate en torno a lo que parece ser la psiquiatrización de este tipo de vivencias que, como lo sostenemos, son inherentes a la condición de la existencia humana. Hablar de psiquiatrización remite al proceso de medicalización de este tipo de experiencias, es decir, entenderlas desde lo que ya señalaba (Conrad, 2007), como un proceso mediante el cual problemas que no eran médicos llegan a ser definidos y tratados como problemas médicos, normalmente bajo los términos de enfermedad y trastorno. Ante el proceso de medicalización de este malestar, no podemos dejar de lado su tratamiento, y si este tipo de fenómenos son circunscriptos al dispositivo de la psiquiatría, misma que en los últimos años, como lo subraya Izaguirre (2011) se ha soportado sobre tres “patas”: la psicofarmacología, las neurociencias y la genética. Nikolas Rose (2006) al respecto, señala lo siguiente:

“en cualquier tiempo y lugar, los malestares (disgusto, inconformidad, insatisfacción) humanos son inevitablemente, moldeados, expresados, juzgados y respondidos en términos de ciertos lenguajes de descripción y explicación, articulados por autoridades expertas, conduciendo a formas y estilos de intervención específicos. ¿Qué es, entonces, lo específico, lo adecuado, para nuestra época?”

En la época contemporánea hablar del sufrimiento, del concepto, las narrativas y las prácticas en torno a esta experiencia es vincularlo al ámbito de la salud-enfermedad mental, y no puede ser de otra manera, si no es por medio de un lenguaje articulado desde el diagnóstico médico, particularmente, del diagnóstico psiquiátrico. Para la psiquiatría, señala Brinkmann (2014), el sufrimiento se describe en términos de signos y síntomas que se deben encontrar en

manuales diagnósticos. La psiquiatría, entonces, se enfoca en los aspectos biológicos que involucran estas experiencias.

La pregunta es pues en torno a las narrativas y las prácticas contemporáneas relacionados con la experiencia humana del sufrimiento, ya que, al parecer, como lo señala Brinkmann (2014) cada vez más se recurre a recursos y explicaciones biomédicas. Tanto por parte de médicos como de pacientes. Borrando por completo las influencias estructurales y la singularidad del sujeto que lo padece, en pocas palabras quedan fuera toda una gama de factores sociales y personales que se encuentran tejidos y encarnados en torno a estas experiencias.

Respecto a la manera en que nos acercaremos al objeto de estudio en esta investigación, es importante señalar que, por un lado, las narrativas las entenderemos a la manera de Walter Benjamin en su texto “El narrador” (1991), que sugiere que por medio de estas nos podemos acercar a las experiencias. No nos interesa el “puro parte”, como diría Benjamin, lo que buscamos es que por medio de las narrativas nos encontremos con las experiencias propias y la transmitidas, con un decir en donde encontramos que “la huella del narrador queda adherida a la narración, como las del alfarero a la superficie de su vasija de barro” es decir, con la indagación entorno a las narrativas, se asume que “El narrador es el hombre que permite que las suaves llamas de su narración consuman por completo la mecha de su vida” (pág. 17)

De igual manera que Cristina Rivera (2010), recurrimos a las narrativas ya que lo que nos interesa es poner atención en las palabras con las que se enuncia el malestar por parte de los involucrados; es decir, las tramas a través de las cuales se estructura, así como los quiebres y censuras mediante los cuales aparece el silencio, para explicar después, como por medio de las

interpretaciones de lo que ahí sucede, que elementos, o huellas, de lo sociocultural atraviesan lo que acontece en el encuentro entre el psiquiatra y consultante.

En segundo lugar, ligado al concepto de narrativas, nos interesan indagar los acercamientos y las prácticas, que tanto médicos y pacientes tienen respecto a las experiencias del sufrimiento emocional, ya que queremos indagar más allá del saber oficial que el médico detenta. Asimismo, suponemos, que no todos los pacientes siguen de manera fiel las prescripciones médicas respecto al tratamiento de su malestar. De igual manera, la consulta con el psiquiatra no solo es el encuentro de una serie de signos y síntomas que es interpretado bajo la lógica de un saber razonablemente ordenado, si no que en la consulta, se pone en acto el encuentro de dos subjetividades con saberes configurados; sí, desde el saber científico, pero también desde los efectos y huellas de la cultura que se posa sobre cada uno de los involucrados.

Por consecuencia, mediante las narrativas del sufrimiento emocional en el encuentro de consulta con el psiquiatra buscamos dar cuenta de algo más allá de la práctica cotidiana de los involucrados, se trata de dilucidar, como diría Althusser (2003), un sistema de ideas y de representaciones que dominan el espíritu de un hombre o de un grupo social; de igual manera, dar cuenta de cómo psiquiatras y sus pacientes, se encuentran atravesados por los problemas del mundo social, mismos que se encarnan en dramas personales (Benyakar, 2006a) .

En este sentido, para realizar esta investigación, partimos de lo propuesto por Paula Sibilia (2012), en relación con el abordaje en torno a la subjetividad, señala que este puede se puede pensar desde tres dimensiones: en un extremo, es la singular, cuyo análisis se enfoca en las trayectorias individuales de los sujetos bajo la visión de que son únicos e irrepetibles,

posiblemente esta sea función exclusiva de la psicología; en el extremo opuesto a este nivel, el análisis se dirige a la dimensión universal de la subjetividad, que engloba todas las características del ser humano; tales como la inscripción corporal de la subjetividad y su organización por medio del lenguaje; su estudio es tarea de la biología o la lingüística, entre otras disciplinas.

Así también, hay un nivel, que se coloca como intermedio entre estos dos abordajes: *“una dimensión de análisis que podríamos denominar particular o específica, ubicada entre los niveles singular y universal de la experiencia subjetiva, que busca detectar los elementos comunes a algunos sujetos, pero no necesariamente inherentes a todos los seres humanos. Esta perspectiva contempla aquellos elementos de la subjetividad que son claramente culturales, frutos de ciertas presiones y fuerzas históricas en las cuales intervienen vectores políticos, económicos y sociales que impulsan el surgimiento de ciertas formas de ser y estar en el mundo”*. Este tipo de análisis consideramos el más pertinente para este estudio, ya que nos permitirá elucidar posiblemente nuevas configuraciones de modos de ser que se desarrollan en el marco de la modernidad tardía y sus ideales (Sibilia, 2012)

SEGUNDA PARTE: MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

CAPITULO II: COORDENADAS PSICO-SOCIALES DE ADVENIMIENTO DEL SUJETO CONTEMPORÁNEO

2.1 De la subjetividad en las ciencias sociales

Investigar en torno a la subjetividad, señala Margarita Baz (2003), siempre resulta problemático, ya que constantemente cuando se remite a ella, el campo del conocimiento científico la considera fuente de error e incluso una dimensión que tiene que ser neutralizada y depuesta; como motivo de estudio, continua, es descalificada en la medida en que se le considera una categoría metafísica, incompatible con las aspiraciones del cientificismo ortodoxo.

El ámbito de lo subjetivo no siempre es bien visto dentro de algunas disciplinas, se le atribuye un menor rango que al ámbito de lo objetivo. Esta distinción forma parte, insistimos en el tema, de las dicotomías producidas por el pensamiento lineal y la lógica de la exclusión a partir de los cuales se construye la realidad en términos de pares opuestos, incompatibles y mutuamente excluyentes convirtiéndolos en valores absolutos (Vargas, 2003)

Hablar de sujeto y subjetividad dentro del campo de las ciencias sociales no siempre resulta un camino libre de obstáculos teóricos y epistemológicos. Sin embargo, es una categoría, que no hace mucho, comienza a tener un lugar dentro de las discusiones en torno a lo social. Alejandra Aquino (2013) recuperando a Blackman (2008), señala que fue a partir de la década de los 60's que el concepto de subjetividad comienza a usarse como una categoría central para el análisis social. Fue desde entonces que algunos científicos sociales se han dedicado a

investigar cómo se producen las subjetividades en distintos contextos y cómo éstas afectan el mundo social.

Si bien es cierto que las categorías de sujeto y subjetividad comienzan a tener un espacio para su estudio dentro del campo disciplinar de las ciencias sociales, al parecer no dejan de ser términos que originan reticencia y malos entendidos. Aquino (2013) subraya que al día de hoy estas resultan insuficientemente estudiadas por las ciencias sociales, para dar razón de esto recupera una cita de Fernando González: “su significado (de la subjetividad) ha estado asociado a la definición de procesos y dinámicas internas de la persona; además, es referida con frecuencia de forma general y poco precisa en el desarrollo de estos temas” (González, 2012 en Aquino, 2013: 259). En suma, para algunos, hablar de subjetividad dentro del ámbito de las ciencias sociales remite exclusivamente a la parte singular de un sujeto, suponiendo que esta singularidad nada tiene que ver con lo social.

Ha habido tres conceptualizaciones básicas sobre la subjetividad, inicialmente derivadas de discusiones filosóficas y religiosas sobre el alma. Isabel Jaidar (2003), las subraya de esta manera:

“La primera señala cómo la subjetividad ha servido para caracterizar los distintos grupos de fenómenos psíquicos. Se llamó, desde la filosofía, aspecto subjetivo de la conciencia a la voluntad y a la sensibilidad, en oposición al entendimiento o capacidad de conocer que constituye el lado objetivo de la conciencia. No hay más verdad ni realidad que la del sujeto que conoce. (...) Una segunda acepción hace de la subjetividad el punto de partida de toda investigación filosófica, afirmando que todos los problemas han de pasar por la conciencia, pero conservando siempre el sello de la subjetividad (...) esta es la teoría psicologista de la subjetividad. En la filosofía moderna, la subjetividad adquiere un matiz nuevo, hace del sujeto un principio ontológico y estima al ser una proyección del Yo, concepción para entender el desprendimiento de la psicología de la filosofía” (p. 28)

Es a partir de estas concepciones respecto al término que se han precipitado los posicionamientos dicotómicos, por momentos infranqueables, de sujeto – sociedad, esto debido a que, como lo señala Vargas (2003), aluden a un sujeto de conocimiento, a un sujeto psicológico, a un sujeto ontológico, en las que la subjetividad aparecería como la realización de tales sujetos. Sujeto y subjetividad articulados por la noción de una entidad y sus modos de ser y hacer.

Para acercarse a este campo de estudio, González Rey (2000), citado por Gallo Acosta (2011), afirma que se vuelve una exigencia fundamental superar posicionamientos dicotómicos que muy comúnmente caracterizan a las producciones teóricas de las ciencias humanas. Es necesario, continua, otro lugar, en donde dejemos de lado la dualidad entre lo social – individual, lo interno – externo, lo afectivo – cognitivo, lo intrapsíquico – lo interactivo. Es decir, dejar de tener visiones fragmentadas del contexto donde intervenimos.

Existe, pues, la tendencia de asimilar la categoría de subjetividad a los conceptos que tienen que ver exclusivamente con el sujeto, sus facultades y sentimientos, angustia, dolor, juicio, temor, dejando fuera el aspecto social de esta. Seguir esta ruta de reflexión es caer en reduccionismos, ya que nos arroja a la concepción de un sujeto aislado, sin contemplar la construcción social de la subjetividad. Suscribimos la propuesta de que la subjetividad social se produce en el intercambio con los otros, a partir de factores singulares y sociales mutuamente constituyentes que dibujan un panorama complejo, pero distinto al del individuo aislado. La subjetividad, así entendida, apunta a un proceso que interviene en la constitución de los sujetos tanto en su dimensión grupal como institucional o comunitaria. (Fernandez, 2003)

La subjetividad, refiere Lidia Fernández (2003), es un proceso marcado por una singularidad histórica, irrepetible, que se pone en evidencia en las diversas prácticas y por consiguiente rige, también, la aproximación del investigador. La subjetividad o mejor, las diversas subjetividades, no se pueden oponer a lo objetivo. Están presentes en toda acción donde interviene lo humano y por ello, generan efectos, crean materialidades, participan creando significaciones que transforman la realidad.

Para Cortes del Moral (Cortés, 2011) aludir a la categoría de subjetividad en cualquier campo disciplinar, es pensar en un campo de emplazamiento en el que se perfilan diversas interrogaciones y cuestiones polémicas. Está, en esencia y de continuo, es productora de incógnitas, alteridades, incertidumbres, ambigüedades, reacciones desconcertantes, vivencias y contenidos simbólicos que parecen ligarla, a edades, causalidades y designios de las más remotas e inesperadas procedencias.

Cortes (2011) habla de una subjetividad operante. Esta se ve precipitada por las producciones culturales y discursivas de una época. Son tendencias e imperativos sociales y culturales. Existe algo que caracteriza, producciones, valores, demarcaciones propias y privativas de un periodo u horizonte histórico. Es un régimen de realidad imperante.

Cuando convocamos a la categoría de subjetividad se ve implicada la alteridad y la pluralidad, esta es el producto específico de múltiples modos de subjetivación y procesos dialógicos, es decir, estamos hablando de un espacio de construcción para cada sujeto. Los modos y contenidos de estos procesos generan subjetividades distintas. Aparece como un producto sobredeterminado por una multiplicidad de factores, se constituye a partir de códigos

simbólicos que nos construyen y nos permiten construir una posible realidad, tanto psíquica como social que no está dada, sino que se construye mediante un acto discursivo, en una narración de sí mismo, del otro y del mundo, de su pasado, presente y futuro en el aquí y ahora de la palabra, en las narrativas de los otros. El sujeto, es momento, un corte elegido en una coordenada espacio temporal. En suma, cada subjetividad ha de construirse desde el otro (Vargas, 2003)

Investigar entorno a la subjetividad es acercarse a las producciones de significados del sujeto, teniendo presente que esta se constituye desde el exterior, desde el orden simbólico. La subjetividad está atravesada por imperativos sociales y culturales, ámbitos y tiempos; el sujeto, entonces, emerge a partir un régimen de realidad vigente. En este sentido, De la Garza (2000) comenta que los significados no solo se generan de alguna manera por los sujetos en interacción, sino que dentro de ciertos límites espaciales y temporales se vinculan con significados acumulados socialmente que ellos no escogieron.

Si bien es cierto que cuando hablamos de subjetividad, de manera lacónica, estamos hablando de producción significados que se materializan por diversas vías: actos, el cuerpo y lenguaje. Sin embargo, De la Garza, (2000) refiere que esta materialización no necesariamente sea intencionada, cito:

“Al ser el cuerpo un campo de expresión de lo subjetivo, no significa que esta sea expresión voluntaria o que el individuo este expresando una intensión, lo que incorpora implícitamente el problema de las significaciones expresadas no conscientemente. Esto lo reafirma con las categorías de motivos manifiestos, los que el actor puede expresar conscientemente, y latentes y que pueden no coincidir”

Bajo esta concepción de la subjetividad, una posibilidad de acercamiento a su elucidación es mediante las corrientes hermenéuticas, una de ellas el psicoanálisis, en tanto que este considera un mundo interno escindido en un consciente y un inconsciente que se interpreta y se accede a él por medio de la entrevista psicoanalítica que aparece como una técnica para penetrar indirectamente en el mundo interno (De la Garza, 2000). No solo se trata de explorar la subjetividad y sus significados, comenta De la Garza, recuperando la propuesta de Sasy y Lerner (1992), sino las relaciones entre estructuras, subjetividades y acciones sociales.

Para De la Garza Toledo (2000) las estructuras pueden remitir a prácticas, aunque también alejarse de ellas a través de procesos de decantación y cristalización que presionan a dichas prácticas y por lo tanto no son simple resultado de estas. Otras estructuras pueden ser subjetivas, continua De la Garza, como formas de conciencia o de no conciencia y, relacionadas con ellas, haber estructuras culturales como significados acumulados socialmente con estructuraciones parciales.

Para Vovelle (1998) citado por De la Garza (2000), la subjetividad está relacionada al discurso, pero no se reduce al mismo, los discursos expresan significados, pero no los agotan desde el momento en que la vaguedad subjetiva también puede ser cierta y no puede descartarse la posibilidad de que haya estados de ánimo que no logran expresarse en discurso. Tendríamos que pensar entonces, señala De la Garza, los campos de la subjetividad no reducidos a los discursos manifiestos o contenidos en las prácticas de manera implícita, propone entender la subjetividad como un proceso que incorpora a los códigos acumulados creando configuraciones subjetivas para la situación concreta.

Los códigos de los campos de la subjetividad no pueden ser pensados, no pueden ser concebidos formando un solo sistema, pero tampoco totalmente fragmentados, pueden tener estructuras parciales con sus respectivas contradicciones y discontinuidades, formando conglomerados con relaciones causales o deductivas, o por otro lado por analogías, metáforas, etc., de tal forma que la adjudicación de un significado que moviliza elementos de un campo no funciona como un código aislado sino como un conglomerado y su función de contribuir al sentido es por agregados (Foucault, 1983 citado por De la Garza 2000)

Dicho lo anterior, aparece la pregunta por el origen de los elementos de los conglomerados de la subjetividad: la cultura, entendida esta última como conglomerados de códigos para dar significado. Se trata de una función generativa de significados. Monteforte (1980) citado por De la Garza (2000), señala que estos son interiorizados a través de la experiencia, que no son neutrales, sino que llevan implícito el problema del poder. Por tanto, Los campos de la cultura rebasan los de la normativa y se introducen en el sentimiento, la estética y el razonamiento cotidiano, nuevamente se cristalizan en los discursos, pero las prácticas rebasan a los textos y puede haber sentimientos, valores, cogniciones ambiguas actuados no conscientemente.

Para pensar una posible definición de subjetividad retomamos lo propuesto por Anzaldúa (2004) que la piensa como el conjunto de procesos que constituyen la realidad psíquica del sujeto. Cabe destacar que esta constitución es de carácter social, ocurre a partir de la relación del sujeto con el otro (su semejante), que a la vez es representante del orden simbólico cultural. Es decir, cuando hablamos de subjetividad hablamos de una interioridad, constituida desde el afuera.

El exterior es un elemento fundante de la subjetividad, es desde ahí que se ofrece al sujeto los códigos para dar sentido. Como diría José Perrés (2003): estamos siempre frente a una realidad humana en la cual la realidad social (la dimensión social de la realidad) recubre casi totalmente la realidad psíquica.

José Perrés (2003) recupera la propuesta de Castoriadis (1989) respecto a que el sujeto es socialmente fabricado, es decir, todo lo concerniente a su proceso de socialización a partir de su entrada al mundo de la familia y del lenguaje, que constituyen ya para él la sociedad. Todo ello depende obviamente del registro psíquico como base, aunque este no podría sostener, tal vez ni siquiera existir, si no fuera por el nivel de socialización. A través de él hablará una lengua, la de su familia, de la que es, ya inevitablemente portadora (a través de la madre y su ineludible y necesaria violencia simbólica) de las significaciones imaginarias sociales correspondientes a esa sociedad. A diferencia de la reflexión consciente del cogito cartesiano, Castoriadis integra la dimensión el inconsciente y sus efectos en su propuesta entorno a la subjetividad. Hablar de inconsciente entonces, en el campo de la subjetividad es acercarnos a una de sus dimensiones esenciales: su registro psíquico (Perrés, 2003)

Por consiguiente, sin este registro o dimensión, subraya Perrés (2003), no podríamos entender o pensar la subjetividad y el sujeto. Sin embargo, quedarnos solamente con esta dimensión, lejos estamos de poder dar cuenta de las complejidades y opacidades de lo que significa la categoría de sujeto. No solo no alcanza con tomar en cuenta al "sujeto del inconsciente", ni siquiera a todo el "sujeto psíquico" sino que es preciso repensar lo que significan, los registros de lo grupal, lo institucional y lo social.

Al respecto Perrés propone lo siguiente:

“... pensamos que el sujeto se constituye simultánea e inevitablemente (aun desde antes de su nacimiento, en alguna de estas dimensiones, en función de los deseos parentales), como sujeto biológico, psíquico, institucional y social (en el sentido de pertenecer simultáneamente a las redes de estructuración y sujetación, de los órdenes biológico, psicológico, institucional y social) son solamente las "miradas disciplinarias" las que suelen hacer recortes simplificadores en una compleja y muy problemática "unidad" constitutiva, nada lineal por cierto, carente de toda solución de continuidad entre las dimensiones heterogéneas en juego". Se trata pues de una "unidad" repleta de contradicciones (o más bien, una contradicción en si misma), una extraña totalidad que es y no es una al mismo tiempo. Una sumatoria heterogénea, pero simultáneamente indisociable. En fin, una composición sumamente paradójica es esta del fenómeno humano. Se podría hasta bromear que, de no existir ya, sería difícil llegar a inventar y producir una estructura semejante” (pág. 127)

Baz (Baz, 2003), también suscribe lo expuesto por De la Garza Toledo en párrafos anteriores, que la noción de inconsciente propuesta por el psicoanálisis es fundamental en el estudio de la subjetividad. En este sentido, Cornelius Castoriadis (2013), en el texto, La institución imaginaria de la sociedad, señala lo siguiente respecto a la noción de inconsciente:

“El individuo social, tal como lo fabrica la sociedad, es inconcebible sin inconsciente que es también, e indiscutiblemente, institución del individuo social, es imposición a la psique de una organización que le es esencialmente heterogénea, pero que, a su vez, también se apoya en el ser de la psique (y aquí también el termino de apoYo adquiere un contenido distinto) y debe, inexorablemente, tomarlo en cuenta”.

Hablar de subjetividad, entonces, es remitirnos a una interioridad, al sujeto; a una serie de significaciones que le pertenecen. Implica a un sujeto escindido, con procesos psíquicos conscientes e inconscientes. Sujeto que necesita de la alteridad, de lo otro, de los códigos simbólicos de la cultura, de la histórico para constituirse como tal, y poder construir significados; es decir, que la subjetividad es una interioridad construida desde el afuera. La

subjetividad es la construcción de una posible realidad que hace el sujeto. Esta se manifiesta a partir de ciertas prácticas, del discurso, que atraviesan lo singular y lo colectivo. La subjetividad, por tanto, se registra en los modos históricos de producción de sujetos.

En torno a lo colectivo, lo institucional aparece como un "*impensado*" (Baz, 2003:148), en la medida en que no podemos verla o cuestionarla, no obstante, atraviése y llegue a los espacios que se consideran más íntimos: administrando los cuerpos, los tiempos, los espacios. De esa manera, inscribe códigos sobre la sexualidad, los hábitos, los gestos; diagrama relaciones de poder, reglamentos y normas, y ordena los tiempos, que devienen rigurosamente controlados y homogeneizados.

Marcando distancia, entonces, de los enfoques tradicionales del estudio de lo social, a la manera propuesta por Baz (2003), se toma a la subjetividad como un eje organizador de una psicología social, desde donde emerge la noción de "subjetividad colectiva" que se refiere a aquellos procesos de creación de sentidos instituidos y sostenidos por formaciones colectivas. Insistiendo en la idea de que nos conformamos como sujetos dentro de un devenir, atravesado por aconteceres grupales e institucionales remitiendo inevitablemente a implicaciones y procesos del orden de lo heterogéneo, marcados por ritmos, densidades y temporalidades diversas.

Anzaldúa (2004) considera que la subjetividad es un proceso mediante el cual lo exterior se convierte en interior (se interioriza), y a su vez el interior se prolonga en el exterior. La subjetividad es la construcción que de la realidad hace el sujeto para sí mismo (y comparte con los otros, a partir del orden simbólico cultural). La subjetividad se construye al percibir la

realidad, al significarla, al nombrarla (a partir del lenguaje). La realidad externa, continua, se interioriza, se significa y resignifica; se convierte en realidad psíquica. De su subjetividad el sujeto da cuenta a partir de su discurso: tiempo narrado, espacio construido, mundo y realidad de significados en los que ocupa un lugar desde donde él enuncia “Yo...”

Por lo tanto, la subjetividad se constituye a partir de un torrente discursivo, y es precisamente en las turbulencias de este que el sujeto advine, y se realiza por medio del Yo. Es pues por medio del lenguaje que organizamos y representamos el mundo, el fluir de la propia existencia, y construimos el sentido de donde estamos existiendo. El lenguaje, señala Paula Sibilia (2012), estabiliza el espacio y ordena el tiempo en dialogo constante con la multitud de referencias que se manifiestan a partir de voces que nos modelan, colorean y rellenan.

De esta manera, abordar elementos en torno a la subjetividad, nos acerca a la elucidación de la interrelación y dinámica entre las materializaciones de lo social en el sujeto y, de igual forma, de como el sujeto incide en el escenario de lo social. En palabras de Alicia Le Fur (1999):

“la subjetividad como el conjunto de efectos, variables histórica y situacionalmente de discursos socialmente instituidos que ofrecen modelos identificadorios o tipos ideales, a través de los cuales los sujetos se perciben a sí mismos según las representaciones que les otorgan esos dispositivos. Es ésta la instancia imaginaria del psiquismo” (pág 37)

2.2 Dinamismos e instituciones de la modernidad

Para fines de este estudio consideramos pertinente hacer un recorrido por los orígenes de la modernidad y sus consecuencias, en este trayecto recuperaremos las condiciones de posibilidad para el entendimiento de los fenómenos que aquí se pretenden investigar, aquellos relacionados con el sufrimiento y la manera de abordarlos. Esto a partir de sus dos grandes

movimientos; por un lado, el iluminismo, que nos legó una ruta posible para acercarse a la realidad, lejos de cualquier explicación dogmática que, teniendo como principal heredera a la ciencia, vació al cielo de toda divinidad, sin embargo, no despojo del todo a los sujetos de la necesidad de creer; por el otro, el romanticismo, que interpela a la terquedad de la razón, para dar lugar a lo íntimo, asumiendo un continente desconocido habitado por las pasiones y ubicado en la vida interior del sujeto. El romanticismo, como opuesto a la razón, nos hereda la vida íntima. Estos dos movimientos gestan los hilos que tejen la manera en que nos entendemos como sujetos en la modernidad.

Varios autores coinciden que el escenario y los efectos que gesto la modernidad son contrarios a los objetivos de sus orígenes. Habermas (1989) sugiere que el proyecto de modernidad resulto incompleto; al mismo tiempo la de Giddens (1991, 1996, 2008) que subraya que la modernidad tuvo consecuencias en diversas esferas de la vida íntima, la identidad y las instituciones, generando un tipo de sociedad en donde lo que predomina a nivel de la experiencia es la incertidumbre y la inseguridad.

La racionalidad de este periodo histórico abreva de la tradición racionalista francesa, el empirismo británico y el desarrollo de las ciencias, contornos que a la postre delinearían el continente sobre el cual habitarían las ideas de este movimiento en el XVIII. Aparece un tipo de razón que se soporta en la experiencia, que va de lo singular a lo universal, de los hechos a los principios y que, cada vez, va tomando a la ciencia natural como el modelo de todo conocimiento (Obiols & Segni, 2006)

La modernidad es un esfuerzo articulado por los filósofos de la ilustración por acercarse al entorno circundante a partir de las coordenadas de la “ciencia objetiva”, además de una moralidad, leyes universales y un arte autónomo dando lugar a una lógica interna de producción. Este proyecto tenía la finalidad, en principio, de liberar los potenciales cognoscitivos de cada uno del yugo del esoterismo del periodo anterior; además, que se buscaba, a partir de estas estrategias, señala Habermas (1989) “organizar de manera racional la vida social cotidiana”.

La ilustración (Habermas, 1989), como uno de los vehículo de la modernidad, aspiraba a que las artes y las ciencias se sometieran a las fuerzas de la naturaleza, además de la comprensión del mundo y del Yo; el progreso moral, la justicia de las instituciones y, no con poca certeza, se buscaba la felicidad del ser humano. La ciencia traería el progreso, acabaría con la oscuridad, y serviría como luz permanente en el trayecto del devenir del sujeto.

La modernidad gestó un modo de vida y organización social particular, emergió como una concepción del mundo alternativa a la cosmovisión cristiana hegemónica en el Medievo, esto se tradujo en instituciones y pautas concretas de conducta que orientaron la vida de los sujetos. Las instituciones modernas marcan un distingo de las anteriores formas de orden social; por un lado, por su dinamismo, dejando de lado los hábitos y costumbres tradicionales y, por el otro, por su impacto global. En este sentido, tanto la vida cotidiana, como la experiencia de uno mismo se ve significativamente afectadas (Giddens, 1996)

En la esfera de la economía, en este trayecto del desarrollo de la modernidad, el siglo XIX es el periodo de consolidación del desarrollo industrial. Con la revolución industrial, emerge el proletariado, mismo que incursionara en una serie de luchas sociales; a la par que este

periodo está marcado por un ascenso constante de la burguesía. En paralelo, lo político oscilará entre la revolución y la restauración, entre las repúblicas y las monarquías. Ya en la segunda mitad del siglo XIX, lo que imperará es el despliegue del capitalismo como sistema vehiculizador de las dinámicas de la vida cotidiana (Obiols & Segni, 2006).

Paradójicamente, el contexto de la modernidad, dio origen al movimiento que sería el principal crítico de sus postulados fundamentales, aquellos vinculados a la ciencia objetiva, la razón y la observación: El romanticismo. Obiols (2006) lo resume de la siguiente manera:

“El romanticismo privilegia la excitación y la aventura a la tranquilidad y la seguridad; aprecia las pasiones fuertes y destructoras – el amor romántico- (...) se condena el industrialismo, que se asocia con la fealdad. La personalidad, dice el romanticismo, debe liberarse de la moralidad y los convencionalismos sociales al servicio del orden. Hay un culto al héroe y del gran hombre que vive la vida intensa y arriesgadamente. Considera a la nación una especie de organismo que posee un alma o espíritu que la anima. Separadas de la nación los individuos no son nada, pierden sus raíces” (pag 41)

En este sentido, es importante resaltar que la modernidad como acontecimiento histórico descolocó los referentes fundamentales que daban sentido en la época de su aparición. Reconfiguró los elementos relacionados a lo comunitario, las maneras de acercarse a la realidad; la forma en que los sujetos nos entendemos a nosotros mismos y dinamizó una economía muy particular. En términos generales, como diría Giddens (1996, 2008), hace referencia al surgimiento de un nuevo tipo de sistema social que altera radicalmente la naturaleza de la vida cotidiana y afecta a las dimensiones más íntimas de nuestra experiencia.

Sin duda, continúa Giddens (2008), la modernidad dismanteló todas las modalidades tradicionales del orden social, tanto en el orden de lo espacial, como en el orden de la vida cotidiana. Subraya que las transformaciones que ha acarreado la modernidad son más profundas

que la mayoría de los tipos de cambios característicos de periodos anteriores, ya que se *“han alterado algunas de las más íntimas y privadas características de nuestra cotidianidad”* (pág. 18).

Giddens (2008) hace una lectura interesante a propósito de esta ruptura y de las bases que la precipitan, nos invita a no perder de vista que la ilustración, si bien, reconfiguró la cosmovisión de un contexto religioso soportado en la teleología, el logro de la gracia divina y la divina providencia como orientadores de la existencia, en la modernidad, no es que se hayan eliminado las ideas de una divinidad, sino que las anteriores son derrocadas, para colocar otras en ese lugar. No es que el sujeto haya dejado de creer, sino que empezó a creer en otro tipo de divinidad. Con la ilustración los tipos de certeza se modificaron: la ley divina por la de los sentidos y la observación empírica; es decir, da la impresión de que el sujeto no es que haya dejado de creer en una divinidad, si no que se sustituye a la divina providencia, como el ente que otorga las certezas, por el progreso providencial. Se siguen buscando las certezas, solo que ahora montados sobre el discurso de la razón y el empirismo.

Resulta pertinente para este estudio, recuperar la lectura que hace Giddens (1991, 1996, 2008) en torno a las consecuencias que tiene la modernidad tardía sobre varias esferas de la vida en general, si bien es cierto que este acontecimiento histórico ofrece la posibilidad de mejores oportunidades y seguridad, al menos, en un primer momento, esa era la aspiración; la modernidad, en su etapa tardía, nos colocó en un escenario de desconciertos, incertidumbres e inseguridades, arrojándonos a un mundo de múltiples opciones. La modernidad precipita una serie de cambios, tanto en la dimensión de lo institucional, como en la dimensión de lo íntimo. En este sentido, consideramos pertinente caracterizar este acontecimiento histórico desde la

mirada de Giddens, para después ver los efectos, o los destinos de estas coordenadas ofrecidas, recuperando, principalmente la incidencia de las condiciones subjetivantes de este acontecimiento histórico y sus efectos en los referentes identitarios del sujeto.

La modernidad por medio del desarrollo de sus instituciones y sus características, hasta entonces inéditas y su capacidad de expansión mundial, creó de manera inédita, una serie de oportunidades mayores para los seres humanos, favoreciendo una existencia más segura y recompensada hasta ese momento experimentada. Sin embargo, particularmente en su fase tardía o superior, se denuncia que no pudo lograr lo que prometía, ya que, por el contrario, no pudo librar al sujeto de la incertidumbre, sino que lo arrojó a ella. Si bien es cierto que la modernidad, como proyecto, redujo una serie de riesgos en algunas esferas de la vida; de igual manera es cierto, que precipitó escenarios sombríos en otras, ya que introduce parámetros de riesgo jamás experimentados antes (Giddens, 1991, 1996, 2008)

Las dinámicas y mecanismos precipitados por la modernidad reconfiguraron de manera inédita las esferas de lo social - institucional, así como, la esfera de lo individual - íntimo. Giddens (2008), subraya que esta reconfiguración no se pudo gestar, sino es a través de las instituciones sociales creadas por la modernidad, en donde, una de sus particularidades es la globalidad y el dinamismo, este último, movilizado a partir de tres ejes: el vaciamiento del tiempo y del espacio, el desanclaje, o desprendimiento de los sistemas sociales y el reflexivo ordenamiento de las relaciones sociales.

En primer lugar, “la transformación del tiempo y del espacio” (Giddens, 1991, 2008), aparece como un precursor del desanclaje o desprendimiento de las instituciones, ya que a partir

de este, lo que las va a caracterizar es la universalización, es decir, que se erosiona el carácter local de las practicadas sociales, para colocarlas en escenarios de mayor amplitud, más globales y con mayor influencia. Pareciera que de repente el mundo se hizo grande. Los sujetos fueron arrancados de sus arraigos locales, en favor de otros más globales; si pensamos las prácticas sociales en la época premoderna, estas estaban articuladas a partir de las presencias constantes, producto de las experiencias de lo local; en la modernidad, se articulan a partir de la ausencia y la distancia, precipitados desde la idea de lo global. De igual manera, existe la estandarización del registro del pasado como posibilidad para configurar un futuro.

El desanclaje, es decir, el despegar las relaciones sociales de sus contextos locales (Giddens, 1991, 2008) aparece, en segundo lugar, como una característica fundamental para pensar el desarrollo de las instituciones de la modernidad, ya que este es el precursor de su expansión. Hay dos mecanismos de desanclaje, Giddens lo expone de la siguiente manera:

a) Señales simbólicas

- a. Medios de cambio de valor estándar que pueden ser intercambiables en una pluralidad de circunstancias. Hay varios tipos de señales simbólicas, por excelencia el dinero, ya que este permite el intercambio de todo por todo. Es un signo simbólico.

b) Sistemas expertos

- a. Emplean modos de conocimiento logrado por medios técnicos o de experiencia profesional. Su validez no depende de quienes los practican, ni de los clientes que los utilizan. Sino de la confianza que se deposita en ellos.

Tanto las instituciones como la vida cotidiana en la modernidad han sido permeados por los sistemas expertos (alimentos, medicinas, trasportes, edificios) Los sistemas expertos dividen la dinámica de las relaciones y las prácticas sociales en dos, profanos y profesionales; el médico, el asistente social y el psicoterapeuta son personas clave en los sistemas expertos. Algo que resulta significativamente relevante, es que estos sistemas expertos, no necesariamente quedan confinados a la destreza tecnológica, sino por el contrario, como se señaló anteriormente, permean la vida cotidiana extendiéndose a las relaciones sociales y a la intimidad del Yo.

Estos mecanismos en su conjunto configuran, los sistemas abstractos, mismos que no pueden operar sino es a partir de lo que Giddens (2008) denomino como fiabilidad. Concepto fundamental sobre el cual se soportan y legitiman estos sistemas.

Por último, la “Índole reflexiva de la modernidad” consiste en el hecho de que las prácticas sociales son examinadas constantemente y reformadas a la luz de la nueva información sobre esas mismas prácticas, que de esa manera alteran su carácter constituyente. Lo que caracteriza a la modernidad entonces, es la presunción de reflexión general, dicho de otra manera, la razón reemplaza a la tradición, y es a partir de esta que se pretende entender y configurar el pasado, el presente y el futuro. *“La cosmología religiosa de la época premoderna como posibilidad de entendimiento de la realidad, fue suplantada por el conocimiento reflexivamente organizado, gobernado por la observación empírica y el pensamiento lógico; centrada en la tecnología material y los códigos aplicado socialmente”* (Giddens, 2008) La modernidad está totalmente constituida por la aplicación del conocimiento reflexivo, que no

necesariamente se puede pensar como certidumbre, por el contrario, como señala Popper (2009) la ciencia en la modernidad descansará sobre arenas movedizas, flota libremente sobre las entrañas de la ciencia dura. En este marco, el conocimiento ya no tendrá que ver con la certeza, como en el periodo premoderno, sino con la duda.

Los elementos antes expuestos aparecen como dinámicas y mecanismos sobre los cuales se soportan las instituciones y los individuos en la modernidad; mismos que no pudieron ser operados sino era a partir de la confianza depositada en ellos, o como lo nombra Giddens (2008), la fiabilidad. El mecanismo de fiabilidad, se vuelve fundamental para los fines de este estudio, ya que emerge desde el sujeto, y es a partir de esta que se gestan experiencias de seguridad y confianza a nivel personal y hacia el entorno, elementos fundamentales para poder rendir en el marco de las instituciones propuestas de la modernidad. Nos detendremos más adelante a recuperar elementos que den respuesta a la pregunta ¿Qué es eso que nos hace confiar, o tener fe?; de igual manera, ¿a qué no referimos con seguridad?

La modernidad y su acontecer, entonces, esta delineada por la globalidad, en detrimento de lo local; por sistemas abstractos, divididos en señales simbólicas y sistemas expertos; estos últimos, encargados de operar y propagar el conocimiento técnico, al mismo tiempo que no pueden operar si no es a partir de la “fiabilidad” o confianza depositada, *“la naturaleza de las instituciones modernas está profundamente ligada con los mecanismos de fiabilidad en los sistemas abstractos”*(Giddens, 2008) De esta manera, este entorno, particularmente el de los sistemas expertos, gestan un tipo práctica social, entendida a partir de la división entre profesionales, representantes de los sistemas expertos; y profanos, usuarios que a partir de la confianza depositada, fiabilidad, recurren a ellos.

En esta misma línea de pensamiento, Giddens (1991, 2008) resalta que estos mecanismos y dinámicas de la modernidad señaladas anteriormente, se precipitan a partir de cuatro rasgos que caracteriza a sus instituciones: La primera, el capitalismo, entendido como un sistema de producción de mercancías que comprende tanto a los mercados de productos como a la transformación en mercancía de la fuerza de trabajo; el segundo, el industrialismo, que va más allá de reducirlo a la mera revolución industrial; hace referencia a un escenario de alta tecnología, articulado por la electricidad y los microcircuitos electrónicos, mediante una alianza entre la ciencia y la tecnología, atraviesa las esferas del trabajo, el transporte, las comunicaciones y la vida doméstica. En palabras de Giddens, es la “*transformación de la naturaleza mediante el desarrollo de un entorno*” (pág. 64) .

Los últimos dos están relacionados con el control; por un lado, el tercero, debido a la mundialización y expansión del dominio, fue requerido un tipo de control administrativo en los estados capitalistas; en este sentido, se desarrolló un entorno de vigilancia, referida a la supervisión y regulación de las actividades de la población en la esfera política desde dos vertientes, la primera: de manera directa, pensada a partir de las figuras propuestas por Foucault (2009), prisiones, hospitales, escuelas, centros de trabajo; la segunda, de manera indirecta, basada en el control de la información. Por el otro, el cuarto, el control de los medios de violencia en un contexto, atravesado, de igual manera por la industrialización, en este caso, la guerra.

El capitalismo industrial operado desde dos frentes: la ciencia y tecnología, por un lado; y la vigilancia y el control por el otro, es lo que caracteriza a la modernidad. Entendida desde

estos referentes, generó una manera muy particular de entender al sujeto y lo social. Foucault (2009) la concibió bajo el rotulo de “sociedad disciplinaria”, en donde opera un tipo de gestión de la existencia, a partir de una serie de prácticas y discursos que actuaron sobre los cuerpos humanos para convertirlos en dóciles y útiles dispuestos a funcionar y responder a las exigencias del capitalismo industrial. Dibujamos esta coordenada, que desarrollaremos más adelante, de los efectos de la época sobre los sujetos.

2.2.1 Lenguajes del Yo en el proyecto de la modernidad.

La figura del Yo es un elemento central para poder dar cuenta del sujeto y de la identidad, es la posibilidad que tenemos para sabernos nosotros mismos y poder definir lo que soy y lo no que soy. El Yo no siempre ha tenido la misma relevancia a lo largo de la historia, de igual manera las concepciones no siempre han sido las mismas. LYons (1978) señala que el Yo como elemento central de la personalidad, de la identidad, es producto del pensamiento de fines del siglo XVIII, antes de esa fecha los referentes indentitarios correspondían a categorías más generales, la manera de autodefinirse era construida más a partir de una pertenencia, es decir, como miembros de una religión, clase, profesión, etc. Ejemplo de esto, nos lo ofrece Giddens (1991), señalando que en la Europa medieval el linaje, el género, el rango social y otros atributos decisivos para la identidad estaban relativamente fijados. Si bien, había cambios que se presentaban a lo largo de la vida, estos estaban guiados por procesos institucionalizados y el papel del individuo era relativamente pasivo.

Hacer referencia a la modernidad, es hablar de rupturas y de nuevas configuraciones, es hacer subrayar la dislocación de los roles jerárquicos y las tradiciones locales, y pasar a un escenario existencial soportado sobre la incertidumbre y la ambigüedad. Es la reconfiguración

de lo que implica ser uno mismo. A partir de la modernidad esta posibilidad aparece por dos frentes: el iluminismo y el romanticismo. En la modernidad aparece como eje fundamental la ruptura, o abandono, del estatuto social fijo y de la rígida jerarquía de las relaciones de poder. Existe una disolución de las tradiciones y costumbres comunales, tiene efectos significativos en el ser individual, particularmente en lo que se refiere a la expresión de una identidad personal. La modernidad apertura espacios para la individualización continua, generando posibilidades para la modificación de nosotros mismos: nuestras emociones, deseos, necesidades y capacidades. La modernidad plantea como uno de sus grandes proyectos, la definición de uno mismo (Elliot, 1997).

La modernidad elabora una visión más antropocéntrica del sujeto, por medio de la ilustración y del romanticismo, aparece como menos religiosa y más profana. Libera al sujeto del cielo y de la tierra, para depositarlo en lo terrenal, se recupera al cuerpo y toma lugar al lado del alma; derroca a las grandes autoridades medievales: la biblia, la iglesia y Aristóteles (Elliot, 1997).

Como efecto de la modernidad aparece el Yo como figura de la ilustración y del romanticismo, que, si bien son posiciones antagónicas, estas ofrecen una concepción particular del ser humano, un sujeto dividido entre lo íntimo y lo superficial. Estos momentos históricos, han generado la plataforma de entendimiento de lo que somos actualmente. En la actualidad, las concepciones que tenemos de nosotros mismos y nuestras perspectivas morales siguen desarrollándose a partir de la huella dejada por estos acontecimientos históricos (C. Taylor, 2012)

Por un lado, producto de la ilustración, aparecía de manera contundente un Yo efecto de la razón y la observación, elementos mediante los cuales podía desafiarse eficazmente a la autoridad derivada del derecho divino o de la inspiración divina. La razón y la observación, durante este periodo, fueron las patas fundamentales sobre las cuales se venía soportando la existencia y el sentido de los individuos (Gergen, 1991).

En este sentido, Taylor (2012) señala que la ilustración, fue una época fiel a los “beneficiosos frutos de la comprensión racional”. Ya que, por este medio, el ser humano sería liberado de la confusión que han sembrado “los principios morales erróneos”, de igual manera se alejaría de la superstición y las costumbres alejadas de este ideal. La aspiración, o mejor dicho, la certeza, era por fin acercarse a la “imagen completa”, de concebir completamente e imparcialmente el bien universal.

Señala Taylor (1991:452)

“Llevados por el miedo y cegados por las supersticiones de la religión, los humanos han sido terriblemente crueles; víctimas falsas de creencias sobre el bien, se han hecho a sí mismos y han hecho a los demás mucho daño involuntario; encerrados en la costumbre de una pacata fidelidad, han tratado despiadadamente a los foráneos. Venzamos esos errores y actuaron benéficamente: esperemos todo del progreso de la ilustración”

Por lo tanto, como efecto de los cánones del iluminismo: la razón y la observación, se le asignó un papel fundamental al poder de observación del individuo. Esta concepción del Yo inspiró las instituciones democráticas, la adhesión a la ciencia y las esperanzas depositadas en la educación general. De igual manera, aparecieron nuevas configuraciones de individuos, nuevas formas de entenderse a sí mismo, y a los otros. Conceptos como “demente”, “irracional”

o “débil mental” delineaban por oposición el atributo personal por excelencia a desarrollare: la razón (Gergen, 1991).

Por otro lado, el romanticismo, reaccionando ante la supremacía del tipo de racionalidad de la ilustración, apareció una nueva visión del Yo, un nuevo espacio, hasta entonces, no considerado: el de la interioridad oculta. Visión del Yo que atribuye a cada individuo unos rasgos de personalidad: pasión, alma, creatividad, temple moral. Interioridad que yacía bajo la capa superficial de la razón consciente. Es decir, para Gergen (1991), el vocabulario de los sentimientos morales, la solidaridad y el goce interior, deriva de este momento histórico, estando aún sigue vigente. Esta visión del Yo pone el énfasis en lo que no se ve. El romanticismo creó un sentimiento de la realidad existente más allá de la conciencia sensorial inmediata, el de las profundidades interiores e íntimas. Para los iluministas, las emociones intensas eran peligrosas.

Durante el romanticismo se consolida la idea de una interioridad inmaterial; mente o alma, eran los términos que la definían. Se pensaban como un magma que se hospeda en cada uno de nosotros. Por medio de la producción artística de este periodo, se evidenciaba un ser particular, de una individualidad excepcional con una nutrida vida interior. Esa interioridad, era precisamente, la fuente de su arte. La producción artística, entonces, advertía un motivo más allá de un saber racional, parece ser que emergía de alguna hondura profunda y misteriosa. En este sentido, el arte romántico se caracterizaba por “*la presencia de lo oculto*” (Gergen, 1991; Sibilia, 2012)

El romanticismo aparece como una resistencia al racionalismo imperante del iluminismo. Fue una especie de denuncia a la ilusión de dominio del entorno mediante la observación y la razón propuesta por el iluminismo. El romanticismo, configuró el mundo de la interioridad oculta que reposaba bajo la superficie de la razón. Permitía la manifestación de lo íntimo, ancla los motivos de los sujetos en esta interioridad profunda; el lenguaje del romanticismo tiene que ver con las pasiones y con los sentimientos. El sujeto romántico es introdirigido, al mismo tiempo que consideró a la imaginación como un bien preciado, ya que era un resquicio de salvación que permitía escapar de la perecedera vida cotidiana. *“El discurso romántico del Yo creó un sentimiento de realidad más allá de la conciencia sensorial inmediata, donde lo sustancial era lo latente. Las profundidades interiores”* (Gergen, 1991)

La subjetividad de la modernidad precipitó la división del sujeto; por un lado, hacia una esfera íntima, privada; y por el otro, hacia la esfera de lo superficial, pública. Los diarios íntimos denotaban esta división, muestran con que seriedad se trataban las cuestiones psicológicas profundas. A este tipo de subjetividad se le denomina, *homo psicologicus, homo privatus o personalidades introdirigidas* (Gergen, 1991; Sibilia, 2012)

Un referente fundamental, señala Gergen (1991), para la comprensión del discurso romántico en torno a la constitución del sujeto, es Sigmund Freud, ya que es una figura que propone la posibilidad de reunir estos dos discursos que en un principio aparecen como opuestos y destinados al desencuentro; desde la óptica de Freud, aparecen como dos elementos que forman parte de una posible continuidad. Propuso que la fuerza principal de la conducta estaba situada más allá del alcance de la conciencia, encontrando como única ruta para materializarse los sueños, las obras de arte, las distorsiones o los deslices del razonamiento y el

comportamiento neurótico. Ese recurso interior era en esencia la energía del deseo. Freud aparece entonces, como puente entre estos dos discursos, por un lado, el del romanticismo, el de la profundidad, el de las pasiones, el del deseo que escapa a la conciencia y, por otro lado, el de la racionalización de estas dinámicas, apelando por momentos al discurso biológico para poder ubicar de alguna manera estos lugares y dinámicas, es decir, sus esfuerzos estaban dirigidos a la búsqueda de pruebas objetivas de esa hondura íntima, ese magma que precipitaba la existencia, lo inconsciente.

En suma, como efecto del iluminismo y del romanticismo, ante la caída de los roles fijos y las posiciones jerárquicas de poder del período premoderno, el sujeto se ve arrojado, no como una opción, sino como la única posibilidad, a la exigencia de ser “uno mismo”, de poderse nombrar, de poder construir una identidad personal. En este sentido, estos dos movimientos ofrecieron una serie de coordenadas y lenguajes que aparecían como referentes indispensables para poder advenir sujeto. El primero, como ya se mencionó, fue el del iluminismo, en donde lo que sobresalía era el peso de la razón, el acercamiento a la verdad por medio de esta, lejos del derecho divino y de la superstición; por otro lado, como movimiento contrarrevolucionario, si es que lo podemos llamar así, aparece el romanticismo, que recupera, o paradójicamente, saca a la luz, una parte oscura en el sujeto que escapa a la razón y a esta exigencia de lucidez racional. Una parte profunda que aparece como una morada del sujeto, habitada por las pasiones y las emociones, que generaban adhesiones a la vida o, por otro lado, también podía precipitar la muerte. La profundidad interior, entonces, como origen, es lo que suscribía el romanticismo.

A propósito de la subjetividad y el sujeto, se sugiere que, en la época contemporánea, el romanticismo sigue teniendo un efecto significativo en la manera como nos entendemos y

nombramos a nosotros mismos. El vocabulario del sujeto y nuestras formas de vida son producto de este. Ya que la manera en que nos seguimos pensando, y constituyendo como sujetos, está anclada a un lenguaje relacionado con las pasiones, la finalidad, la profundidad y la importancia del individuo. El romanticismo nos heredó un léxico que apela a la admiración respetuosa de los héroes, los genios y las obras inspiradas. Sitúa el amor en el escenario principal de los tesoros humanos y alaba a quienes renuncian a lo útil y lo funcional en aras de sus semejantes. Por obra del romanticismo, el amor es el eje articulador de muchos de los vínculos humanos, podemos depositar nuestra confianza en los valores morales y en la suprema significación de la aventura del hombre. Para muchos, la pérdida del vocabulario romántico como referente para el sujeto contemporáneo, implicaría un colapso de todo lo que tiene sentido en la vida. *“Si el amor como comunión íntima, el mérito intrínseco de la persona, la inspiración creadora, los valores morales y la expresión de las pasiones fueran expresiones obsoletas de nuestro lenguaje, la vida palidecería para muchos”* (Gergen, 1991)

2.2.2 Dinámica del Yo moderno

A lo largo de la historia, al menos desde la Grecia clásica, ha existido el esfuerzo por dar cuenta que es esa particularidad que nos hace humanos y cómo es que llegamos a serlo. El Yo es una figura, una manera de nombrar o una función mental, que de alguna forma advierte o materializa las implicaciones de ser humano; alude a nuestra identidad, nombra cosas de nuestra propia existencia. Hacer referencia al Yo es una ruta para poder rastrear las condiciones de posibilidad de lo que implica ser humano; además de poder dar cuenta de los efectos del contexto dentro del cual estamos insertos. O, mejor dicho, es la única posibilidad. Para Vásquez Roca (2015) decir Yo, es aludir a una serie de acontecimientos y formaciones mentales y corporales, mediante las cuales una persona puede experimentar la sensación de integridad en

el tiempo, al modo de una entidad que se vive como centralizada, unificada y homogénea; de igual manera es percibir una esencia real e inmutable que es la fuente de la identidad y que se debe de proteger generando la ilusión de coherencia casual e integridad en el tiempo, al modo de una entidad centralizada unificada y homogénea.

El Yo es una función, que no está dada desde el origen, tiene que ser construida, es la posibilidad que tenemos para acotar la biología, Paula Sibilía (2012) señala que el Yo se estructura a partir del cuerpo. De alguna manera el Yo es una posibilidad para organizar el organismo, para humanizarlo. El Yo es una masa identitaria en sentido estricto, esta provista de enunciados que transmiten valores y deseos de manera compleja y tiene por función representar los modos coagulados con los cuales la subjetividad se instaura (Bleichmar, 2006)

El Yo es algo que se instituye, es producto del encuentro con los demás y con el entorno, es materialización y evidencia de la gestión del sujeto psíquico; de igual manera del sujeto social, es un efecto de la subjetividad imperante. El Yo es una función que permite la conciencia de la propia existencia, esta toma una forma específica en cada periodo histórico, esta articulado a partir de enunciados socialmente producidos (Bleichmar, 2006)

A pesar de esta experiencia de continuidad e integridad, el estatuto del Yo siempre es frágil, es una entidad vacilante y compleja. Es una unidad o, mejor dicho, una ilusión de unidad que no da cuenta de otra cosa más que de una ficción siempre compleja y vacilante; al respecto Paula Sibilía (2012) señala lo siguiente: “es una unidad ilusoria construida en el lenguaje, a partir del flujo caótico y múltiple de cada experiencia individual. Pero si el Yo, es una ficción

gramatical, un centro de gravedad narrativa, un eje móvil e inestable donde convergen todos los relatos de uno mismo, también es innegable que se trata de un tipo de ficción”

El Yo es una función que se tiene que desarrollar o construir. Por medio de este, al margen de su inestabilidad, es la única posibilidad que tiene el ser humano para dar cuenta de su existencia, mejor dicho, de poder narrarla. Para la psicología, se habla de función Yoica. Es una función que, en términos generales, ordena y sintetiza el cúmulo de nuestras experiencias y de nuestro devenir humano. En este sentido, la construcción del Yo se presenta como una tarea compleja. Charles Taylor (2012) plantea que la construcción del Yo es una tarea que se desarrolla a partir de la interlocución, dentro de marcos referenciales sociales e históricos. Sugiere que el Yo es construido a partir de distinciones cualitativas dentro de las cuales estamos, vivimos y elegimos: el Yo se construye a partir de marcos referenciales que son el contexto de esta interlocución.

Esta idea sugiere entonces, que si bien el Yo, es una ficción, esta se vuelve necesaria, y no puede ser construida si no es a partir de relatos, mismos que son la materia que nos constituye como sujetos. Como lo subraya Sibilia (2012), el lenguaje, nos da consistencia y relieves propios, personales, singulares, y la sustancia que resulta de ese cruce de narrativas se (auto)denomina “Yo”.

El Yo se forma a partir del lenguaje, de narraciones que emergen de los marcos referenciales en los cuales se encuentra inserto el sujeto, que son sociales e históricos. Para Taylor (2012) la autonomía total del individuo, vista como ausencia de marcos referenciales, nos arrojaría al escenario de lo patológico, el individuo quedaría caído, por decirlo de alguna

manera, de la urdimbre referencial, no sabría que elegir, carecería de criterios para dar valor a las cosas, vagaría desorientado en un espacio sin atributos.

Somos “Yoes” señala Taylor (2012), somos retazos de las experiencias propias y de los otros. Solo se puede aprender el amor, la aspiración, el enfado, a través de mis experiencias y de las experiencias que otros tengan de sí. Aprendemos a actuar y a sentir en un contexto interlocutivo, de voces y de narraciones; y del intercambio de estas. Se sugiere entonces, que la vida humana no puede ser si no es a condición de esta interrelación que requiere y produce un entramado, es decir, un entretejido de sostén referencial (Vino, 2014)

Esta orientación dentro de los marcos referenciales no es solo una tarea presente, sino que integra el pasado y el futuro, supone la comprensión de la vida como una historia que va desplegándose. Dar sentido a la vida, señala Vino (2014), tiene como condición básica aprehenderla como una narrativa. La narrativa del Yo, por lo tanto, estructura el presente a la luz del pasado.

Si bien es cierto que la posición central del Yo se asienta como producto del pensamiento de fines del siglo XVIII (Lyons, 1978), Sigmund Freud da un giro en torno a la concepción del mismo, de igual manera suscribía la figura de un Yo como un organizador que da sentido a la existencia, sin embargo, en 1923 y en el 1925, señaló que el Yo es la parte organizada de toda la disposición biológica del ser humano, aparece como un gestor del organismo, y de la existencia misma. La particularidad es que este es una función que en su proceso de organización y funcionamiento se ve impactada por dos frentes, por las sensaciones que se desprenden del mundo interior del individuo; así como, de todas aquellas experiencias

que vienen del afuera. El Yo como organización, es un testimonio de la humanización del organismo puro, es la posibilidad de advenir al mundo de los significados y representaciones. Como diría Freud (2006g), “el Yo es una organización”, es la parte organizada de todas las disposiciones biológicas que hace frente a la existencia; es una función, que si bien, se ve precipitado y expuesto a un interior y un exterior, de igual manera sirve de puente comunicante entre estos dos espacios opuestos.

En el mismo orden de ideas, y un poco de desalentador, Sigmund Freud (2006f), en 1925, señala que el Yo como organización estará sujeta a una serie de vasallajes, en términos generales, subraya que el Yo está sujeto del interior del individuo, de igual manera, del contexto al que pertenece. El Yo, por tanto, sugiere y precipita, en los seres humanos, una sensación y experiencia de continuidad. Sin embargo, es una función que siempre estará bajo amenaza.

El Yo es el depositario y salvaguarda de la identidad, construido desde narraciones y discursos que acotan y nombran, nos nombran. Los discursos y las narraciones, señala Silvia Bleichmar (2006), si bien, son efecto de la inscripción que el otro humano produce a partir de cierta coagulación de las mismas: lo que “soy”, lo que “no soy”, lo que “no debo ser”, lo que “debo ser”, no es a partir de su propio lugar como sujeto individual, sino desde el modo con el cual la cultura de pertenencia define y regula lo propio del sujeto, y sus modos de producción de subjetividad.

El Yo se materializa mediante el lenguaje, es el instrumento que por excelencia poseemos para organizar el turbulento fluir de la propia experiencia y, de igual forma, damos sentido al mundo. El lenguaje contornea, modela y hace existir (Bourdieu, 1985; Sibia, 2012)

Las categorías con que nos nombramos, nos entendemos, nos asumimos, o nos autodenominamos en tanto sujetos, no siempre han sido las mismas, estas están precipitadas por los momentos históricos en el que como sujetos advenimos, es decir, cada época precipita un tipo de subjetividad y por consecuencia ofrece las coordenadas narrativas mediante las cuales el Yo se configura y se nombra. Lo que narra el Yo es el producto de una subjetividad imperante, como señala Gergen (1991), “el vocabulario del Yo, se insinúa en la vida social”

2.3 La fiabilidad en el marco de la falibilidad. La “seguridad ontológica” como eje de sostén existencial.

El elemento articulador que aparece como soporte y tesis fundamental, en torno a las dinámicas e instituciones modernas, es que no pueden operar sino es a condición de la “*fiabilidad en los sistemas abstractos*”, particularmente en relación con los sistemas expertos. La fiabilidad aparece como un artículo fe o de confianza depositada en los sistemas abstractos, es decir, en una persona o sistema, está vinculada a la “*probidad o al amor*” (Giddens, 1991, 2008)

Para dimensionar los efectos y alcances de la fiabilidad en la modernidad, no perdamos de vista que en el marco de la época premoderna, regido por la lógica de las tradiciones, aun siendo figuras significativas los sacerdotes, los sabios o los hechiceros, las personas podían hacer prescindir de su saber y continuar contenidos por las rutinas y lógicas de una cotidianeidad. En el contexto moderno, sucede lo contrario, ante la dislocación de las dinámicas locales, el abandono de las tradiciones y las cosmologías religiosas; la única posibilidad para la construcción de sentido es a partir del conocimiento experto, con las particularidad que de este no se puede prescindir; los nuevos sacerdotes y hechiceros ahora son los profesionales

poseedores de un saber, ungidos por una nueva deidad: la ciencia y la tecnología (Giddens, 2008)

La cosmología religiosa pierde su prestigio para cederlo a una cosmología científica, y a todas sus formas de especialidad técnica. Así pues, la ciencia se coloca en un lugar de respeto generalizado; sin embargo, aparece algo complejo e inquietante en torno a esto, es que debajo de esa investidura está el recordatorio de que estos sistemas expertos se tornan falibles, ya que son operados por individuos de carne y hueso, condición necesaria para que aparezca el equívoco, la imperfección y, por consecuencia, la falibilidad. Los sistemas expertos ya no nos pueden garantizar ninguna certeza (Giddens, 1996, 2008).

Así pues, los sistemas expertos, operados por personas, no pueden maniobrar, sino es a partir de la confianza que sus usuarios depositan en ellos, y esta no puede ser, sino es, a condición de la seguridad que estas puedan inspirar, es decir de su probidad. La fiabilidad, la confianza, entonces es depositada en personas. Sin embargo, no podemos hacer de lado que estas, en calidad de expertos, pueden equivocarse al tener una lectura errónea de los datos que revisan, o por no estar lo suficientemente capacitados como se requiere. En este sentido, parece entonces, que quedamos en un escenario atravesado por la falibilidad humana, en donde, si bien la ciencia aspira al control, esta no se puede operar sino es por medio de lo humano, situación que precipita que los conocimientos aparezcan como imperfectos (Giddens, 2008).

Como se señaló anteriormente, nos preguntamos ¿a partir de que se gesta esta fiabilidad o confianza que se deposita en los sistemas expertos?, por un lado, ya señalábamos, al amparo de Giddens, que esta ópera a partir de dos vertientes: por un lado, está relacionada a la probidad

de los sistemas expertos y el lugar privilegiado que toma la ciencia en el contexto moderno; por otro lado, es partir de la confianza y seguridad que los usuarios de los sistemas expertos, “*los profanos*”, depositan en ellos (Giddens, 1996, 2008).

En este último punto señalado, es interesante resaltar que la confianza que se deposita en los sistemas expertos no es algo dado, tampoco es suficiente el lugar de prestigio que en la modernidad tomó el conocimiento técnico, es necesario otro elemento fundamental para que este escenario de fiabilidad pueda operar de la mejor manera posible: la “seguridad ontológica”. Esta se considera una figura fundamental centrada en el “ser”, y es desde esta de donde es posible que emerja la fiabilidad. Particularmente, la seguridad ontológica, está anclada a la experiencia que cada persona tenemos de nosotros mismos y del entorno. Está relacionada con la autoidentidad y a la experiencia de continuidad e integridad. Es una experiencia del orden de lo íntimo individual. No tiene que ver con un fenómeno cognitivo, sino con fenómeno relacionado con lo anímico, anclando sus raíces en el inconsciente (Giddens, 1996, 2008).

El fundamento de la fiabilidad, y que al mismo tiempo ayuda a transitar la incertidumbre, es la “seguridad ontológica”, no está desde el nacimiento, es algo que se adquiere, para Giddens (1996), tiene que ver con tener confianza en los anclajes existenciales de la realidad, que son de tipo emocional, como cognitivo. Esta precipitada desde las primeras experiencias de nuestra infancia. Es una posibilidad para orientarnos en el mundo, articulada a partir de elementos cognitivos – emocionales, el mundo – objeto y la autoidentidad. Es una cualidad psicológica, interior; precipitada desde lo social, exterior. De entrada, es partir del encuentro del bebé con sus figuras primordiales, que en la medida que van proveyendo una serie de cuidados y

satisfacciones, se va generando la plataforma para adquirir lo que Erik Erikson (1985) denomino, confianza básica.

La confianza básica, es un sentimiento que se gesta solo partir de la constancia, la continuidad, equidad e igualdad de los factores externos. El mantenimiento de hábitos y rutinas es un bastión fundamental que resguarda contra angustias amenazantes. La confianza básica tiene que ver con la conciencia de identidad, y esta solo aparece a partir de la experiencia de la ausencia y su capacidad de soportarla; esta es solo a partir de la “fe” de que el cuidador regresará. Confiar en los demás y en el entorno, es una necesidad psicológica persistente y recurrente (Giddens, 2008)

De esta manera, podríamos decir que la seguridad ontológica, de entrada, se gesta desde las experiencias tempranas del sujeto que están vinculadas a la recepción de cuidados y satisfacción de necesidades, se precipita a partir de las constancia y las rutinas. Tiene que ver con la posibilidad de creer en que las necesidades del sujeto pueden ser satisfechas, de igual manera en que, ante las ausencias, siempre existirá la posibilidad del recuento. Así pues, es una experiencia ligada a la identidad, gestada desde el exterior, que despierta experiencias de integridad y continuidad relacionadas a la existencia personal. En otras palabras, la seguridad ontológica pudiera pensarse como un sistema inmunológico de lo psicológico que tenemos como sujetos, en la modernidad, de resguardarnos, además de recuperarnos, de experiencias difusas o angustiantes producto de las vicisitudes propias de la existencia humana.

De alguna manera, la seguridad ontológica, se inserta en lo que “Giddens (1996) denomino como *“el proyecto reflexivo del Yo”*, que consiste en el mantenimiento de la

coherencia de las narraciones biográficas, si bien sujetos en continua revisión, tiene lugar en un contexto de múltiples opciones que son filtradas a través de los sistemas abstractos.

2.3.1 De la “*Hilflosigkeit*” a la “*seguridad ontológica*”

El concepto de “seguridad ontológica” aparece como un concepto bisagra que evidencia que lo social y lo individual están de manera permanente en una relación dialéctica, aparece como puente que nos ayuda a transitar de ida y vuelta entre estas dos esferas. En este sentido, se afectan mutuamente: el sujeto no puede ser sin lo social y lo social sin el sujeto. Es a partir de esta experiencia individual del orden de lo íntimo, además de inconsciente, que el sujeto tiene posibilidades de transitar, con “fiabilidad”, sin tanta perturbación por el entorno que lo rodea. Así pues, aparece como una confianza, experimentada por los sujetos, en los anclajes existenciales de la realidad, es una experiencia emocional que se traduce de manera cognitiva (Giddens, 1991, 1996, 2008)

Como ya revisábamos, la fiabilidad es una coordenada fundamental para recorrer el terreno de los dinamismos e instituciones de la modernidad, esta fiabilidad emerge a partir de esta relación dialéctica entre lo social y el sujeto; y es, a condición, por un lado, de la oferta de rutinas y ciertas constancias, y por el otro de la experiencia personal de sentirse contenido o resguardado por el entorno, que esta puede aparecer y depositarse. En otras palabras, para que aparezca “la seguridad ontológica”, se debe de experimentar la fiabilidad, y para que pueda haber fiabilidad, es fundamental la “seguridad ontológica”. En este sentido, se sugiere entonces, que el entorno, no solo debe ofrecer experiencias de contención, sino incluso, que nosotros, como sujetos, nos construimos como tal, a partir del encuentro con el mismo. El entorno,

entonces, no solo produce dinámicas sociales, sino también, dinámicas psíquicas: emociones y cogniciones sin las cuales estaríamos desvalidos como sujetos de una sociedad.

La “seguridad ontológica”, son emociones y cogniciones que se materializan por medio de una identidad individual, está relacionada al “ser”, articulada a partir de una vivencia, en lo íntimo, de integración y continuidad. Precipita cogniciones, sin embargo, su naturaleza es del orden de lo anímico. Como ya se comentó, no es algo que está dado desde el nacimiento, sino que se desarrolla; se precipita, como lo señalaría Freud, en su Proyecto de Psicología de 1906 (2006), a partir de una “acción específica”, condición “*sine qua non*”, incluso para devenir sujeto.

Mediante el concepto de “seguridad ontológica”, Giddens (1991, 1996, 2008), condensa una serie de fenómenos vinculados a la estructuración subjetiva, dirigidos más a lo psíquico que a lo social. Evidencia que la constitución psíquica, es decir el sujeto, es precipitado desde las acciones que vienen exterior. El sujeto de la seguridad ontológica aparece como un efecto deseable de una estructuración psíquica que aparece como el testimonio de las acciones de las cuales fuimos sujetos. De igual forma, mediante este concepto, se diluye la línea divisoria respecto a donde empieza lo social y donde lo individual, sino por el contrario, son elementos que se traslapan, y que ratifican, lo que ya Freud mencionada en su texto de 1921, Psicología de las masas y análisis del Yo (Freud, 2006j), *“En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social”*

La seguridad del ser es producto de la estructuración subjetiva, se sostiene a partir de la concepción psicoanalítica de la *“Hilflosigkeit”* (Freud, 2006i), que señala un desamparo originario que es característico en el ser humano. Designa el estado de desvalimiento bajo el cual nacemos, en donde, por un lado, aparece una biología que se ve impactada por una serie de *“cantidades”* del interior y del exterior, y por otro, un *infans* que se encuentra imposibilitado para sobrevivir sin la asistencia de otro auxiliador. En este sentido, los tiempos inaugurales del ser humano están atravesados por el desamparo debido a nuestra prematurez. Es decir, que el recién nacido se encuentra en una total impotencia por su imposibilidad de emprender alguna acción, coordinada y eficaz, que atempere las tensiones a las cuales se encuentra expuesto.

Ante la *“Hilflosigkeit”* se vuelve indispensable, los cuidados y la contención del otro. Necesitamos que alguien precipite puntos de organización psicológica. Ante nuestro inicial desvalimiento, es fundamental advenir a un contexto que nos ofrezca constancias y rutinas, ya que estas son estructurantes. Se nos tiene que ofrecer determinados referentes para poder crear las coordenadas para nuestra existencia individual y autónoma. Necesitamos sentirnos seguros para compensar nuestro desvalimiento constitutivo, y es a partir del encuentro con los otros y con sus constancias en los cuidados que se esto va gestando y me permite construir referentes relacionados con la certidumbre, además de preservarme de experiencias difusas y angustiantes. (Freud, 2006i; Lebovici & Weil-halpern, 2006; Spitz, 1996; Winnicott, 2006).

Para el psicoanálisis, estos cuidados constantes ayudan a construir estructura, ayudan a gestionar las *“cantidades”* a las cuales se ve expuesta la biología, y a preservarnos de ella, o al menos una parte de ella. Esta estructura y organización que se crea, opera en el devenir de nosotros como sujetos como una función reguladora y organizadora. Esta estructura es el *“Yo”*,

producto del precipitado de las interacciones con el otro auxiliador y el entorno, y que además permite diferenciarnos y sabernos nosotros mismos; el Yo está vinculado al ser, a la identidad y a la seguridad (Freud, 2006f; Giddens, 1991) .

La “*Hilflosigkeit*”, o desvalimiento originario, ante el acontecimiento de nuestro nacimiento, necesita ser contrarrestado desde el exterior. Para poder advenir sujeto necesitamos del amparo del otro; necesitamos de otro que se presente como un portavoz de los referentes de la cultura en la cual nos incorporáramos. Hay un Yo inaugural, producto del discurso parental, a manera de una “sombra hablada” que transitará por un trabajo psíquico constante de configuración y reconfiguración identificatoria (Aulagnier, 1977) Bajo esta concepción, tendríamos que pensar al Yo, como una unidad organizada e integrada, que no solo es portadora de las proyecciones de un discurso familiar, sino también social; y en ese sentido, es a partir del Yo que nos podemos reconocer como elementos de una grupalidad y como seres individuales; somos efectos de una historia que nos antecede; y creadores de aquella que da cuenta de nuestro existir.

Ante la “*Hilflosigkeit*”, o desvalimiento originario, necesitamos de otro que nos proporcione amparo, que nos salve del sentimiento de inseguridad. En este sentido, Franco (2013) resalta que, si ese otro auxiliador, que se torna primordial, es el agente que proporciona amparo, entonces, irremediamente, en nuestro devenir como sujetos los vínculos, la sociedad, las creencias, para otros tantos, la ciencia, y los diversos grupos de pertenencia e instituciones, ocuparán ese lugar, es decir, estos referentes, aparecen como una posibilidad de amparo o de seguridad. Estos, continua Franco, están impregnados por un mundo simbólico que

aporta sentido, organización y seguridad ante el sinsentido, desorganización e inseguridad que aparece en los orígenes del psiquismo.

Así pues, en el devenir como sujetos necesitamos experiencias mínimas de bienestar, por medio del cual se nos trasmite el sentido de lo social instituido, ya que este debe de transmitir un patrimonio común de certeza (Aulagnier, 1977). Es decir, necesitamos de coordenadas para poder significar, mismas que solo podrá ser modificadas mediante transformaciones colectivas, estas aparecen como la posibilidad de anclarnos y construir significaciones propias, y que de alguna manera nos ayudan a vincularnos, pero también a distanciarnos de lo social instituido (Franco, 2013)

Freud, en el texto de psicología de las masas y análisis del Yo del 1921, lo expone de la siguiente manera:

“La relación del individuo con sus padres y hermanos, con su objeto de amor, con su maestro y con su médico, vale decir, todos los vínculos (...) tienen derecho a reclamar que se los considere fenómenos sociales. La psicología de las masas⁴ trata del individuo como miembro de un linaje, de un pueblo, de una casta, de un estamento, de una institución, o como integrante de una multitud organizada en forma de masa durante cierto lapso y para determinado fin.” (pág. 64)

La seguridad ontológica, como posibilidad de contrarrestar la “Hilflosigkeit”, o desamparo originario, se monta sobre la estructuración subjetiva, reviste al Yo y se alimenta de una fe en la coherencia de la vida cotidiana, la cual es realizada a través de las interpretaciones simbólicas de las interrogantes que presenta la existencia humana (Giddens, 1996), en este sentido, Freud, en su texto el Porvenir de una ilusión de 1927, lo propone de la siguiente manera:

⁴ O psicología social, como también sugiere en dicho texto

“De ese modo se creará un tesoro de representaciones, engendrado por la necesidad de volver soportable el desvalimiento humano, y edificado sobre el material de recuerdos referidos al desvalimiento de la infancia de cada cual, y de la del género humano. Se discierne con claridad que este patrimonio protege a los hombres en dos direcciones: de los peligros de la naturaleza y el destino, y de los perjuicios que ocasiona la propia sociedad humana.” (pág. 18)

La seguridad ontológica, pensada como seguridad del ser, y como estrategia para contrarrestar la “Hilflosigkeit”, o desamparo originario, nos remite nuestra constitución subjetiva, misma que no puede pensarse sino es a través de una función organizadora y sintetizadora de toda nuestra existencia. A esta función la denominamos “Yo”, este es depositario y salvaguarda de una experiencia de integridad y continuidad, es decir de la identidad. Así pues, esta identidad, no puede operar si no es a partir de una serie de ofertas de sentido que viene del exterior, y que nos ayudan a interpretar de manera simbólica las vicisitudes de nuestro acontecer. Por lo tanto, nuestra existencia es una extensión singularizada de lo social, y al mismo tiempo, lo social aparece como una extensión socializada de lo individual.

Lo social, entonces, necesita de la seguridad del ser, para poder tener fe en la cotidianeidad, y poder transitar por ella; y para tener fe, necesitamos de las regularidades, permanencias y constancias, es decir, del amparo de lo social. La función de amparo que cumple el entorno (Franco, 2013), proporciona consistencia simbólica, le hace sentir seguridad al Yo porque permite y proporciona sentido, ya que, de no ser así, toda experiencia de sinsentido nos expone a dimensiones relacionadas con lo desestructurante, y por consecuencia, la angustia.

Si el entorno no es capaz, o deja de proveer amparo, aparecerán sensaciones de inseguridad vinculadas a la “Hilflosigkeit”, o desamparo originario, Franco (2013) lo expone de la siguiente manera:

“Asimilaremos la sensación de inseguridad a un modo de manifestación a nivel del Yo del estado de desamparo, producido por falta de sentido: falta de significación, de consistencia en lo simbólico, el estar frente a una experiencia que queda fuera del sentido causando imposibilidad de hallar un sentido propio”

Así pues, para atemperar la *“hilflosigkeit”* todo sujeto debemos poder encontrar referencias en la narrativa de lo colectivo que nos permitan proyectar a futuro, ya que esto se vuelve fundamental para el desarrollo de la seguridad ontológica. Poder anclarnos a un proyecto identificador, precipitado desde lo colectivo, que nos permita historizarnos, además de proyectarnos hacia el futuro, es fundamental para establecer un sentido de vida (Franco, 2002).

2.4 La modernidad tardía y su oferta de (in)certidumbre.

Si bien, Giddens recupera estas coordenadas que nos ayudan a transitar y a dibujar algunos de los cambios producidos por la modernidad en el orden de lo institucional, además de sugerir sus incidencias en la individualidad. Por otro lado, como se ha venido comentando, señala que la modernidad no logro su cometido ni muchas de las promesas ofrecidas, tanto en el orden de lo institucional, como en el orden de lo individual, estas promesas están lejos de cumplirse, ya que, señala, la modernidad nos enfrentó a varias paradojas. En su búsqueda de certezas por medio de la razón, despojo de las anteriores e *“institucionalizó la duda radical”* (Giddens, 1996: 35), convirtiendo, a partir de este momento, todo conocimiento en hipótesis.

La modernidad, desde finales del siglo XX, para muchos autores es pensada como el comienzo de una nueva era, ya que, si bien sigue montada sobre los ejes fundamentales de sus orígenes, se denuncia que no cumplió con lo que prometía, aparece como un proyecto incompleto, que nos expone, como sujetos, a escenarios de riesgo permanente, además de

dejarnos con una experiencia ontológica permanente de incertidumbre e inseguridad (Bauman, 1996; Beck, 1998; Giddens, 2008; Habermas, 1989; LYotard, 1999). Esta modernidad tardía, paradójicamente muy contemporánea, genera el caldo de cultivo para que emerjan una serie de reconfiguraciones de la existencia y de los modos de gestionarla. El eje fundamental que atraviesa la experiencia cotidiana y a las instituciones en esta modernidad tardía es el carácter de lo efímero y lo contingente, que circula de manera dinámica, de ida y vuelta, entre las esferas de lo público y lo privado, es decir desde lo institucional hacia lo individual y viceversa.

Viene bien recuperar, lo que Marx (2000) ya advertía y denunciaba en 1848, en el manifiesto del partido comunista, el fracaso del proyecto de la modernidad, que si bien dirige la mirada y su señalamiento a los medios de producción y al capital, en el mismo texto se dibujan las incidencias que esto tendría en las esferas generales del devenir como sujetos y de la sociedad misma. De igual manera avizoraba un derrumbamiento del sistema social, situación que nos deja envueltos en una agitación e inseguridad perpetuas. Y antes de poder consolidar los nuevos referentes de contención de la existencia humana propuestos por la modernidad, estos ya habían caducado. Los instrumentos que derrocaron a la sociedad feudal y tradicional, e hicieron surgir la modernidad, en la modernidad tardía, se vuelven contra ella misma (Giddens, 2008; Habermas, 1989). En este sentido, resulta paradójico que la envoltura de la modernidad, más que contener, después del siglo XX, nos arrojan al desconcierto. En la modernidad, señala Berman (2013), *“todo lo solido se desvanece en el aire”*.

Marx (2000) lo describe de la siguiente manera:

“Este cambio continuo (...), este incesante derrumbamiento de todo el sistema social, esta agitación y esta inseguridad perpetuas distinguen a la época burguesa de todas las anteriores. Todas las relaciones sociales tradicionales y

consolidadas, con su cortejo de creencias y de ideas admitidas y veneradas, quedan rotas: las que las reemplazan caducan antes de haber podido cristalizarse. Todo lo que era sólido y estable es destruido; todo lo que era sagrado es profanado, y los hombres se ven forzados a considerar sus condiciones de existencia y sus relaciones recíprocas con desilusión. (pág. 31)”

De esta manera, el entorno de riesgos en la modernidad tardía está muy distante del que caracterizaba al de la época premoderna. Ya, los riesgos principales, no tienen que ver con el mundo natural, como en aquel entonces; si bien es cierto, en la modernidad tardía siguen existiendo estos, los que predominan, están relacionados o son producto de sus mismos logros; en otras palabras, los riesgos son producto, paradójicamente, de la creación humana, efecto de la dinámica industrializada de las sociedades. El “*perfil de riesgo*” ya no es la influencia divina, sino la ciencia y la tecnología quien nos expone a una serie de riesgos de creación humana: la guerra, los peligros ecológicos, incluso la reconfiguración de la identidad y la intimidad misma. El ser humano, en la modernidad tardía, no solo perdió las certezas metafísicas, sino que, propicio también, un escenario de incertidumbre permanente (Giddens, 1991, 2008).

En el marco de lo social, el contexto actual, paradójicamente, gracias a sus ideales, nos expone al riesgo, ya que, en su esfuerzo por controlar el entorno, es víctima de sus imposibilidades para prever las consecuencias no deseadas de este actuar, corriendo siempre el riesgo de precipitarnos hacia la catástrofe debido a una toma de decisiones inadecuadas. La dinámica de la reflexividad nos arroja a la constante generación de conocimientos nuevos, provocando un exceso de opciones para el futuro. De esta manera, los sistemas expertos alimentan la avidez y la capacidad de colonizar el futuro, pero, al mismo tiempo, se ven imposibilitados en ofrecer la suficiente información que permita tomar decisiones que no impliquen riesgo, o consecuencias no previstas con potencial destructivo (Giddens, 2008).

En otras palabras, debido al alcance que caracteriza a la modernidad y a su potencial destructivo, es que el riesgo tiene consecuencias globales, además de ser riesgos ante los cuales resulta complicado identificar responsables. Quedamos en *“un mundo estructurado principalmente por riesgos de creación humana que deja poco lugar a la influencia divina o a la propiciación mágicas de fuerzas cósmicas o espirituales”* (Giddens, 2008). La incertidumbre respecto al futuro es lo que caracteriza a la modernidad tardía. Esta incertidumbre presenta dos rasgos: es global en su alcance y tiene sus causas en decisiones humanas. En este sentido, la incertidumbre, pues, derivada del riesgo que provoca una creciente pérdida de "seguridad ontológica" en los sujetos.

En el contexto de la modernidad tardía, es cierto que existe un mayor escenario de áreas de seguridad proporcionado por las instituciones modernas. Gracias a las rutinas y permanencias ofrecidas por los sistemas abstractos, estos se vuelven fundamentales para la seguridad ontológica; sin embargo, este escenario nos expone, a los sujetos, a nuevas formas de vulnerabilidad psicológica, y de alguna forma, la fiabilidad en los sistemas abstractos no recompensa psicológicamente de la misma manera que la fiabilidad en las personas (Giddens, 2008)

Es decir, entendemos con Giddens (2008) que, las instituciones y los sistemas abstractos de la modernidad pretendieron llenar el vacío que las religiones tradicionales habían dejado; sin embargo, no pudieron lograrlo, ya que estos están atravesados por una diferencia, y esta es en torno a la confianza que se deposita en los mismos: las religiones tradicionales, están soportadas en figuras personalizadas que permitían una transferencia directa de la confianza individual; los sistemas abstractos, la fiabilidad de los mismos, supone fe en principios

impersonales, que solo son replicables en sentido estadístico y se invocan cuando no se producen los resultados buscados por la personas. Antes, las certezas las ofrecía dios y sus representantes en la tierra; en la modernidad, la estadística; la responsabilidad ya no recae en personas concretas ni en grupos a los que se les pueda exigir “llevar las cosas por buen camino”. Da la impresión, entonces, que en la modernidad *“la gradual erosión de la religión organizada y de la teología sistemática, especialmente de la religión cristiana de Occidente, nos ha dejado con una profunda e inquietante nostalgia del Absoluto”*(Steiner, 2001:111)

Valdría la pena preguntarse, ante las imposibilidades que aparecen con la modernidad tardía, si es que quedamos expuestos a nuevas formas de vulnerabilidad, o tal vez, se reeditan vulnerabilidades que siempre han estado presentes en el sujeto; principalmente, aquellas relacionadas con lo que Bajtín (1990) denominó “miedo cósmico” y que, además, Bauman (2014) comentaría que, en el corazón de este, no se encuentra otra cosa que la incertidumbre ante el horror de lo desconocido y lo indómito, que de alguna manera, antes atemperaban las tradiciones y las cosmología religiosa.

De igual manera, la modernidad, en general ha incidido en la manera en que nos hemos configurado como sujetos, nuestra identidad. Particularmente en la modernidad tardía se han presentado una serie de transformaciones y reconfiguraciones relacionados con el Yo y la vida íntima, ya que esta, desde la lectura de Giddens, tendiendo el puente hacia el psicoanálisis, está directamente relacionada con los mecanismos de fiabilidad.

En la modernidad el Yo se convirtió en un proyecto, que emerge, en primer lugar, del encuentro con el entorno, de igual manera de pensarse a sí mismo desde el entorno. Este

proyecto buscaba que, a nivel íntimo, se experimente y mantenga una coherencia en la narración y experiencia personal. Como se ha venido comentando, este Yo necesita de referentes en el exterior que ayuden a construir anclajes existenciales; en este sentido, en la modernidad tardía, como efecto de la libertad adquirida, apareció la obligación de ser libres, entonces nos encontramos arrojados a un escenario en donde el Yo, pasó a ser un proyecto y un performance. Los individuos nos vimos obligados a elegir, dentro de toda una diversidad de opciones, entre ellas aparece el estilo de vida como una más. Es decir, que la identidad se debe construir a partir de las estrategias y opciones que proporcionan las instituciones (Bauman, 2004; Giddens, 1991, 2008).

La “seguridad ontológica” y el Yo en la modernidad se tambalea, debido a que los mitos fundacionales se fragilizaron, los referentes orientadores del Yo y de la identidad se extraviaron. Las instituciones de la modernidad no pudieron responder ante la incertidumbre, sino por el contrario sembraron la duda. Y para construir la identidad y por consecuencia la seguridad ontológica, es necesario de referentes ontológicos sólidos (Klein, 2013) Las rutinas estructuradas y ofrecidas por los sistemas abstractos están montadas sobre el vacío, tienen el carácter de lo impersonal; la rutina y lo moral, quedo de lado. Las instituciones de la modernidad, nos arrojaron a “riesgos de alta intensidad que amenazan la vida” (Giddens, 2008)

La constitución de una identidad individual articulada desde lo social se apoyaba sobre lugares, que en la modernidad tardía entraron en crisis, o no rinden como se esperaba. Nos encontramos sin los suficientes ordenadores en lo social mediante el cual podamos construir un proyecto identificadorio, esto nos expone a la configuración de un Yo que empieza a tener fallas en sus funciones significantes e identificatorias. Las instituciones de la modernidad están en

crisis, y por consecuencia se ven imposibilitadas en su función de amparo, misma que está relacionada con la oferta de sentido que nos permite pensarnos de manera individual, y en relación a lo social (Franco, 2013)

En este escenario, lo social, o de alguna manera, los sistemas abstractos, cada vez ofrecen menos referentes reguladores y organizadores, favorece una subjetividad que pierde su capacidad de poder encontrar sentido en un legado de representaciones y de seguridad del ser. Cada vez más nos encontramos con un Yo que se arma a partir de una sumatoria de temores desarticulados, difíciles de organizar en una serie de interpretaciones simbólicas, que como hemos visto, se vuelven fundamentales para transitar como sujeto a través de lo social (Klein, 2013) De esta manera, lo social, más que contenernos, termina por exponernos a una zona de riesgo permanente, bajo una serie de amenazas que en muchos casos se materializan de manera singular, mediante crisis psicológicas, que derivan en angustia; es decir una experiencia que ataca al núcleo de la identidad. Y se plasma, en términos generales, a partir de preguntas relacionadas con el tiempo, espacio, continuidad e identidad, elementos, que suponíamos que en la modernidad iba a estar resueltos (Giddens, 1996)

La modernidad tardía, compromete al Yo; por un lado, los sistemas abstractos, particularmente los sistemas expertos, aun estando atravesado por la ciencia y la técnica, no pudieron salvarnos de la incertidumbre. El Yo, quedo dividido entre el discurso del iluminismo y del romanticismo; entre la razón y la pasión. El psicoanálisis aparece como un esfuerzo de integración entre estas dos posibilidades para poder pensar esta división en el sujeto. De alguna manera, se pretendió, y se pretende, de manera más insistente en nuestro tiempo, entenderlo exclusivamente a partir de la razón; es decir, del conocimiento empírico y objetivo.

En la modernidad tardía se busca obturar esa división, en incluso negarla sometiendo el entendimiento del sujeto al discurso de la ciencia y la técnica, sin embargo, la vida íntima y la identidad, hincan sus raíces en el discurso de la pasión, de las miradas, de los encuentros. La “Hilflosigkeit”, o desamparo originario, no se alivia a partir de la ciencia y la técnica, sino a partir de los cuidados, de haber heredado un patrimonio simbólico de representaciones, del lenguaje, de haber sido nombrados por otro, de poder nombrarnos, reconocernos, a nosotros mismos. Una de las herencias, entonces, es un Yo que es producto de la pasión y de la razón, capaz de organizar en una narrativa coherente e histórica relacionada con su ontología.

El Yo aparece entonces, como uno de los principales legados de la modernidad, es una organización que se monta sobre la biología humana, para advenir sujetos, se gesta a partir de los encuentros con el otro, y de alguna manera es efecto de las formas de vida, se vuelve el depositario de una proyección que emerge desde el afuera. Fue, o fuimos, objeto de toda una serie de esquemas más o menos racionalizados, que procuraban modelar nuestros modos de entender y llevar nuestra existencia. Es decir, que todo lo anterior es el caldo de cultivo de la subjetividad contemporánea: El capitalismo, la ciencia y la tecnología, el control, las formas familiares, la cultura, etc. (Rose, 2011)

2.4.1 El neoliberalismo económico como (des)articulador del proyecto de la modernidad.

Méndez (1998) comenta que el neoliberalismo como practica político - económica tiene sus orígenes en el liberalismo surgido en la segunda mitad del siglo XIX, su principal representante es Adam Smith, mediante su obra: Investigación sobre la Naturaleza y Causa de

la Riqueza de las naciones, publicada en 1776, propone tres principios fundamentales de esta narrativa:

1. Libertad personal
2. Propiedad privada
3. Iniciativa y propiedad privada

Se pensaba, continua, que la economía estaba regida por una mano invisible, por la cual el estado lo que debía hacer era no intervenir en asuntos económicos. Proponiendo reducir al mínimo las actividades del estado, además de propiciar por medio de la política *el laisser Faire, laisser passer* (el dejar hacer, el dejar pasar), los deberes del estado sugería que fueran los siguientes:

1. Proteger a cada miembro de la sociedad de la injusticia y opresión de otro miembro de la sociedad, es decir una autentica administración de la justicia
2. Sostener las instituciones publicas
3. Realizar obras de infraestructura que por no ser de lucro no interesan a la iniciativa privada.

Todo esto fue hasta la crisis económica de 1929, Jonh Maynard Keynes critica las ideas de Adam Smith recomendando la intervención del estado en la economía, con la finalidad de propiciar y fomentar la inversión y, en consecuencia, la producción, el empleo y la demanda con el objeto de retardar la llegada de la crisis económica, a estos ideales se le conocen como keynesianismo, y estuvieron en boga hasta desde el 1936 hasta el 1960. (Mendez, 1998)

Este ideal, continua Méndez (1998), fue objeto de críticas de parte de varios autores, principalmente por Milton Friedman, quien, basado en el neoliberalismo, se oponían a la intervención del Estado en la economía. Proponen un neoliberalismo económico. Su principal planteamiento afirma que el libre mercado es el único mecanismo que asegura la mejor asignación de recursos en la economía y, en consecuencia, promueve el crecimiento económico; por lo tanto, se debe de fomentar el libre mercado sin restricciones estatales.

Para Harvaey (2013), el neoliberalismo, es una teoría de prácticas político - economías que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano, consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y libertades empresariales del individuo, dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada, fuertes mercados libres y libertad de comercio. El neoliberalismo propone como premisa fundamental que la intervención del Estado en los mercados debe ser mínima ya que, de acuerdo con esta teoría, el Estado no puede en modo alguno obtener información necesaria para anticiparse a las señales del mercado y porque es inevitable que poderosos grupos de interés distorsionen y condicionen estas intervenciones estatales atendiendo a su grupo de beneficio.

Desde la década de 1970, hemos asistido a un drástico giro hacia el neoliberalismo tanto en las prácticas como en el pensamiento político-económico. La desregulación, la privatización, y el abandono por el Estado de muchas áreas de la provisión social han sido generalizadas (Harvey, 2013).

No todo ha sido afortunado, en este contexto neoliberal, ya que ha mermado significativamente a los marcos y los poderes institucionales previamente existentes, además la

división del trabajo, de las relaciones sociales, de las áreas de protección social, de las combinaciones tecnológicas, de las formas de vida y de pensamiento, de las actividades de reproducción, de los vínculos con la tierra y de los hábitos del corazón. (Caponi & Mendoza, 1997)

En este sentido, esta política económica, este discurso dominante, concibe al mercado, refiere Caponi y Mendoza (1997), no solo como la institución social que asigna eficientemente los recursos, sino también, como regulador de decisiones sociales y hasta como conductor de políticas en cualquier ámbito, desplazando al Estado, reducido a su mínima expresión. El neoliberalismo, manifiesta un enorme odio a lo público, en cuanto es imprescindible aumentar al máximo y a cualquier costo la ganancia.

2.4.2 Lo social en lo individual. El sujeto bajo amenaza.

El proyecto de la modernidad no logró lo que prometía, y a partir del siglo XX entró en crisis, provocando un vuelco en lo social que incide en los sujetos, en sus maneras de estar, de entenderse y de vincularse. No perdamos de vista que la modernidad precipita una narrativa del Yo a partir de la razón, la opinión estable y la intención, y parece ser, que la contradicción. Deja de lado la concepción romántica del Yo, anclada en una narrativa envuelta por la pasión, el alma, la creatividad y la moral (Gergen, 1991)

Como se ha venido mencionando, con la modernidad, como sujetos quedamos llenos de miedos e incertidumbres, si bien es cierto la modernidad ha mejorado determinadas condiciones de vida, paradójicamente, nos expuso a otra serie de temores, con la particularidad de que ha vaciado el cielo de Dioses; y la tierra, de las tradiciones, dejándonos en un escenario de

constante riesgo, miedo e incertidumbre, que despierta nuevas angustias en los sujetos. La crisis es una situación que se tornó una situación normalizada (Bauman, 1996; Giddens, 2008) donde el individuo ya no tiene a que aferrarse. El mundo de los héroes y los mitos fue derrocado por el mundo de la ciencia y la técnica, y del estado regulador que, sin embargo, estos grandes relatos legitimadores, también se cayeron (Lyotard, 1999)

Para Brunner (1998), el miedo, la ansiedad y la incertidumbre, son los estados de ánimo predominantes en la modernidad tardía articulados con el modelo económico neoliberal. Los miedos de hoy no son a la naturaleza o a dios; son los de la economía neoliberal, de la modernidad tardía, de una civilización dominada por el conocimiento y la comunicación. Son incertidumbres nuevas, de mayor alcance y más profundas, aunque vivimos en un mundo en donde lo que abunda es el conocimiento y la información, cada vez se vuelve más difícil de aprehender el contexto donde nos desenvolvemos cotidianamente; paradójicamente, el conocimiento nos ha vuelto más inseguros.

La crisis de la modernidad tardía alienta un clima general de inseguridad, del cual es imposible sustraerse, nos expone, inevitablemente a todos, a una diversidad de situaciones de crisis de mayor o menor importancia que dejan bajo amenaza al núcleo mismo de nuestra identidad. Las nociones de confianza se ven minadas en su fundamento quedando en escenarios de incertidumbre o desamparo que se pueden traducir como experiencias de sufrimiento (Giddens, 1991).

De esta manera, las mutaciones producidas en la modernidad tardía, se ve precipitadas por las políticas neoliberales ya que, como modelo económico, imponen una marca en todos los

aspectos de la dinámica social que llegan a permear a la esfera individual. Es decir, como señala Guinsberg (2006), las políticas neoliberales actúan como una *Weltanschauung* que lo determina todo; además de producir un aumento del miedo, la inseguridad y la incertidumbre, no como objetivos intencionales –“*como no lo fue la histeria en la época victoriana*”(pág. 84)- sino como resultante de sus propias aspiraciones.

En el ámbito de lo social, las practicas neoliberales en torno a la administración de un modelo económico y del trabajo “han promovido y favorecido el retiro del estado y la reducción de la protección social, multiplicando las desigualdades, debilitado la confianza frente a las instituciones políticas y subordinando las diferentes dimensiones de la vida social a la racionalidad (desregulada) del mercado” (Aceituno, Miranda, & Jimenez, 2012) De manera puntual, esta dinámica incide favoreciendo una escasa regulación alrededor de las leyes en el ámbito laboral, en donde las ventajas para el trabajador cada vez son más reducidas enfrentándonos como trabajadores a un “*real peligro de desempleo o subempleo en un mundo con cada vez mayores índices de estos por las crónicas crisis económicas y el reemplazo de la mano de obra por tecnologías*” (Guinsberg, 2006:85); nos enfrentamos a una privatización de los servicios de salud y pauperización de los sistemas estatales; nos enfrentamos al estallamiento de las instituciones de retiro, a la par de la perdida de la fuerza de las organizaciones obreras.

De esta manera, ante este contexto, aparece una nueva forma de regulación social soportada en dos ejes; por un lado, una forma de gobierno basada en políticas y medidas destinadas a consolidar la incertidumbre como experiencia normalizada y la precarización; y por otro lado, un modo de control y regulación basado en la interiorización de la incertidumbre como principio de subjetivación (Abad Miguélez, 2016)

La implementación de este modelo nos expone a una situación de indefensión, inseguridad e incertidumbre frente a poderes desconocidos que no los podemos controlar, pero ellos si pueden incidir en varias facetas de nuestra vida. En el orden de lo individual se presenta, entonces, una experiencia de desasosiego, de malestar que aparece como resultado del fracaso de la modernidad, y de toda esta dinámica de las practicas neoliberales que han atravesado las esferas de lo político, económico y social reventando a las instituciones de la modernidad: corrupción, violencia, inseguridad laboral, etc., son algunas de las vicisitudes que atraviesan nuestra vida diaria (Guinsberg, 2006)

Es evidente que hay un contexto social en donde la lógica de mercado se coloca en el centro de las dinámicas sociales, y por consecuencia en las dinámicas subjetivantes. El sujeto articula una identidad, un proyecto y un estilo de vida a partir de su encuentro con lo social. Este proyecto está montado, en primer lugar bajo la premisa de la confianza, y en segundo bajo la premisa de la libertad de elección; situación que nos lleva, como sujetos, a quedar expuestos a una serie de imposibilidades para construir una identidad; pero esta libertad no es, sino en el marco de unas *“condiciones fuertemente influidas por los efectos normalizadores del capitalismo mercantilista”* (Giddens, 1991:249)

Cada época establece sus valores, sus imperativos sociales y culturales que sostienen las prácticas de sentido. El contexto de la modernidad tardía nos expone, como sujetos, a un escenario caracterizado por la desorientación cultural, la conformación de nuevas identidades, de exclusión social, de globalización. O nos aferramos a las identidades posibles o estallamos en fragmentos. Las condiciones materiales y simbólicas de la vida generan cambios en la

subjetividad de los individuos. Pérdida de identidad social, fragmentación de los lazos sociales, vulnerabilidad aislamiento, individualismo, aumento de la violencia, precarización psíquica, vivencia o amenaza de fracaso (Briuoli, 2007)

El sujeto está inserto en un escenario de competencia descarnada por alcanzar posicionamientos sociales y laborales, bajo estos imperativos, existe un quebranto de los lazos solidarios, una ética individualista y características narcisista en los sujetos. Presentando complicaciones para proyectar su vida y un futuro, no participan de la política ni la reproducción económica. Se vinculan a través de la inmediatez, su temporalidad, sus ciclos se manejan con el surgimiento de cada oportunidad que aparece (Briuoli, 2007)

Una de las características actuales de la singularidad es la tendencia al aislamiento, correlativa a una desactivación de la experiencia genérica de lo colectivo; con el relajamiento de los lazos de identidad y solidaridad y el empobrecimiento progresivo del contacto emocional entre individuos se diluye significativamente el sentimiento histórico, por consecuencia, del sentido de la vida. Es la experiencia de lo colectivo la que asegura el sentido de la historia, la construcción de las ideologías como relatos unificadores, y los proyectos de transformación como superación de los conflictos presentes (Galende, 1992)

En el mismo sentido, para Emiliano Galende (1992) las instituciones, ya no agrupan, unifican y ordenan proyectos del conjunto, los individuos están en ellas para su realización personal ya no para el progreso y la defensa colectiva. La ética grupal se vacía de contenido para el sujeto. Sostiene que, entre otras, esta es una causa esencial de la difusión de la corrupción, esto aparece, cuando la ética grupal se vacía de contenido para el sujeto.

Ya Freud (2006e), en 1927, advertía los riesgos y los efectos del cambio a propósito de pensarse lo social después del periodo tradicional. Es imposible, señala, vivir en la cultura (lo social) sin anclajes existenciales; si se hizo a un lado a la religión, se vuelve necesario un sistema de doctrinas que tengan la misma sacralidad y rigidez y que, además, salve al sujeto de encontrarse consigo mismo a través de la prohibición de pensar(se). No perdamos de vista, como ya lo señalamos antes, que en general la modernidad se montó sobre una plataforma relacionada con la creencia en la divinidad (Giddens, 2008). Se derroco a la divinidad, sin embargo, la hilflosigkeit y la necesidad de amparo permaneció en el ser humano, y hasta ahora, la ciencia y la técnica no ha podido aliviar esa “*nostalgia del absoluto*” (Steiner, 2001)

La identidad y el proyecto de vida individual se precipitan a partir de la posesión de bienes deseados y un desarrollo de vida constituido a partir de la necesidad de poseer y consumir lo que el mercado ofrece. Los bienes se valoran más allá de su uso, toman el lugar de aquello que puede aliviar, o en su caso obturar, la insatisfacción, el desconcierto, la duda o la inseguridad; sin embargo, no logran su cometido, la ilusión pronto desaparece. “*Las necesidades individuales de autonomía personal, definición propia, vida autentica o perfección de las personas se trasforman en necesidad de poseer y consumir bienes ofrecidos por el mercado (...) El mercado se alimenta de la infelicidad que genera: miedos angustias y sufrimientos de la inadecuación personal inducida él suscitan la conducta del consumidor, indispensable para su continuidad*” (Bauman, 1989:189 en Giddens, 1991:251)

Para Giddens (1991), la vida en este contexto, que además de profano, nos expone a experiencias de riesgo parmente, nos hace transitar por escenarios inciertos que nos exponen a

episodios que tienen la característica de lo fatal, despertando sentimientos significativos de angustia. La conciencia de riesgos con consecuencias graves aparece como una fuente de angustias inespecíficas para muchas personas. Los sistemas abstractos favorecen la seguridad cotidiana, pero la confianza depositada en estos no ofrece suficientes recompensas psicológicas para el individuo ya que no proporciona las satisfacciones morales que puede ofrecer la confianza en las personas. En este sentido, *“la pérdida de puntos de referencia sólidos derivada del desarrollo de los sistemas internamente referenciales crea una intranquilidad moral que los individuos nunca pueden superar del todo”* (pág. 236)

Habitar en la modernidad tardía es estar expuesto a una serie de tensiones, desconciertos y desasosiegos que cimbran el corazón del Yo, y comprometen a la subjetividad misma, como se mencionó anteriormente, *“todo lo sólido se diluyó en el aire”*. Las personas cada vez nos sentimos más impotentes que en épocas anteriores, las experiencias de fragmentación es algo que atraviesa el devenir ontológico (Giddens, 1991) Quedamos expuestos al mundo y el universo ya que estos irrumpen haciéndose presentes en la experiencia de lo individual, evidenciando que *las creaciones de los hombres son frágiles, y la ciencia y la técnica que han edificado pueden emplearse también para su aniquilamiento*” (Freud, 2006b:16)

La confrontación con nuestra libertad, generada por la modernidad, además del incumplimiento de la modernidad tardía, nos expone a experiencias de angustia, Benyakar (Benyakar, 2006a) recuperando las figuras propuestas por Sartre (2007), lo expone de la siguiente manera:

“Sartre (...) reserva la palabra ‘náusea’ para la confrontación del individuo con la contingencia del universo, y la palabra ‘angustia’ para el reconocimiento de la libertad total de elección, a la que el hombre hace frente, en cada momento. “Condenado a la

libertad” y a la responsabilidad, en un mundo sin sentido, sin finalidad, otorga al futuro la condición de indefinido y amenazante. Para Sartre no hay garantías y el conocimiento no alcanza para asegurar el soporte adecuado y necesario. Sólo queda asumir, plenamente, el yugo de la libertad, que obliga a cada uno a “construirse a sí mismo a cada instante”. Luego, el presente, los demás, uno mismo, el medio, resultan tan peligrosos e inciertos como el futuro que, con su falta de sentido, niega al hombre toda posibilidad de proyección” (pág. 68)

En este marco, el sujeto de la modernidad tardía construye una identidad atravesada por una mercantilización, además de una serie de nuevos riesgos e incertidumbres que nos exponen a una experiencia de impotencia, sin la posibilidad de abrazar una narrativa que ofrezca respuestas únicas. Ni la ciencia, ni la razón lo lograron. *“En tal situación la seguridad ontológica tiene una base tan débil”* ((Giddens, 1991:245) que quedamos expuestos a una serie de angustias y miedos difusos que afectan las bases de nuestra sentido de sí, cimbrando el corazón de nuestra existencia misma.

En este punto, podemos elucidar que, en el orden de lo individual, aparece un sujeto agotado por el vértigo de las condiciones de la modernidad tardía, efecto de la inflación de las promesas que no fueron cumplidas, ya que, como se ha venido delineando, resulto imposible llevarlas a cabo (Aceituno et al., 2012) Aparecen cambios profundos en el modo de vincularse con lo social, se compromete la seguridad ontológica, quedando expuestos a vivencias relacionadas con el desamparo, y en este sentido cada vez más expuestos a la incertidumbre, miedo y experiencias difusas de angustia. En este sentido, *“el sentimiento de sí del ser humano, gravemente amenazado, pide consuelo; es preciso disipar los terrores que inspiran el mundo de la vida”* (Freud, 2006b:16)

2.5 Disposiciones psíquicas de los escollos de lo social.

Como se ha venido delineado, esta narrativa de lo social en la época contemporánea precipita una serie de argumentos, significaciones y unidades de sentido que inciden de manera directa tanto en el actuar, como en el decir, e incluso, en el sentir del sujeto que nos vemos atravesados por ella. Por varios frentes suscribimos la idea de que la vida individual no puede ser si no es a partir de lo social, y viceversa, ambas esferas son materializaciones una de la otra.

Castoriadis (2013) nos lleva por un recorrido que sugiere que el pensar, el actuar y el sentir del sujeto es esencialmente histórico, cada manifestación de estos elementos se enmarca en un encadenamiento histórico; así también, nos invita a no perder de vista que son sociales, ya cada una de las manifestaciones individuales es un momento del medio social. Castoriadis (1997), piensa al sujeto como fragmentos hablantes y caminantes de una sociedad dada; y a la vez, son fragmentos totales; es decir, que el sujeto socializado, encarna, efectiva como potencialmente, el núcleo esencial de las instituciones y de los significados de su sociedad.

Castoriadis (2013) propone que los sujetos se ven influenciados por imperativos que se le imponen desde el exterior, desde lo instituido. Esto instituido propone un discurso que domina al sujeto, quiere decir, entonces, que la verdad propia del sujeto es siempre participación en una verdad que le supera, que crea raíces y que lo arraiga finalmente en la sociedad y en la historia, por más autonomía lograda. La sociedad, pues, inventa y define para sí los modos de responder.

Inseguridad, riesgo, incertidumbre es el legado de la modernidad, y la experiencia de vida de la modernidad tardía, estas coordenadas son algunos de los referentes a partir de los cuales construyen, o se pretende construir, los anclajes subjetivos de los sujetos, en este escenario al parecer la subjetividad se monta sobre un terreno fangoso que la expone a una

constante amenaza de hundimiento. Como lo señala Beck (1998), los riesgos e imposibilidades de lo social devienen individuales , *“como consecuencia, los problemas sociales se convierten inmediatamente en disposiciones psíquicas: en insuficiencia personal, sentimientos de culpa, miedos, conflictos y neurosis”* (pág:128).

La dinámica de la modernidad, en torno al sujeto, ha favorecido una individualización radicalizada, y esta, aparece como la base de una serie de desequilibrios subjetivos. La desinstitucionalización, la desprotección, la desregulación, la privatización y la exigencia de responsabilidad que implica el ideal de autonomía, nos deja como sujetos de frente a la *“hilflosigkeit”*, frente a un desamparo que compromete las fuerzas y la seguridad ontológica, expulsándonos a experiencias relacionadas con la pobreza psíquica y sentimientos de angustia (Aceituno et al., 2012)

Como sujetos, quedamos vulnerables, se nos traspasó la responsabilidad de las gestiones de los riesgos y crisis a los que quedamos expuestos, las crisis sociales aparecen como crisis individuales y cada vez son menos percibidas, o pensadas a partir de sus anclajes sociales (Beck, 1998) El ideal de la modernidad que apuesta por la autonomía nos hace emprendedores de nosotros mismos, nos vemos exigidos, y sin otra posibilidad, de asumir nuestros éxitos y nuestros fracasos en términos individuales y psíquicos; de esta manera ante el fracaso o falla, esta termina siendo introyectada y vivida en el orden de lo individual interiorizándose como *“autoculpabilización”*, situación que nos expone a la vivencia constante de nosotros mismos, como sujetos carentes e impotentes (Abad Miguélez, 2016)

Es evidente que existe una falla en el orden de lo estructural, que cruza tanto a lo social como a lo individual, y que además se presenta infranqueable. La herida, es la figura que da forma y abraza a estas dos esferas, por un lado, lo incompleto y fallido del proyecto de la modernidad; y por el otro, la del desamparo originario que se experimenta cada vez más a flor de piel que afecta a la subjetividad y amenaza al Yo (Abad Miguélez, 2016).

Este malestar permea hasta lo más íntimo de lo individual, quedamos a cargo de nosotros mismos, *“el Yo tardomoderno está totalmente aislado”*(Han, 2012) Construir(nos) el propio proyecto aparece como una figura de coacción, además de como una forma eficiente de subjetivación y de sometimiento. El Yo como proyecto, que cree haberse liberado de las coacciones externas y de las coerciones ajenas, se somete a coacciones internas y a coerciones propias en forma de una coacción al rendimiento y al bienestar (Han, 2014)

2.5.1 La experiencia del sufrimiento humano.

El sometimiento a la presión de los ideales de la modernidad, nos produjo más malestar que bienestar (Freud, 2006d) Hay un malestar que produce los social y que se materializa en lo subjetivo individual, en las singularidades. Si bien, como se ha venido comentando, estas nos empujan a una serie de manifestaciones relacionadas con el miedo, la incertidumbre, el riesgo, la angustia desbordante; al margen de sus posibles codificaciones y categorizaciones, podremos decir que, todas estas, aparecen como una fuente del sufrimiento emocional. En este sentido, pensar el sufrimiento emocional es una condición de posibilidad para recuperar y comprender las conexiones entre lo social y lo existencial (Abad Miguélez, 2016)

Sufrir es sentir la precariedad y la vulnerabilidad de la propia condición como personas, no es otra cosa que la existencia en estado puro, imposibilitados para movilizar otras defensas que las técnicas o las morales. Sufrir aparece como el sello distintivo de lo que implica ser humano. Sufrir es correlativo a la existencia, no sufrir es igual a perder la condición de ser humano; en este sentido, el sufrimiento se inviste, entonces, de una absoluta desnudez (Le breton, 2004)

El sufrimiento, si bien es una experiencia inherente a la condición de ser humano y estar vivo, es una experiencia que se vive de manera singular que tiene relación con el pasado de la persona, con su cultura, con sus vínculos, sus roles, sus necesidades, su cuerpo, sus emociones, su vida íntima y su futuro. Las amenazas y las heridas a lo más íntimo de la existencia, que tiene que ver con nuestra integridad personal, se expresan a través de afectos tales como: tristeza, rabia, soledad, depresión, aflicción, infelicidad, etc., sin embargo, estos afectos no son lo que hiere o amenaza, sino la manifestación de estas. La única forma de conocer qué causa el sufrimiento, es preguntando a quien lo padece (Cassell, 1982)

Se puede decir que este tipo situaciones o sensaciones son experimentadas de manera general por los seres humanos; así también, que están ancladas a un tiempo y a narrativas y experiencias muy particulares a cada persona en donde se ven involucrados tanto el cuerpo como las emociones. Este tipo de experiencias no son fáciles de sobrellevar ya que, al experimentarlas, las sensaciones que provocan se traducen como amenazas a la seguridad y al sentido de sí (Cassell, 1982)

Siguiendo la lectura de Le Breton (2004), en la base de todo sufrimiento, lo que encontramos son experiencias relacionadas con el dolor; insinuando con esto que, si bien pudieran entenderse como cosas diferentes, estas aparecen como correlatos: el dolor, físico o emocional, es lo que precipita las experiencias de sufrimiento, y como se ha venido comentando, el sufrimiento atraviesa más que el cuerpo; atraviesa toda la estructura antropológica del ser humano. En este sentido, la definición que nos ofrece este autor recuperando sus raíces etimológicas, nos autorizan, a partir de este juego del lenguaje, a equiparar estos términos, dolor y sufrimiento. Lo expone de la siguiente manera: *“El dolor tiene consecuencias morales incluso entre individuos no religiosos. Es infrecuente que se viva como un acontecimiento neutro. Los orígenes de la palabra pain (dolor en inglés) o pein (alemán), son en griego y latín poine (sufrir) y pcena (castigo). Desde la pena sufrida hasta la pena en que se ha incurrido a causa de la falta, la raíz etimológica es la misma. En sánscrito, la raíz pu remite a purificación”* (pág. 128).

La experiencia del sufrimiento emocional, percibido como una herida o amenaza a la integridad del Yo, si bien originado desde lo social, pero materializado de manera singular, implica un constructo psicológico, que representa el sentido subjetivo de identidad y es por ello que la vulnerabilidad al sufrimiento depende de cada persona y del papel que desarrollo en la sociedad. El sufrimiento aparece entonces, como una amenaza al sí mismo, comprende una disparidad entre lo que uno espera de sí mismo y lo que uno hace o es; en este sentido, la falta de recursos para afrontar dicho antagonismo, indica el grado de sufrimiento (Herrera & Rodríguez, 2014).

La experiencia del sufrimiento Herrera & Rodríguez (2014) la caracterizan de la siguiente manera:

“...como la existencia de un profundo dolor emocional por el cual atraviesa la persona en un momento de vida específico. Este sentimiento de tipo aflictivo, que invade las diferentes esferas de la persona como son la biológica, física, psicológica, social, cultural, trascendental, entre otras, generalmente es rebelde ante la terapéutica y puede ser inclusive limitante, pues se traduce en angustia, ansiedad, pena y se encuentra cargada de una sensación de carencia, de vacío o de ausencia, dando como resultado inquietud e incertidumbre en la vida cotidiana de quien la sufre, causándole un malestar que impacta en su entorno cotidiano” (pág. 77).

El sufrimiento humano, a nivel de experiencia humana, transita por la vereda de lo intangible, esta es del orden de lo subjetivo, situación que torna difícil su monitoreo, de igual forma, mucho menos podemos medir y cuantificar esta experiencia (Camargo, 2012) Esto, debido a que es un sentir que va más allá de lo físico, ya que se presenta como un cumulo de emociones negativas: angustia, malestar, etc., y que aparece ante situaciones que amenazan nuestra integridad (Molina López, 2011). El sufrimiento es una experiencia en el orden de lo subjetivo que está relacionada con una imposibilidad del lograr el bienestar, este último, articulado a partir de los ideales imperantes de cada época. El sufrimiento aparece como resultado de la pérdida del futuro y de la esperanza (Cassell, 1982)

El sufrimiento humano está relacionado con el daño o la perdida experimentada en alguno de los ejes que sostienen la existencia humana: el pasado vivido, el pasado familiar, la cultura, la sociedad, los roles, la dimensión instrumental, la asociación, las relaciones, el cuerpo, el inconsciente, el ser político, nuestra vida íntima, la percepción de futuro y la dimensión trascendental. Existen ciertos daños o amenazas que en definitiva aparecerán como causas suficientes para producir sufrimiento: la muerte de un ser querido, la impotencia, la desesperanza, la tortura, la pérdida del trabajo, la traición, la soledad; todas estas, podemos subrayar, son experiencias que tiene la particularidad de ser universales a la vez que

individuales, y están relacionadas a personas y momentos específicos (Cassell, 1982) De manera general se puede decir que *“nos asusta que lo que más queremos pueda verse seriamente amenazado, o incluso que lleguemos a perderlo por completo”* (Kleinman & Benson, 2000).

Hablar de sufrimiento, es por un lado apelar a un componente estructural del ser humano relacionado con el desamparo originario; y por el otro, a apelar a una experiencia que su registro es en el orden de lo psíquico individual, en donde este se verá precipitada ante la pérdida o amenaza de pérdida de un objeto gratificante (persona, entidad, ideal, etc.), en otras palabras que ayude a colmar estas sensaciones de desamparo; es decir, que el sufrimiento emocional está relacionado al ambiente y a los elementos gratificadores y de restitución de la propia existencia e identidad. La experiencia del sufrimiento es una posibilidad de poder contener y elaborar psíquicamente o subjetivamente las experiencias relacionadas con el dolor, ya sea físico o mental (Ávila, 2011).

El sufrimiento concierne a la condición de la existencia, es la marca de la identidad humana. Se presenta en el Yo como un afecto displacentero. Desde el ámbito de la salud y la salud mental, el sufrimiento humano aparece como un mecanismo subjetivo, que además usa la maquinaria del lenguaje, para dar trámite a una serie de experiencias o vivencias relacionadas con el duelo, la angustia, el goce, el dolor y la culpa. (Touloupas, 2013)

El sufrimiento emocional tiene un impacto sobre el sentido de la propia identidad, sobre la capacidad de trabajar y de divertirse, y sobre las relaciones con familiares y amigos. El sufrimiento es la vivencia subjetiva de un evento, o experiencia, que puede percibirse como

dolorosa, misma que se configura a partir del contexto social y cultural, es decir, que el sufrimiento se configura a partir de una trama simbólica. (Le breton, 2004)

El sufrimiento emocional si bien aparece como una experiencia individual, para su elucidación, se debe pensar desde la trama de lo colectivo. El sufrimiento emocional, está vinculado a un padecimiento moral y aparece como un cuestionamiento de las relaciones entre el ser humano y el mundo. Aparece como un significado colmado de afectos que atraviesa hasta lo más íntimo del sujeto.

El sufrimiento, entonces, aparece como un profundo dolor emocional que experimenta un sujeto en algún momento específico de su existencia. Invade diferentes esferas de la vida: la social, la psicológica, la física, etc., al mismo tiempo que se entretiene con experiencias relacionadas con la angustia, la ansiedad, la pena además de portar el peso de vivencias colmadas vacío o carencia, resultando en un desasosiego que atraviesa la vida entera del sujeto que lo padece.

2.5.2 Las fuentes del sufrimiento

Como se ha venido señalando, en general, las experiencias de daño o pérdida son la fuente del sufrimiento. Parecería evidente esta aseveración, sin embargo, tendríamos que resaltar, que, si bien todos estamos expuestos al sufrimiento, cada uno sufre de una manera y en un momento particular; siguiendo las coordenadas que nos ofrece el psicoanálisis freudiano, esto lo pudiéramos pensar a partir de que todos los seres humanos como sujetos tenemos una vida subjetiva que está atravesada por ilusiones y fantasías que nos ayudan a construir una trama

personal, al mismo tiempo que una trama social, estas nos ayudan, por un lado a historizar, y por otro lado a proyectar a futuro y, de esta manera, encontrar un sentido a la existencia. En nuestra vida íntima, conviven, de manera no siempre armónica, una serie de miedos amoríos del pasado y el presente, esperanzas y fantasías (Cassell, 1982) En este sentido, ya Freud mencionaba, que si bien las ilusiones y las fantasías nos resguardan, por momentos, de ciertos sentimientos de displacer, favoreciendo las experiencias de gozo; también es cierto que estas, tarde o temprano, no serán coincidentes con la realidad material, y entonces la enfermedad o la imposibilidad, en otras palabras, la realidad, perturbará este mundo de ilusiones y fantasías enfrentándonos a vivencias relacionadas con el sufrimiento (Freud, 2006c).

Hablar de sufrimiento, es hacer referencia al enfrentamiento con la experiencia de pérdida, de rechazo o la decepción relacionado con los objetos de satisfacción, -que como ya se comentó, estos pueden ser, ideales, personas, proyectos, el lazo social; es decir objetos que de manera simbólica atemperan la “hilflosigkeit”-. El sufrimiento está relacionado con la dimensión de lo conflictivo, al mismo tiempo que está tejido por una trama y densidad de naturaleza simbólica, no orgánica; es decir aparece como una manifestación o traducción subjetiva de una experiencia dolorosa. (Hornstein, Aulagnier, & Green, 1991)

Como se ha venido delineando, no es sino a partir de nuestra condición de humano, que estamos expuestos y vulnerables al sufrimiento, desde una lectura freudiana diremos que este emerge desde tres fuentes: dos de orden natural y una de orden social; las de orden natural son la naturaleza y el cuerpo, que de alguna manera poco se puede hacer sobre ellas, más que asumirlas, incorporarlas y transitarlas de la mejor manera posible ya que esas están dadas desde el origen de los tiempos, y aparecen como una verdad irremediable.

Otra fuente, tiene que ver con lo social; es decir, que una fuente de donde aparece la posibilidad de sufrir está anclada a la relación que tenemos con el otro y con lo social, con lo que no soy Yo, con lo que está fuera de mí, y que está vinculado a la capacidad del entorno por ofrecer construcciones de sentido, representaciones, amparos y consuelos de nuestra irremediable fragilidad; la ruta posible, o la promesa, era que esto se regularía por medio de las instituciones sociales; el encuentro entre los humanos y sus constantes confrontaciones, por momentos sutiles y, otras tantas veces, violentas. De igual manera, pretendían ofrecer una administración del sentido. En términos generales, las instituciones sociales se instauraron bajo la promesa de cumplir esta gran tarea, la de ser un catalizador, o metabolizador, de la experiencia de lo humano, (Freud, 2006j).

El ser humano siempre ha estado expuesto a la lógica de la amenaza del daño y de pérdida de la integridad, como se mencionó, siguiendo a Freud, el sufrimiento nos sobreviene por tres fuentes. En este sentido, da la impresión de que, en la modernidad tardía, se exacerbaba la relacionada con el encuentro con el otro, entendiendo esto como el vínculo con lo social. Se dice que, si bien, desde los orígenes hemos estado expuestos a las otras dos, la muerte y la naturaleza, en ningún momento quedamos tan expuestos, como en la época contemporánea, a los efectos vinculados por la experiencia de lo social. El sufrimiento como significado existencial aparece como el reflejo, o en su defecto, como un indicio, de las tensiones que se precipitan de la interrelación de las condiciones políticas, éticas, sociales y económicas que se experimentan en un contexto particular.

El sufrimiento aparece, entonces, y como consecuencia, de ser “sujetos de una sociedad”. Ante la imposibilidad de encontrar amparo o sentido, de igual forma, el eventual aislamiento de las figuras e instituciones sociales, aparece un sufrimiento que no es más que de la misma inscripción de nosotros como sujetos en la trama social. Una trama social, que no tiene más garantías que la incertidumbre, y que la serie de satisfacciones que ofrece, no alcanzan para atemperar las sensaciones de desamparo experimentadas, apareciendo la desolladora conclusión de que *“la felicidad no entra en el plan de la creación”*. Recurriendo al psicoanálisis freudiano, señalamos que hay un malestar que es inherente a la existencia y propio de ser miembros de una sociedad. Paradójicamente, el proyecto de la modernidad pretendía lo contrario, que estos terminaran (Freud, 2006d, 2006e)

Es cierto que, si partimos desde una referente psicoanalítico freudiano, pareciera ser que el sufrimiento emocional solo será producto de los accidentes biográficos y del conflicto pulsional, elementos que ayudan elucidar la dinámica de la neurosis; sin embargo, como lo hemos venido señalando, al mismo tiempo que los elementos biográficos y pulsionales, sostenemos que hay un lazo indisoluble entre psiquismo y sociedad y, en este sentido, señalamos que ser sujetos de la sociedad depara un tipo de malestar que es provocado, por un lado, por la insuficiencia de oferta de sentido para el alivio del desamparo originario; por otro lado, y al mismo tiempo, la modernidad tardía, nos expone a una serie de riesgos, de inseguridades y de incertidumbres que amenazan directamente las funciones organizadoras de la existencia que se condensan en el YO. En el contexto contemporáneo se dificulta significativamente el desarrollo de la seguridad ontológica debido a un estado de las cosas de desestructuración severa de la subjetividad.

Sumando a la anterior, recuperamos a Freud (2006b) a partir de sus “*series complementarias*” (p.316), término que con el que nombra los factores involucrados en el padecimiento subjetivo. Lo que señala es que el padecimiento subjetivo se produce por la acción, en términos variables, de factores genéticos, de las vivencias infantiles y de factores accidentales. De esta manera, insistimos en la línea reflexiva que estamos proponiendo, que el sufrimiento psíquico puede ser producido por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Pensadas desde el ámbito de la salud mental, si bien estas experiencias subjetivas, cuya expresión pueden enmarcarse en una sintomatología vivida en lo individual, entendemos que estas delatan y metaforizan el saldo que dejó la incorporación del sujeto en la trama de lo social. En este sentido este tipo de sufrimiento, es una manifestación patológica de los ideales de la modernidad, entre los cuales destacan, la libertad, la autonomía y la individualidad (Han, 2014).

Hablar del sufrimiento es lanzar la mirada a la dimensión social (Kleinman & Benson, 2000) Aparece como un analizador de lo social, que si bien este aparece como un experiencia individual psicológica, advertimos que los fenómenos psicológicos no son solo individuales, sino que algo de lo social se impregna en ellos; de igual manera, los fenómenos sociales, no son solo sociales, algo de lo individual se materializa en ellos, de esta manera, como lo hemos venido elucidando, “*los hechos sociales son en realidad hechos psicosociales*” (Abad Miguélez, 2016)

Pensar el sufrimiento emocional como una posible metáfora de las fallas de lo social, es colocarlo en las coordenadas para elucidar los efectos que tienen el poder político, económico y social sobre las personas y que, al mismo tiempo, estas formas de poder configuran las

respuestas ante los problemas sociales. El sufrimiento esta intrínsecamente ligado a la vida política y económica, configurado a partir de ciertas condiciones históricas y sociales. El sufrimiento aparece como una incorporación condensada del tiempo y del contexto histórico (Kleinman, Das, & Lock, 1997)

De esta manera, el sufrimiento se ve precipitado por las fallas de la función del espacio social e institucional en la modernidad tardía han producido modificaciones sustanciales que han precipitado una desestructuración, o desaparición, del posible amparo y de ordenadores de los lazos entre los sujetos y las tramas subjetiva de los procesos identificatorios. Quedando expuestos a una situación permanente de “*violencia secundaria*” trastocando al Yo en sus funciones significantes e identificadoras (Aulagnier, 1977)

CAPITULO III: LA MEDICINA: SISTEMA EXPERTO E INSTANCIA DISCIPLINARIA

3.1 La medicina como ciencia y sistema de exclusión. La voluntad de verdad.

Si bien es cierto que la medicina desde sus orígenes se ha venido colocando en un lugar de prestigio dentro de las profesiones, esto no es igual a que su lugar dentro de la sociedad y su práctica sean las mismas desde su origen ya que, indudablemente, se ha visto afectada a lo largo del tiempo. Algunos autores sostienen que para recorrer algunas de las rutas posibles para identificar estas afectaciones, es pertinente rastrear las coordenadas en torno al poder de la profesión médica, al mismo tiempo que del modelo hegemónico de la conceptualización de la salud - enfermedad (Azeredo & Schraiber, 2016a; Conrad, 2007; Freidson, 1970); así también, los procesos formativos de los futuros médicos (Castro, 2010, 2016; Castro & Erviti, 2014; Consejo & Treviño, 2008)

Desde sus orígenes la medicina, como campo de saber – o sistema experto - ha tenido un lugar significativo en el escenario de la comprensión del proceso de la salud enfermedad. Si bien es cierto, que la medicina ha tenido un lugar preponderante a lo largo de la historia, no siempre ha operado de la misma manera, Foucault (1976a) subraya que es a partir del decenio de 1940 a 1950 que la medicina toma las formas de como al día de hoy se ejerce, es a partir del

“Plan Beveridge”⁵ en donde aparece una nueva moral, una nueva economía, una nueva política y un nuevo derecho del cuerpo. Es decir, a diferencia de las Teocracias, como la del Estado cristiano, en donde el objetivo principal era la salvación de las almas e incluso forzarlas a ello, a partir del Plan Beveridge, se pasa a una “somatocracia”, en donde una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo. La salud corporal entendida a partir la relación entre las enfermedades y la salud.

La medicina como práctica, o como sistema experto, tiene inoculada la capacidad de hacer daño, incluso, de matar; en sus orígenes, se debía a su ignorancia, cualquier efecto negativo de la misma quedaba inscrito o entendido como producto de la ignorancia del médico o de la propia medicina, ya que esta no era una “verdadera” ciencia sino solo una serie de retazos de conocimientos mal fundados, mal establecidos y mal verificados. En ese entonces la medicina era nociva, pero por su ignorancia (Foucault, 1976a)

De la misma forma, en el siglo XX, continua Foucault, aun cobijada por la razón del iluminismo, la medicina sigue albergando su condición de nociva, solo que, paradójicamente, por circunstancias opuestas, no es ya por su ignorancia, sino que, a partir de este momento, se vuelve nociva por su saber; debido a que, como efecto de la época, se constituye en una ciencia. En esta época de desarrollo tecnológico lo nocivo de la medicina se deposita en la habilidad o

⁵ Foucault (1976) resumen en 4 puntos en qué consistía este plan:

1. Indica que el Estado se hace cargo de la salud. Era garantizar la salud física de los ciudadanos. Hasta mediados del siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, si como la de defensa y ataques militares. Orientada principalmente hacia fines nacionalistas
2. No se trató solo de una inversión en el derecho sino de lo que podría denominarse una moral del cuerpo. El concepto de limpieza, de higiene como limpieza, ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud.
3. La salud entra en el campo de la macroeconomía. A partir de entonces la salud – o su ausencia – el conjunto de las condiciones en virtud de las cuales se va a asegurar la salud de los individuos, se convierte en un desembolso por su cuantía, a nivel de las grandes partidas del presupuesto estatal, cualquiera que fuese el sistema de financiamiento.
4. La salud es objeto de una verdadera lucha política

ignorancia de quien la ejerce, no existe duda mínima sobre la medicina misma, no se duda de su científicidad.

A partir del siglo XX, sigue habiendo iatrogenia dentro de la práctica médica, sin embargo, Foucault (1976a) habla de una “*iatrogenia positiva*”, esta, insistimos, no tiene que ver con la ignorancia, sino al parecer con el saber, con la intervención médica con fundamento racional; a partir de esto, aparece la noción de riesgo médico, en donde una intervención tanto positiva como negativa, puede traer efectos desafortunados, es decir:

“En la actualidad, los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control, que obliga a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión” (Foucault, 1976, pag 157)

Por tanto, este cambio de estatuto, a medicina científica, no solo ha tenido efecto en el ámbito de la salud, sino que ha permeado otras esferas de la vida de los sujetos, incorporando la noción de riesgo.

En torno al campo de la salud, no todo ha sido desafortunado, se habla de una medicina moderna que datan sus orígenes en el siglo XVIII, en donde los hospitales no eran otra cosa que meros depósitos y salas de espera de la muerte; quien ingresaba difícilmente salía vivo, ingresaba para morir. Uno de los logros fundamentales del saber médico, en los años 1844 – 1847, fue que ciertos enfermos salieran del hospital, la creación de anestésicos y la técnica de la anestesia general y, en 1870, la introducción de la asepsia en la práctica médica fueron los propulsores para que la medicina se fuera colocando como salvaguarda de las gestiones

relacionadas con el procesos de salud-enfermedad-salud; por consiguiente, es a partir de estos logros que, desde la ciencia, particularmente desde la medicina, se logra adormecer a las personas; es decir, que la barrera del sufrimiento desaparece gracias a medios externos, es decir, técnicos; función, que anteriormente, antes de estos avances, era conferida al organismo por el umbral de la tolerancia al dolor (Foucault, 1976a)

El siglo XVIII fue el inicio de la incorporación del fenómeno de la vida al campo de acción de la intervención médica, apareciendo una nueva dimensión de posibilidades, Foucault (1976a) habla de una biohistoria, en donde el médico, como el biólogo, es decir, aquellas prácticas relacionadas con la vida, ya no les interesa el individuo y su descendencia, en otras palabras, ya no importaba la singularidad de quien padecía la enfermedad, sino que, ya las intervenciones van dirigidas a nivel de la propia vida y de sus acontecimientos. Da la impresión entonces, que estos avances técnicos, si bien tuvieron un efecto directo en pro de la vida, también es cierto que ha sido en detrimento del individuo; en este sentido, a mayor técnica, el individuo va desapareciendo de la mirada del médico, se va diluyendo.

Es en el siglo XVIII que la medicina se libera de su parálisis clínica y terapéutica, Foucault (1976a) señala que dejó de ser clínica para comenzar a ser social, las características principales de esta las explica a partir de cuatro “grandes procesos”:

1. Aparición de una autoridad médica (...), es una autoridad social que puede tomar decisiones a nivel de una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento. Es una medicina del Estado.

2. Aparición de un campo de intervención de la medicina distinto de las enfermedades: el aire el agua, las construcciones, los terrenos los desagües, todo esto se vuelve objeto de la medicina.
3. Introducción de un aparato de medicalización colectiva (...) antes del siglo XVIII el hospital no era una institución de medicalización sino de asistencia a los pobres en espera de la muerte.
4. Introducción de mecanismos de administración médica: registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas

Como consecuencia de esto, subraya Foucault, la medicina cobró impulso. Sembró su base en el hospital y en todos estos controles antes mencionados. La medicina comienza a ampliar los campos y escenarios de intervención, ya no solo son las enfermedades, sino que, comienza a operar bajo una lógica de un sistema de relaciones no regido por la demanda del paciente.

También es a partir del siglo XVIII, que la medicina y la salud se colocan como un problema económico. En este periodo, apareció a raíz de una epizootia, no de una epidemia; esto llevo al origen de la Real Sociedad de Medicina en Francia. Fueron entonces problemas económicos lo que llevo a la medicina a organizarse. La base económica de la vida moderna estuvo presente en su historia. (Foucault, 1976a)

Bajo este antecedente, nos encontramos al día de hoy con una medicina de base económica, solo que, por distintas razones, como lo señala Foucault (2015), ya no es solo porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo, sino porque en la época contemporánea la salud se

ha convertido en un objeto de consumo, se volvió un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en la época contemporánea, a partir de la medicina moderna, científica y técnica, puede ser producida por laboratorios farmacéuticos, por médicos, etc., por consecuencia consumida por los enfermos, posibles y reales, esto hizo que la medicina tomara una importancia significativa en el mercado.

A propósito de la “somatocracia”, el cuerpo también participa en el mercado, en la economía; esto, a partir de dos momentos: el primero, cuando el hombre vende su fuerza de trabajo; el segundo, por intermedio de la salud, ya que posee un cuerpo que es susceptible de enfermedades y de salud, de bienestar o malestar, de alegría o de tristeza; es decir, en este segundo momento, el cuerpo participa en el mercado en la medida de que es objeto de sensaciones y de deseos en la medida de que está vivo (Foucault, 1976a)

Para Foucault (1977), el entendimiento de la medicina, o del sistema médico contemporáneo, y de todas sus implicaciones, lo coloca a partir del siglo XVIII, en donde ancla tres acontecimientos fundamentales:

1. Surgimiento de una economía política de la salud:
 - a. Integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas
2. Procesos de medicalización generalizada:
 - a. La existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano se incorporan en una red de medicalización cada vez más amplia y densa, en cuanto más funciona menos se escapa a la medicina.

3. Los mecanismos de la biohistoria:

a. Los efectos a nivel biológico de la intervención médica.

En este contexto, la idea de población comienza a colocarse dentro del marco de lo político y lo económico, precipitando nuevos mecanismos de poder para el ajuste de nuevas formas de gestión y normalización. La población en general se convirtió en un “*objeto de vigilancia, de análisis, de intervenciones, de operaciones modificadores, etc.*”; de esta manera, el cuerpo evidenció toda una gama de nuevas variables: utilidad, rentabilidad, maleabilidad, etc., tornándose en un elemento fundamental para la gestión económica, situación que llevo a organizar alrededor de él un dispositivo, por un lado, que garantizara su sometimiento, y por el otro, el incremento de su utilidad. (Foucault, 1999)

Bajo estas condiciones, la salud se volvió un imperativo y un deber para cada uno, además de un objetivo general. Para lograr esto fue necesario una serie de instituciones, a la par de articular una serie de reglamentos. La asistencia sanitaria, por medio del ejercicio del poder médico, se implementará en la totalidad de los cuerpos, mismos que pasaran a ser parte de las gestiones del Estado. Aparece entonces la salud como un imperativo moral. Y para que este se cumpla, a partir del siglo XVII, aparecen una serie de estrategias que llevan el nombre de policía, entendida esta como “*el conjunto de los mecanismos mediante los cuales se asegura el orden, se canaliza el crecimiento de las riquezas y se mantienen las condiciones de salud en general*” (Foucault, 1976b:331) De esta manera, la medicina, en su alianza con el Estado para garantizar la riqueza y la producción por medio del cuidado de los cuerpos, es decir, por medio de una “somatocracia”, el concepto de policía se tornó fundamental alrededor de los problemas relacionados con la salud y, por consecuencia, del bienestar de los individuos.

La policía tiene como objeto de vigilancia, la vida misma. Su misión fundamental, es que la gente sobreviva, viva, e incluso, haga algo más que vivir. De esta manera, la policía, que son los médicos quienes tienen esta investidura, aparece como “una estrategia disciplinar” que configura un escenario político-médico que recae sobre la población, al mismo tiempo que circunscribe una serie de prescripciones que trascienden al ámbito de la enfermedad, permeando hasta las formas generales de la existencia y del actuar mismo. Así pues, su función se torna más higienista que terapéutica. La policía, o los médicos, para el siglo XVIII ya tenían una posición políticamente privilegiada (Foucault, 1976b)

Es partir del siglo XVIII que la medicina empieza a calificarse con el adjetivo de científica, recolocando a la práctica, asimismo, a quien la ejerce. Aparecen dos figuras significativas, la autoridad médica como autoridad social y el hospital como dispositivo de medicalización colectiva e indefinida. A partir de este momento, la medicina comenzó a funcionar fuera del campo tradicional en donde lo que convocaba a la intervención del médico era la demanda del enfermo, de su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, esto hacía que apareciera la intervención del médico; como se venía comentando, la medicina no intervenía a menos que así se le fuera solicitado, su intervención estaba circunscripta a los objetos denominados enfermedades (Foucault, 1976)

La medicina del siglo XVIII, es decir, la medicina moderna, subraya Foucault (1976), logró manipular la barrera del sufrimiento, más allá del umbral del dolor propio del organismo, a partir de este periodo responde a otros motivos que están por encima de la demanda, la medicina se impone como un acto de autoridad. El saber médico se enfoca en todo lo que

garantice la salud del individuo: el saneamiento del agua, las condiciones de habitabilidad, o el régimen urbano, la alimentación, etc.; en donde, más allá de ser demandado por la enfermedad, al parecer, es él quien ahora demanda a la enfermedad que aparezca. Como efecto de esto, existe una política sistemática y obligatoria de “screening”, de localización de enfermedades en la población que no responde a ninguna demanda del enfermo.

Es en el escenario urbano, entonces, en donde la figura del médico se fue colocando como el fiscalizador de la higiene pública, al mismo tiempo que fue colocándose en distintas instancias de poder; de esta manera, la medicina se instituyó como una técnica de salud indispensable para sostener una maquinaria administrativa dedicada a la vigilancia, al control y regulación de la población. La exigencia hacia la medicina fue que proporcionara individuos fuertes que se pudieran incorporar, mantener y rendir como fuerza de trabajo para el funcionamiento de la sociedad moderna (Foucault, 1990)

Debido a las exigencias de producción de la sociedad capitalista moderna, se tornaba indispensable un tipo de control sobre los individuos que iba más allá de la conciencia o de la ideología, sino que la intención era que este control se colocara sobre los cuerpos de los individuos. Para las sociedades capitalistas, entonces, el cuerpo aparecía como una realidad biopolítica, al mismo tiempo que la medicina aparecía como estrategia de esta biopolítica (Foucault, 1990)

A partir de entonces, la medicina aparece dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades y la demanda del enfermo, aparece como un acto de autoridad al individuo; pero la intervención del médico no se queda en

este escenario, en el de las enfermedades, sino que inventaron una sociedad, ya no la de la ley, sino, la de la norma. Trayendo como consecuencia una superioridad otorgada a la patología como una forma de regulación de la sociedad. En este sentido, *“la medicina moderna ha sido uno de los dispositivos de construcción disciplinar del individuo”* (Conrad, 1992)

La institucionalización de la medicina despoja y hace a un lado el interés por la salud individual, ya que como que como una práctica social fundamental y como técnica de control social suscribe los imperativos del sistema más que los de los individuos. Esto fue el caldo de cultivo para la configuración de una serie de intervenciones que dejan de lado el significado para solo interesarse por la función (Đukić, 2017).

La medicina, como policía del cuerpo, precipita una serie de discursos, que tienen una vinculación con el deseo y el poder, la medicina se adueña del poder del discurso relacionado con la salud y la enfermedad. A partir de la institucionalización de la medicina, en torno a la enfermedad, aparecen palabras nulas o sin valor que están despojadas de verdad y de importancia. La institución de la medicina articula discursos que generan una división, estos aparecen como un sistema de exclusión. Como bien señala Foucault (2015), el quiebre histórico respecto a los abordajes de la enfermedad, fue a partir de la invención del secreto, ya que es a partir de este que aparece esta división entre saberes expertos y profanos. El saber profano, es el que se excluye por medio de una voluntad de verdad.

La voluntad de verdad que envuelve a la institución de la medicina aparece como una maquinaria que pretende la exclusión de todas aquellas verdades o discursos que pretendan soslayar su hegemonía. Verdades que estén en el campo de lo profano. Mediante la voluntad de

verdad, los discursos de la salud son dichos, permanecen dichos y por decir. Ejemplo de esto es que partir del siglo XIX, todas las proposiciones relacionadas con la salud que apelaran a nociones metafóricas, cualitativas o sustanciales, quedaba fuera de la medicina para ser colocada como fantasma individual o parte de la imaginaria popular (Foucault, 1992)

Cada sistema experto, siguiendo la lectura de Giddens, o disciplinar, siguiendo a Foucault, articula y reconoce proposiciones falsas y verdaderas, pero excluye lo que esta fuera de sus elucidaciones. La medicina articula ciertos principios de control para la producción de discursos. Todo sistema experto aparece como una policía discursiva, la premisa de los sistemas expertos, antes de ser llamadas verdaderas o falsas, deben estar en la “la verdad”, en “la voluntad de verdad”; esta, aparece como una serie de discursos relacionadas más con la política y con el poder, no necesariamente con la evidencia. La voluntad de verdad ritualiza el habla y fija funciones. El médico, para estar y permanecer dentro de la verdad, de las cosas dichas y por decir, y no ser tachado de salvaje, tendrá que suscribir los ideales de la medicina moderna, al mismo tiempo, da la impresión, que para que los pacientes sean recibidos y configurados bajo este discurso, tendrán que dejar de lado su exterioridad salvaje, para poder ser escuchados. (Foucault, 1992)

3.2 Modelo médico hegemónico

Si bien es cierto que la medicina moderna, en alianza con el aparato del Estado, logró colocarse como el referente fundamental, no solo para dar cuenta de lo sano y de lo enfermo, sino también para regular la vida misma a favor del sistema de producción. Esto no pudo ser, más que al amparo de los ideales iluministas que derivaron en el privilegio de la ciencia y la técnica como paradigma o visión del mundo; el ejemplo que condensa este movimiento es el

traslado de los enfermos de los asilos a los hospitales; de esperar la muerte y el cobijo de Dios a prolongar la vida bajo el amparo de la técnica por medio de la medicina.

Freidson (1970) subraya que la medicina tiene un lugar preponderante en los procesos de conceptualización de la salud y la enfermedad, así como también en las acciones de intervención sobre la misma. Señala que detenta el control en las intervenciones realizadas sobre los cuerpos en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. La medicina se erige como la autoridad técnica, científica y social que impone el modo de actuar frente a las otras profesiones que organizan sus saberes y sus prácticas en torno a la salud y la enfermedad.

Para poder rastrear los diversos cambios ocurridos en las esferas antes señaladas es necesario partir de un primer distingo entre medicina tradicional y medicina tecnológica, ya que esta última ha desplazado a la primera (Azeredo & Schraiber, 2016a) La incorporación de la tecnología médica al ámbito del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ha dejado de lado las viejas prácticas de la medicina tradicional, que ante la carencia de estos recursos técnicos realizaban una práctica más artesanal y cuidadosa, soportada en la escucha del otro, la atención y el seguimiento.

La medicina tecnológica es el marco en el cual acontecen todas las prácticas legítimas contemporáneas relacionadas con este campo del saber. Siguiendo lo señalado, uno de los cambios fundamentales que podemos advertir, se relacionan con la deshumanización en el ámbito de la salud. Teniendo como efecto maltratos, agresiones verbales, negligencia en los cuidados, u obstáculos en el acceso y el uso de los servicios. La formación y la práctica médica

esta soportada en una base extremadamente técnica, situación que deriva en una violencia institucional (Azeredo & Schraiber, 2016a)

Desde esta concepción de la medicina, la patología, por consecuencia, es entendida como una entidad natural y neutra la cual el médico actuará a partir de técnicas científicamente fundamentadas. Las intervenciones pretenden ser de carácter neutro sobre una disfunción que se asume su origen desde lo natural (Azeredo & Schraiber, 2016b)

En general, los referentes contemporáneos de la medicina y su práctica profesional están soportados en la tecnología, siendo esta un manto simbólico bajo el cual se cobija la práctica médica; es decir hablar de tecnología es hablar de ciencia, y en la modernidad ciencia y tecnología tienen efectos legitimadores. Así pues, esto lleva a los profesionales de la salud a dejar de lado los antiguos referentes, sobre todo aquellos que no estén bajo este tamiz (Azeredo & Schraiber, 2016b)

Es pertinente recuperar el trabajo de Horwitz (2004) en torno a esta configuración contemporánea de la práctica médica. En entrevistas realizadas a médicos entorno a los cambios de la práctica médica señala que existe *una “segmentación de la profesión y crisis de su representatividad”*, ya que la tecnología representa para algunos médicos una fuente de tensión y para otros constituye una oportunidad para mejorar la calidad de la práctica, en torno a la tensión, recupera la siguiente respuesta:

“el arte es ahora reemplazado por la tecnología. Hay un abandono de la posibilidad de adquirir destrezas clínicas de un nivel importante porque se reemplazó por la tecnología. Esto hace que se abuse y se pidan más exámenes de los necesarios” (Médico grupo Focal II en Horwitz 2004)

En la época contemporánea la tecnología aparece como un auxiliar en el discernimiento del profesional, incluso, como se viene señalando, este discernimiento suele ser sustituido, e incluso, soportado exclusivamente sobre el saber tecnológico. La incorporación de la tecnología, si bien es cierto que ha tenido aciertos, también es cierto que ha modificado el escenario y las prácticas de la profesión médica en donde empieza a comprometerse la figura monolítica que en sus orígenes tenía esta disciplina.

La presencia, cada vez más constante, de la tecnología en las intervenciones médicas, pareciera ser que el médico se reduce a un mero intermediario. La figura y autoridad del médico al parecer se ve comprometida, está bajo sospecha, situación que provoca en el médico una serie de actitudes defensivas y de legitimación. Paradójicamente, buscando contrarrestar lo antes dicho, el médico recurre a aquello mismo que ha comprometido su lugar, replegándose en el uso de la técnica, por un lado; y dejando de lado el encuentro y dialogo con los pacientes, por el otro; convirtiendo la relación con el paciente, solo en un ejercicio de mando y control (Azeredo & Schraiber, 2016b)

La medicina de la modernidad, señala Schraiber (2010), está caracterizada por la autonomía del trabajo del médico, siendo esta fuente de tensión y conflicto en la práctica médica contemporánea. Esta medicina esta soportada en un saber biomédico; así también, los médicos se erigen como agentes del Estado moderno con un enorme poder, aparecen como los representantes legítimos de la ciencia y como portadores/guardianes de la autoridad cultural de su uso social. La medicina, ha pasado de ser una profesión liberal para colocarse como una profesión tecnológica.

En sus orígenes, las intervenciones no estaban mediadas por recursos tecnológicos, estaban sostenidas en el poner atención y saber escuchar al otro, era una medicina más artesanal, que ante la imposibilidad de recursos técnicos obligaba a una atención más personal. Estamos frente a una medicina que valora más lo orgánico en detrimento de lo subjetivo y del cuerpo tomado subjetivamente. Esta posición no aparece como una exclusión de consideración de lo social o de lo cultural, sino una forma determinada de tomar lo social y cultural, a modo de subsumirlos en lo orgánico, considerándolos en el lenguaje y significados de lo orgánico, y ante ese panorama cualquier intervención puede reducirse y/o realizarse desde instrumentos técnicos (Schraiber, 2010).

La medicina moderna encontró en la ciencia y la técnica la posibilidad de favorecer las condiciones de vida en general de las poblaciones, al mismo tiempo que el medio por cual se colocó como la autoridad en los temas relacionados con la salud y la enfermedad, gestando un modelo particular de intervención sobre estos ámbitos. Menéndez (1992) señala, que este modelo aparece como hegemónico, desplazando, o dejando al margen, otro tipo de intervenciones derivadas de la medicina tradicional

Freidson (1970) señala que la profesión médica, en la época contemporánea, se encuentra activamente comprometida con la medicalización de la realidad, lo que se traduce en una constante expansión del horizonte médico, cada vez son más las conductas, los signos y los síntomas que la medicina reclama como objetos de su competencia.

Hablar de modelo médico es hacer alusión a aquellas *“construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los «curadores» (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”* (Menéndez, 1992)

La práctica médica de la modernidad se ha sostenido en lo técnico – científico, derivando en normas de proceder siempre igual que uniforman las conductas de los profesionales. Si advertimos, como lo señalamos al principio, que los médicos tienen el lugar hegemónico en el campo de la salud, aunado al prestigio social, considerados *“los nuevos sacerdotes del cuerpo”* (Foucault, 2015), los que detentan el control en las intervenciones realizadas sobre los cuerpos en torno a la salud, la enfermedad, e incluso, la muerte. Se torna indispensable realizar indagaciones relacionadas a las vicisitudes en torno a las intervenciones relacionadas con el sufrimiento emocional y sus ofertas de alivio de estos nuevos “predicadores” de la realidad social.

La modernidad tardía, atravesada por una serie de procesos capitalistas, condujo a la emergencia de varios modelos de atención médica, sin embargo, se precipitó uno que toma el lugar del modelo médico hegemónico. Esta dinámica se hace significativamente presente en escenarios con características urbanas. Esta situación emerge porque la organización social, ideológica y política - económica que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el sistema, tiende a producir, más que la exclusión de sistemas alternativos, la apropiación y transformación de estos a partir de su subordinación al modelo médico imperante, situación que produce una serie de narrativas e intervenciones particulares. (Menéndez, 1992)

El modelo médico hegemónico del periodo tardomoderno, supone algunos atributos que son estructurales y que, por consecuencia, cualquier intervención pensada a partir de este modelo y en nombre del proceso de salud –enfermedad, se realizará bajo el siguiente prisma:

“biologicismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de la salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las prácticas curadoras, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que medicaliza, normativización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación” (Menéndez, 1992:489)

Para Menéndez (1992), el modelo médico hegemónico, encuentra el caldo de cultivo para su institución en el contexto de la urbanidad, ya que a partir de la ruptura de las prácticas comunales/familiares en torno a la atención generadas por el desarrollo del proceso productivo, como la pérdida parcial de la eficacia simbólica, y la necesidad de salud de los trabajadores y de restauración de la misma, así como, las necesidades de control y productividad del sistema dominante, avalan la expansión y hegemonía de este modelo de intervención.

La expansión del modelo médico hegemónico sucede, además de los elementos antes mencionados, ya que, a partir de la década de los 30, aparece un fenómeno que cobra particular relevancia en la década de los 60 y 70, que es la importancia económica que tiene la industria de la salud para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. Este, en un inicio, cumplirá funciones de mantenimiento, para después poder incidir de manera directa en la

disminución de la letalidad en la morbilidad, por un lado; y la disminución y el control de estados crónicos de malestar, por el otro. De igual forma, resulta significativo, para los fines de este estudio, que el autocontrol social y psicológico con Diazepam o Librium tomo una importancia capital, a la par de las estrategias destinadas para la disminución del paludismo o el abatimiento de la letalidad en padecimientos respiratorios antimicrobianos (Menéndez, 1992).

Susana Belmartino (1987) señala que las abstracciones que la medicina contemporánea hace en torno al proceso de salud - enfermedad se desprenden de los referentes ofrecidos por este modelo, en donde el abordaje es mediante el acercamiento al órgano enfermo, dejando de lado al individuo, de la misma manera que hace con el entorno en que este está inserto. El modelo médico hegemónico es definido como tecnocrático, es decir, que su visión está precipitada por la mirada de lo científico y lo técnico, bajo el argumento de la búsqueda del bienestar del hombre, además de que lo técnico se presenta bajo la idea de que es neutro.

En el marco del modelo médico hegemónico, existe un monopolio del saber, que utiliza un lenguaje que se define previamente como científico, en base a conocimientos que se han probado empíricamente. Es decir, que el modelo médico hegemónico viene a tomar el lugar de un sistema experto. Esto genera una plataforma en la que se soporta la práctica médica contemporánea, que es la del saber, y eso le permite tomar decisiones para resolver problemas de los pacientes, que no saben y no queda más que someterse a este saber médico, quedando el paciente en un lugar de sometimiento, de subordinación, como condición para la solución de sus problemas (Belmartino, 1987)

La práctica médica, como se ha venido señalando, no siempre fue de esta manera, *"antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir, la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculos ni límites, entre mirada y palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás y vestido (¿vertido?) de nuevo en la cuenta de la práctica sino una vez pasado por el esoterismo del saber"* (Foucault, 2015:85)

Bajo este modelo médico, la medicina en sentido amplio, en relación con los demás sistemas expertos, toma una presencia de mayor alcance, invade, de manera general, la totalidad de las prácticas sociales, ya no solo es la enfermedad, sino que también busca apropiarse de las experiencias relacionadas con la subjetividad; y esto tiene una influencia muy grande sobre *la eficacia simbólica* de la medicina, ya que se coloca como el referente que determina que lo es sano y enfermo de una sociedad

Este modelo médico, tecnocrático, aliena al sujeto del conocimiento de las causas de su enfermedad; de los procesos sociales involucrados, se queda sometido al veredicto técnico de un grupo de personas que monopolizan un saber. Se insiste que en que este modelo tiene como una de sus características principales la medicalización, invadiendo una serie de prácticas sociales, no solo relacionadas con la enfermedad sino también con lo psíquico. Este modelo, al parecer, no es operado por los médicos, sino por el contrario, pareciera que los médicos son operados por este modelo ; y no solo ellos, sino los mismos pacientes se ven impregnados con este furor tecnocrático en donde aparece la necesidad de hacer uso de la tecnología ante cualquier manifestación sintomática, esto dibuja el escenario de como al día de hoy este modelo

impregna a la sociedad en general en torno a la manera de resolver los problemas y dolencias relacionadas a los categorías de salud y enfermedad de cada sociedad (Belmartino, 1987)

Esta configuración contemporánea de la práctica médica ha tenido efectos en el ámbito intersubjetivo, en donde la tecnología pasa de ser un medio, a colocarse como un fin en sí mismo, dejando de lado el encuentro y la relación entre personas. Ya no es el médico el que se relaciona con el paciente y se sirve de la tecnología para los fines de su intervención, sino por el contrario, el médico es el que se vuelve el medio para el acceso a la tecnología médica. Del mismo modo, los pacientes se vuelven un medio para los médicos en su relación con el conocimiento – la ciencia y los descubrimientos – así también, son medios para la relación con los engranajes empresariales propios del ejercicio de la profesión, médicos y pacientes pues, son instrumentalizados (Azeredo & Schraiber, 2016b)

La medicina contemporánea, entonces, tiende a reinterpretar lo sociocultural, o al parecer cualquier devenir humano, con base en una naturaleza biomédica de los comportamientos, de las motivaciones, de los usos del cuerpo y de los sentidos de esos mismos cuerpos y de la enfermedad y la propia asistencia. Ante este panorama, da la impresión que gran parte de las intervenciones, estarán atravesadas por una medicalización de lo sociocultural, en donde la asistencia médica más que en cuidar y escuchar, se torna en un tratar, es decir en una medicalización de lo social, considerando esta manera buena y adecuada por parte del profesional médico (Schraiber, 2010).

Como bien se puede advertir hasta este punto nos encontramos frente a un modelo médico que está envuelto con el manto de la ciencia y la técnica, si bien ha tenido efectos

afortunados en el alivio de algunas enfermedades, también es cierto que la intervención bajo este paradigma deja de lado al sujeto y las condiciones en las cuales se está inserto. Este modelo se apropia cada vez más, de diversos escenarios de la vida, es decir, los medicaliza, los monopoliza, arrebató el saber y también lo vuelve un monopolio. Sería reduccionista, suponer que todo esto es iniciativa y solo responsabilidad de quien realiza esta práctica, es decir los médicos. Como se menciona en renglones arriba, es importante no perder de vista el distingo entre medicina tradicional y medicina moderna, ya que se considera que es fundamental para poder rastrear las condiciones de posibilidad de este modelo médico hegemónico, la medicalización y sus efectos. Paradójicamente, como se explicará en renglones más abajo, la medicina aún sigue produciendo daño, la medicina tradicional, por su ignorancia y la medicina moderna por su saber.

En resumen, la aparición de la medicina científica se vio precipitada, en primer lugar, por el descubrimiento de la anestesia y la asepsia; en segundo lugar, aunado a las condiciones sociales, económicas y políticas, se favoreció un paradigma de la práctica médica: el de la visión del cuerpo como una máquina, situación que genera los desarrollos teóricos de la etiología de la enfermedad. Desde esta óptica, entonces, se asume que la enfermedad es causada por un agente o germen específico. A partir de la óptica de la medicina científica, solo se dirigió la mirada a las causas internas del ambiente del germen o agente, es decir, el cuerpo; ignorando, en gran parte, la biografía y el ambiente externo, es decir lo social. Esta es la base sobre la cual se montan las premisas del modelo médico hegemónico (Conrad & Schneider, 1992)

3.3 La medicalización como vehículo del modelo médico hegemónico

Es innegable que la medicina como ciencia ha tenido un lugar significativo en las sociedades contemporáneas. Como se ha venido elucidando, es una ciencia que, si bien ha incidido significativamente en mejorar la calidad y aumentar la esperanza de vida, al mismo tiempo que favorecer el alivio o la curación; también es cierto, como lo sugiere Illich (1975), que ha producido lo contrario, aumentar el sufrimiento, e incluso, hasta provocar la muerte y, paradójicamente, por las mismas razones, gracias a la incorporación de la ciencia y la técnica en su proceder.

Es evidente que la medicina y sus profesionales, como instancia disciplinaria, se ha venido colocando en un lugar de privilegio, al grado de incidir significativamente en las prácticas y las construcciones de sentido de las personas. Esta situación ha sido de tal magnitud que, ante la caída de la sociedad tradicional, durante los últimos tres siglos “*El hospital (como santuario de la medicina) ha sustituido a la iglesia y al parlamento como centro simbólico de la sociedad occidental*”; en este sentido, “*el poder del médico para crear roles y asignar juicios de valor se equipara con la «capacidad de un obispo de excomulgar o reconciliar, o con la de un juez de declarar culpables o inocentes a las personas*” (Maglio, 1998)

Los médicos, por un lado, “*aparecen como los genios tutelares de la integridad de vuestras facultades y de vuestras sensaciones*” (Foucault, 2015:59). En la sociedad tradicional la gente del campo y los pueblos padecían de enfermedades más simples, al menos no existía la amplitud del espectro de lo que la medicina moderna considera como enfermedad. En la medida que comenzó el desarrollo de la mejora de las condiciones de vida que envuelven al sujeto, paradójicamente, la salud pareció disminuir, o pudiéramos pensar, que la enfermedad se empezó

a multiplicar, ya que, desde la medicina, las enfermedades se diversificaron y se combinaron; como lo señala Foucault (2015) *“su número (el de las enfermedades) es grande ya en el orden superior burgués; y es el mayor posible entre la gente del mundo”* (pág. 40)

En este marco, y desde este lugar de referencia de oferta de sentido, amparada por el canto de la sirena de la ciencia y la tecnología, *“ahora la medicina trata de instrumentar los sueños de la razón”* (Illich, 1975); ha venido expandiendo sus escenarios de intervención, permeando cada vez en más esferas de la vida, no solo en el de la enfermedad, sino en el de lo cotidiano. Es decir, el fenómeno de la medicalización cada vez se hace más presente en nuestra experiencia de estar vivos. Muchos problemas de la vida han venido siendo medicalizados. En los últimos años los profesionales médicos han ido configurado una serie de vicisitudes habituales, que tal vez pueden generar incomodidad, como enfermedades o trastornos. El espectro es amplio, ya que dentro de este se incluyen conductas, estados de ánimo, condiciones del cuerpo que reciben un diagnóstico sin necesariamente tener la claridad suficiente para considerarlos problemas médicos (Conrad, 1992, 2005, 2007)

La medicalización aparece como un proceso mediante el cual problemas que no eran médicos llegan a ser definidos y tratados como problemas médicos, normalmente bajo los términos de enfermedad y trastorno. Algunos analistas han sugerido que esto ha venido sucediendo ya que el crecimiento de la jurisdicción médica es una de las transformaciones más potentes de la segunda mitad del siglo XX en occidente (Clarke et al., 2003 en Conrad, 2007) Conductas desviadas que alguna vez fueron definidas como inmorales, pecaminosas o criminales se les han asignado significados médicos. Algunos sostienen que la rehabilitación

ha reemplazado al castigo, pero en muchos casos el tratamiento médico se ha convertido en una nueva forma de castigo y de control social (Conrad & Schneider, 1992)

En este sentido, recuperando las coordenadas del modelo médico hegemónico, el proceso de medicalización, entonces, no solo está relacionado con la expansión de la jurisdicción médica para intervenir en, cada vez más, fenómenos de la vida cotidiana, sino que estas intervenciones están siendo bajo una lectura desde la biomedicina, bajo el supuesto técnico - científico de neutralidad y objetividad (Conrad, 2007; Freidson, 1970)

La medicalización es un fenómeno que según Conrad (1992) se presenta en tres niveles, detallo:

1. Conceptual:

- En donde el vocabulario médico es usado para definir un problema de cualquier ámbito de la vida

2. Institucional

- Organizaciones pueden adoptar una aproximación médica para tratar un problema particular en el cual la organización es especializada

3. Nivel de relaciones

- Los médicos están más directamente involucrados; es decir, que la medicalización ocurre como parte de la interacción médico-paciente, en donde el profesional médico define un problema como del ámbito de su competencia. Ofrece un diagnóstico médico, o trata un problema social o moral de manera médica, es decir, ofreciendo medicamentos.

En otras palabras, en los años recientes, la medicalización aparece como el vehículo sobre el cual la medicina moderna se monta para la expansión de su jurisdicción, abarcando una serie de problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Incluyen, dentro de esta esfera, una serie de manifestaciones que pudieran considerarse como reacciones normales, y hasta esperadas; entre ellas se encuentran el ciclo reproductivo y vital e la mujer, la vejez, la infidelidad, la soledad y el asilamiento por problemas sociales, así como la pobreza y el desempleo (Natella, 2010)

Resulta fundamental no perder de vista que este crecimiento del poder médico y de su ámbito de intervención no sucedió ex nihilo, sino que fue producto de una serie de acontecimientos históricos y, fundamentalmente, como efecto de que la medicina haya adquirido el estatuto de ciencia. En este sentido, el siglo XIX resultó significativo, ya que, debido a los avances de la química orgánica, la bioquímica y la bacteriología; aunado al nacimiento de la farmacología moderna, así como el desarrollo posterior de potentes tecnologías de intervención quirúrgica y visualización médica, se posibilitaron la prevención y el tratamiento de múltiples enfermedades (Murguía, Ordorika, & Lendo, 2016)

Aunado a lo anterior, pudiéramos decir que, por un lado, la disminución de la legitimidad de los sistemas religiosos, de manera general pudiéramos decir, la caída de referentes simbólicos que ayuden a construir sentido; y por otro, la fascinación por la ciencia, articulada desde la narrativa de la racionalidad y el progreso como proyecto iluminista en el contexto social contemporáneo, apropiado del individualismo y la búsqueda de soluciones rápidas y tecnológicas, son elementos que se tejen como factores que favorecen la medicalización. En otras palabras, pudiéramos decir que la secularización y el estatus de la

profesión médica son elementos significativos que han acompañado al proceso de medicalización de muchos fenómenos relacionados con el hecho de estar vivos (Conrad, 1992)

El crecimiento de la medicina y del poder médico, que permea cada vez más ámbitos de la vida, no se puede pensar sin el ámbito de la política y del contexto de la época. Como lo hemos señalado, para entender los procesos de medicalización, estos elementos aparecen como insoslayables. La medicina es más que un cumulo de saberes, sino que, además, es una profesión acreditada por el Estado, situación que excluye a cualquier profesional que no suscriba el modelo médico hegemónico. La política, aparece como el medio para que la biomedicina tenga un lugar hegemónico en la comprensión e intervención sobre lo que se considere salud-enfermedad; al mismo tiempo la dimensión cultural de este fenómeno se vincula con la autoridad epistémica de la que goza la ciencia en las sociedades contemporáneas a la que se asocia directamente con el progreso (Murguía et al., 2016) Así pues, *“La medicina se erige en un saber incontestado, amparado en el método científico que margina otros modos y conocimientos de aliviar las dolencias, capaz de incluir bajo su mirada una amplia gama de etapas y procesos de la vida”* (Maglio, 1998)

Desde disciplinas como la antropología médica y el mismo psicoanálisis, advierten que la experiencia individual de enfermar no está por encima del conjunto de fenómenos macrosociales. Para estas disciplinas, la enfermedad y los síntomas de estas, aparecen como una metáfora de un conflicto que teje su origen con el entorno en el que nos encontramos insertos, es evidente que la manera en que tratamos y las lecturas que realizamos en torno a este fenómeno no es más que una evidencia de la manera que pensamos el mundo y la sociedad. De

alguna manera los modos de vivir el sufrimiento, los modos de enfermar y de morir son variables históricas que evidencian las condiciones de vida de los conjuntos sociales (Bru, 2016)

Mediante los procesos de medicalización podemos advertir cómo lo normal, o habitual, se ha venido tornando patológico; asimismo como el pensamiento, las intervenciones y las terapias médicas han reconfigurado y reordenado las fronteras de la conducta, el cuerpo y los estados del ser aceptables. La mirada, los discursos y la vigilancia médica aparecen como elementos fundamentales en este proceso de reconfiguración (Conrad, 2007) En este sentido, la medicina comienza a orientarse a la búsqueda y al encuentro de la enfermedad, es decir que esta búsqueda está dirigida a crear interpretaciones de enfermedades que antes no existían (Conrad & Schneider, 1992)

Como lo señala Conrad (1992), particularmente nos interesa la medicalización, la definición y el etiquetamiento de la “conducta desviada” como problema médico y que, además, exista la posibilidad de ser objeto de tratamiento. Es importante resaltar, e insistir que el creciente uso de la medicina como agente de control social es concomitante al proceso general de medicalización, es decir, si pensamos las intervenciones médicas como una posibilidad de control social subrayamos que se busca limitar, modificar, aislar o eliminar la conducta desviada mediante significados e intervenciones médicas en nombre de la salud.

En este proceso de medicalización, es decir de lecturas medicalizadas de “fenómenos desviados” de la vida cotidiana, los años 80 fueron fundamentales ya que se presentaron una serie de cambios profundos, para fines de nuestra investigación, particularmente resaltamos las investigaciones en genética y el de la industria de la biotecnología. La primera, se coloca como

la vanguardia en torno al saber médico y se instala en el centro de las narrativas de médicos, personal relacionado al ámbito de la salud, y de igual forma, aparecía el tamiz por donde se filtraba las lecturas en torno a la enfermedad; la segunda, ofrece la promesa de un futuro anclado a la genómica, la farmacéutica, y la tecnología como elemento revulsivo en el ámbito de la salud (Conrad, 2005)

Conrad (2005), siguiendo los trabajos Adele Clark, señala que el proceso de medicalización se ha venido transformando, al mismo tiempo que intensificando. Esto, debido a que, a partir de 1985, aparecieron una serie de cambios en la organización y las prácticas del modelo de intervención biomédico, integrando una amplia gama de innovaciones tecnocientíficas, provocando un fenómeno cada vez con mayor expansión, denominado biomedicalización. Situación que favorece procesos de medicalización cada vez más complejos y multidireccionales precipitados por esta biomedicina altamente, y cada vez más, tecnocientífica.

Hablar de biomedicalización según Iriart y Ríos (2012) *“supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata, solamente, de definir, detectar o tratar procesos mórbidos, sino de estar alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología”*

La medicina, junto con sus expertos, y al amparo de este modelo médico biologicista, genetista y farmacológico, se apropian, y configuran como terreno de su intervención, no solamente la enfermedad, sino la imperfección misma del cuerpo; y no solo eso, cada vez más,

se apropian del universo emocional propio del sujeto. Para el primer caso, se ofrecen una serie de estrategias técnicas correctivas de eso que, desde esta narrativa médica, parecieran ser errores de Dios y que, además, la medicina emprendió el proyecto de corregirlos mediante cirugía plástica, implantes, suplementos vitamínicos, hormonales, “*bypass gastrico*” etc.; para el segundo caso, el de las emociones, en donde de igual forma configura la idea que son producto de una serie de desequilibrios neurobioquímicos del organismo, que un fármaco corregirá (Natella, 2010)

El saber científico y la aplicación técnica, en las sociedades industriales, favorecieron el mejoramiento de ciertas condiciones de vida, tanto en lo individual, como en el orden de lo social; sin embargo, estos saberes científicos, al mismo tiempo, en su calidad de sistema experto (Giddens, 2008) o sistema disciplinar (Foucault, 2009) de la época, generaron ciertos dispositivos que configuran la subjetividad y el cuerpo a partir de las coordenadas del proyecto de la modernidad tardía, que en el caso del “proceso de la salud y la enfermedad”, es desde la biomedicina tecnocientífica. En este sentido, esta nueva medicina conserva su lugar de privilegio, y sigue sirviendo a sus mismos fines, ser salvaguarda de los ideales de la época, en este caso, concretar el sueño individualista y narcisista de la autocreación. La expulsión de la vejez, la muerte y el desasosiego son los productos ofrecidos en el mercado que moldea cuerpos y almas sobre pedido (Sibilia, 2006)

Es pues, este modelo médico hegemónico y su tendencia a la medicalización que ha gestado una nueva forma de visibilidad y de lectura respecto al abordaje de las insuficiencias del cuerpo y del alma. La biomedicalización tecnocientífica, ha pretendido expulsar las vicisitudes relacionadas con la existencia - lo social, lo biográfico, lo íntimo - de su mirada, y

por consecuencia de su interpretación. Todo padecimiento que toca la puerta o invoque la intervención de los profesionales de este sistema disciplinar, no tendrá que llevar más que su organismo para que sea intervenido con un cúmulo de instrumentos técnicos y bioquímicos, la subjetividad en general no es un asunto de este modelo médico, por el contrario, parece ser que estorba a las pretensiones de la objetividad científica.

Ya Le Breton (2004) denunciaba que el problema del dolor (y de la salud) se encuentra totalmente acorralados por el continente de la práctica médica, se convierte en un asunto de un saber organizado en posesión de los “genios profesionales” que dejan al profano despojado y sin algún asidero simbólico. Los antiguos valores y competencias de los actores para hacerse cargo de sí mismos o apoyarse en sus propios recursos morales fueron relegados. En pocas palabras, la medicina moderna redirige su mirada del cuerpo que teje al organismo con hilos de la experiencia simbólica, a simplemente intervenir sobre el conjunto de órganos buscando mantenerlos en silencio.

3.4 El pasaje del Yo romántico al químico

En nuestro contexto contemporáneo, debido al modelo médico hegemónico y a la expansión de la medicalización en todos sus ejes – conceptual, institucional y relacional- somos testigos de la oferta de una serie de explicaciones técnicas - biologicistas que enmarcan una biopolítica que ha ido más allá del cuerpo, de alguna manera, ha permeado hasta la esfera subjetiva y a la del sufrimiento; es decir, que esta biopolítica tiende a apropiarse de una serie de vicisitudes relacionadas no solo con la enfermedad, sino con la vida en general. Por medio, de esta, tanto los asuntos del cuerpo como los del alma, se reservan y reducen, por un lado, a

explicaciones relacionadas con el sustrato orgánico y bioquímico de los sujetos; y por el otro, a intervenciones técnico-científicas, biomedicalizadas.

Para evidenciar esta tendencia biologizante y técnica de la existencia, que además precipita una serie de imperativos y narrativas relacionadas con la manera de explicarnos y entendernos a nosotros mismos, es importante no perder de vista que esta transformación biopolítica de la existencia se ha venido gestando, de manera más significativa, durante los últimos 50 años. En este periodo aparecieron dos grandes proyectos que buscaban abrir las dos cajas negras fundamentales de la existencia humana, por un lado, el proyecto de la neurociencia (1962), y por el otro el del genoma humano (1984-1990). Los dos, envueltos en gran polémica, que además de sus avances y resultados, estos precipitan una serie de discusiones en torno a la importancia e implicaciones sociales, políticas y éticas (Rose & Abi-Rached, 2014)

Estas configuraciones y maneras de entendernos como sujetos no aparecieron “*ex-nihilo*”, como se ha venido delineado, la modernidad, a partir de sus dinamismos, visiones e instituciones, tejidas con el sistema económico capitalista-neoliberal, que al mismo tiempo se aliaron con la medicina, generaron un nuevo sistema de saber y maneras de vivir y de pensar; de reconocer el mundo y sus perspectivas, en otras palabras, se delinearon nuevas coordenadas que se tornaron moldeadores del sujeto y de las maneras de sentir (Londoño, 2013). Aunado a lo anterior, el individualismo característico de nuestra época, que aparece como una de las herencias del proyecto de la modernidad, que alberga en su esencia el imperativo de la libertad, la autonomía y la autorrealización a expensas del lazo social; generó un caldo de cultivo para un escenario ideal para el advenimiento de la ideología de la “cerebralidad” y la reproducción de la gramática de la “neurocultura” (Rose, 2003; Vidal, 2009)

Para los fines que perseguimos en esta investigación, dirigimos la mirada al proyecto de la neurociencia, ya que desde este es que buscamos la elucidación de las coordenadas de las prácticas y los abordajes alrededor del sufrimiento en la época contemporánea que, si bien, el proyecto de la neurociencia comenzó en el laboratorio, en nuestra época, hay evidencia suficiente para advertir que este se ha venido tejiendo en las formas relacionadas con el gobierno y entendimiento de la vida y de nosotros mismos. El uso cada vez más presente de la psicofarmacología, la neuroimagen, la neuroplasticidad y la genómica, son muestras de ello (Martinez-Hernandez, 2013; Ortega & Vidal, 2007; Rose & Abi-Rached, 2014; Vidal, 2009)

El proyecto de la neurociencia ha pretendido suponer que en el funcionamiento del órgano cerebro se encuentra depositado el alfa y el omega del sujeto y la identidad. Desde la aparición de la neurociencia se ha venido gestando un imaginario que se desliza hacia la posibilidad de pensarnos a nosotros como “sujetos cerebrales” (Ortega & Vidal, 2007) o “Yo’s neuroquímicos”⁶ (Rose, 2003), conceptos que ponen en entredicho las concepciones de la subjetividad y la manera de concebir el devenir del ser humano de las últimas décadas, precipitada por el romanticismo y que tuvo su alojamiento y refugio en el psicoanálisis.

De la personalidad a la “*cerebralidad*”⁷ es el giro que las neurociencias han gestado (Ortega & Vidal, 2007). “*Cerebralidad*” como una nueva visión antropológica que conduce al entendimiento y tratamiento de la subjetividad reducida al órgano cerebro. En este sentido, la subjetividad se entiende como una “*cerebralidad*”, como un “*Yo neuroquímico*”, al mismo

⁶ Traducción propia: “Neurochemical Self” (Rose, 2003)

⁷ Traducción propia: “Brainhood” (Vidal, 2009)

tiempo que se gesta una “*neurocultura*” que está permeando todas las esferas de la vida, desde las políticas públicas hasta el entendimiento de algunas desgracias humanas. El cerebro, entonces, en la época contemporánea, tiene una influencia fundamental para que la individualidad y la subjetividad sea representada en términos del sustrato orgánico de nuestra existencia (Ortega & Vidal, 2007; Rose, 2003)

En este sentido, el “sujeto cerebral” configura una visión antropológica - biosocial entendida como una socialización apolítica, pensada desde las características biológicas-, que aparece como una mutación respecto a cómo se entendía, hasta este momento, la personalidad, transitando de una individualidad precipitada desde la experiencia íntima de sí mismo, hacia una “individualidad somática”. El tema medular de este escenario es que estas visiones y sus narrativas inciden de manera directa en las ciencias del cuerpo y la mente, por consecuencia, como sistemas expertos y disciplinarios, ofrecen la referencia de que el cerebro es el órgano del Yo, transformando las nociones filosóficas acerca de lo que habíamos entendido como personalidad hasta este momento (Vidal, 2009)

Como se ha venido señalando, uno de los vehículos principales de la expansión de la medicina como sistema experto y sus imperativos, fue el proceso de medicalización, mismo que a su vez incide en la ampliación de los marcos biopolíticos. Resulta interesante señalar, que lejos de aparecer como disciplinas impuestas de manera vertical, el imaginario, ha incorporado a la vida cotidiana los ideales de la medicalización como un escenario deseable; es decir, la biopolítica operada desde la medicina, precipita narrativas en donde una serie de impotencias, desventuras e imperfecciones de la existencia y del cuerpo, ante la impotencia de aliviarlas o

erradicarlas, transitan a ser entendidas como enfermedad, volviendo algo deseable las estrategias utilizadas por esta biopolítica, respuestas biomedicalizadas (Olmedo, 2009)

El proyecto de las neurociencias y sus resultados precipitan un imaginario y una serie de ideales que hacen que el cerebro, comience a considerarse como un recurso biopolítico, lo cual deriva en una serie de narrativas e intervenciones que, como recurso, estarían destinadas a cuidarlo, y si se puede, ¿por qué no? mejorarlo; en este sentido, en el gobierno de las poblaciones, da la impresión que ahora se exige poner más atención y entender el devenir de los ciudadanos a partir de este órgano. (Rose & Abi-Rached, 2014)

El cerebro se convirtió en la meta y objetivo de la biopolítica. Bajo el manto de la biomedicina tecno-científica se construye la ilusión de que ahora, después del genoma, el cerebro era el elemento que hacía falta capturar y descifrar para elucidar el misterio de lo humano (Rose & Abi-Rached, 2014). La narrativa del romanticismo relacionada con el ser humano, entre ellas el psicoanálisis, han sostenido que, en el devenir como sujetos, hay algo que escapaba del organismo, una interioridad que se tiene que construir, llamada personalidad, el Yo; que se configuraba a partir de la incorporación de ese organismo en una trama social y simbólica, al mismo tiempo que nos permite vivirnos como parte de una historia y de historizarnos. En otras palabras, en la gramática de las neurociencias, se ponen en entredicho las figuras de personalidad, de identidad, de intimidad, de subjetividad ya que resultan difíciles de anclarlos a un entendimiento puramente orgánico (Ortega & Vidal, 2007)

La neurociencia reduce el espacio entre la mente y el cerebro, o tal vez, mejor dicho, pretende negar que este existe, la experiencia del ser humano se reduce a un mero mecanismo,

en donde todo es resultado de los procesos biológicos del cerebro: el amor, las experiencias de placer, el desconcierto, la tristeza, el sufrimiento, es cosa de procesos químicos y biológicos de este sujeto somático que produjo la ciencia. El cerebro, entonces, subraya Rose (2003) es donde se localiza al Yo.

Reiteramos que, a partir de las neurociencias y la genética, cada vez más se ofrecen una serie de explicaciones orgánicas del comportamiento físico y de la vida psíquica, da la impresión que no importa si eres profesional de los sistemas expertos o profano, lo cierto es que estos saberes se instalan como verdades hegemónicas, desestiman la primacía de una interioridad psicológica como posibilidad de explicarnos como sujetos (Sibilia, 2012) Se desplaza a la organización subjetiva, para darle paso a procesos no conscientes, no del aparato psíquico, sino del cerebro. Los sentimientos, los pensamientos, los deseos y las acciones suceden a partir de procesos neurobiológicos no conscientes. El ser humano, entonces, a partir de la neurociencia, se convirtió en un títere de los procesos bioquímicos: Lo “Psy” ha sido desplazado por lo “Neuro” (Rose & Abi-Rached, 2014)

Soportados por las premisas de la neurociencia que argumentan que debajo de los estados de ánimo, deseos y afectos subyacen determinadas configuraciones específicas de neurotransmisores, se forjó un escenario de una apuesta destinada a una cosmetología de la vida íntima y la historia personal, por medio de la psicofarmacología. Los estados de ánimo y desasosiegos de la existencia comienzan a ser recodificados en términos de la química cerebral. Es fundamental indagar más respecto a que tanto la psiquiatría y otros profesionales de la salud mental, en nuestro contexto, están comenzando a ver los problemas y experiencias de los pacientes en términos de este modelo simplista de la enfermedad mental entendida como

desordenes de los neurotransmisores. Ya que, suscribir esta visión de que los trastornos mentales exclusivamente residen en el cerebro y sus procesos, tiene, por consecuencia, como primera opción de tratamiento, la prescripción de medicamentos psiquiátricos, que según parece, no pretende aliviar los síntomas, sino tratar una anomalía neurobioquímica (Rose, 2003)

El sujeto cerebral con individualidad somática es un artificio de la modernidad tardía, este “Yo neuroquímico” es sustraído de las narrativas del romanticismo, movimiento que interpela a la racionalidad del iluminismo y del lenguaje de la razón. El romanticismo abre el espacio a la vida íntima, fisura al sujeto, gesta una interioridad plagada de emociones y pasiones, de amores y desamores, de heroísmos y tragedias. Como ya se ha dicho, el psicoanálisis aparece como un emprendimiento que, de entrada, pretende cuestionar el mundo de la razón pero, además, pretende construir un puente con el mundo de la sinrazón, con el mundo del inconsciente, pensado este, como un espacio imaginado que alberga las experiencias más íntimas e inquietantes de nuestra existencia, producto del encuentro con los otros y la civilización. Constituido este, a partir de una serie de gramáticas que favorecieron la posibilidad de tejer sentidos; de tejernos como sujetos atravesados por una trama simbólica, social e histórica.

El romanticismo brindó la posibilidad de configurar una manera de entender el mundo y la civilización. Favoreció el depósito de la confianza en valores morales. Precipitó las experiencias del amor como comunión íntima, el mérito intrínseco de la persona, la inspiración creadora, la expresión de las pasiones. Las lecturas neuroquímicas de la existencia pretenden obsoleto esta narrativa: el lenguaje del romanticismo se encuentra bajo amenaza en la modernidad tardía, pretendiendo suprimir la experiencia romántica del interior oculto, y por

momentos indescifrable, por un Yo racional, ordenado y accesible. Para la visión neuroquímica de la existencia, el interior oculto, precipitado por el exterior, ya no es determinante: *“la persona está allí, puede ser observada se obtiene lo que se ve, y si se aplican los poderes sistemáticos, de la razón y la observación, se puede saber cuál es su carácter (...)“la figura humana fue recortada por la cintura””* (Vásquez, 2015)

Para Vásquez Roca (2015), el Yo del psicoanálisis, asediado por fuerzas reprimidas, figura fundamental del romanticismo, era un misterio, atravesado por insensateces incomprensibles a las miradas de la racionalidad. En la modernidad tardía, la esfera privada del sujeto dejó de ser el terreno de las disputas existenciales. Pasamos de ser dramaturgos y actores de nuestra existencia, a simples terminales de redes de computadora múltiples.

Al parecer, entonces, estamos en un escenario de transformaciones profundas de la persona, del espacio interno del *“Homo Psychologicus”*, es decir como individuos psicológicos, habitados por un espacio interno profundo, formado por la biografía y la experiencia; fuente de la individualidad y lugar de nuestras desgracias, al simple acontecer de una individualidad somática, en donde somos definidos, exclusivamente, a partir de un cúmulo de órganos, organizados de una manera particular, muy alejados de un cuerpo (Ortega & Vidal, 2007; Sibilia, 2012; Vásquez, 2015)

Por lo tanto, el sentido de nuestro Yo, de nosotros, de nuestra identidad que se desarrolló a lo largo del siglo XX pensado como una plataforma psicológica con un espacio interno profundo que se gesta a partir de la biografía y la experiencia, y que aparece como el depositario nuestra individualidad y nuestras desgracias, ha sido desplazado por una individualidad

somática y química; que configura las esperanzas y los miedos personales en términos del cuerpo biomédico, buscando remediarlos, o mejorarlos, actuando sobre el mismo (Rose, 2003)

El “viejo” sujeto del siglo XX estaba atravesado por la cultura de lo psicológico y de la intimidad, en este sentido, las desgracias o sufrimientos, se experimentaban y entendían como un conflicto interior, o como una pugna entre aspiraciones y deseos reprimidos atravesados por las reglas rígidas de las convenciones sociales. Se colocaban en el espacio de la neurosis, la represión y el trauma psicológico; el “nuevo” sujeto del siglo XXI, sus desgracias se colocan en el campo del performance físico y cerebral, se depositan y localizan en un órgano particular: el cerebro. Se expulsa la interioridad enigmática que nos produce extrañeza. La hermenéutica y la introspección se pretenden obsoletas y anticuadas, por lo que se da el paso, a las explicaciones biológicas y reconfiguraciones mediante intervenciones farmacológica para entender y atender la subjetividad (Rose, 2003; Sibilia, 2012)

3.5 Biopolítica: la medicina mental y medicalización del sufrimiento

Se hace evidente que, a partir de los imperativos del proyecto tecno-científico de la modernidad tardía; al mismo tiempo que aparece una insistencia en negar, o de alguna manera, un esfuerzo en suturar las distancia, hueco o división, que configuraron al sujeto de la modernidad. Distancia articulada a partir del movimiento iluminista y del romanticismo; en otras palabras, el de la razón y la pasión; el de lo consciente y lo inconsciente. Esto, se ha venido manifestando con mayor insistencia, como hemos visto, en la medicina, que aparece como aliada y vehículo de la biopolítica y de la medicalización como estrategia; En este sentido, advierto que, por excelencia, donde ha tenido una mejor recepción y operación este ideal del borramiento de esta división del sujeto, para dar paso a este “sujeto somático” es en la

psiquiatría, donde la vanguardia de la genética, las neurociencias y la farmacología la ha movilizado a transitar de concepciones, narrativas e intervenciones relacionadas con la vida interior del sujeto, a explicaciones ancladas exclusivamente en el cuerpo. De la biografía y la psicoterapia; al organismo y la psicofarmacología (Conrad, 2005; Natella, 2010; Rose, 2003; Rose & Abi-Rached, 2014).

Estos desarrollos que se vuelven la máxima representación del modelo médico hegemónico, de características fundamentalmente biomédicas, han permeado al campo de la medicina mental, es decir al campo de la psiquiatría; en donde si bien el espectro de malestares, trastornos y enfermedades que abordan va en creciente aumento, lo que parece ser evidente es que hay una apuesta clara para medicalizar la salud mental, esto, aunado a una institucionalización del sufrimiento (Natella, 2010)

La medicina mental, entendida como las diferentes prácticas dirigidas a una terapéutica, la manera en que se había concebido ha entrado en crisis, ya que los pilares en los que se soportaba han sido disueltos, o al menos da la impresión, que esa ha sido la apuesta, disolverlos. Apareciendo entonces, como lo señalamos en párrafos anteriores, una nueva concepción del sufrimiento psíquico y su tratamiento (Galende, 1983)

A partir del modelo médico hegemónico, un escenario posible en donde podemos rastrear las condiciones de posibilidad de la operación de la maquinaria de este modelo biologizante, es a partir del sufrimiento, ya que es evidente que las prácticas alrededor de esta experiencia humana se han venido reconfigurando tanto en médicos como en las personas que lo experimentan. En este sentido, de manera concreta, diremos que la relación con el sufrimiento

ha venido cambiando. Si seguimos la línea planteada por Le Breton (2004), destaca que en la base del sufrimiento lo que encontramos es un dolor, físico, emocional o moral, y que a lo largo de la historia, siempre han existido emprendimientos para buscar la mejor manera de sobreponerse a este, y por consecuencia, evitar el sufrimiento.

Las prácticas para el alivio del sufrimiento a lo largo del tiempo han sido diversas, particularmente, para el alivio del dolor físico, la aparición de la anestesia – además de la asepsia- como lo señala Foucault (1977), definitivamente precipitaron un giro en la vida de los seres humanos que se vio materializado, de manera general, en el aumento de la esperanza de vida. Es importante no perder de vista, que los avances alrededor de la medicina han estado precipitados más como una estrategia disciplinar al servicio del Estado, que una estrategia al servicio directo de la salud de los sujetos; en este sentido la psiquiatría no es la excepción, de manera resumida, simplemente señalaré que, de la misma forma, la medicina mental más que al servicio del “alienado”, podemos constatar que, al menos en occidente, se difunde no por efecto del conocimiento médico, sino por efecto de decisiones y necesidades políticas del Estado del 1790 y 1792, para aislar a los alienados que estorbaban el galope del progreso y la revolución, se pone de manifiesto entonces, que desde sus orígenes la medicina mental apareció bajo el encargo de la exclusión de aquel que no estuviera a la altura de los imperativos de la época (Galende, 1983)

Siguiendo la lectura de Galende (1983) el paradigma de la medicina mental, que configuro la disciplina de la psiquiatría, desde sus orígenes, pone la razón y el poder del lado del psiquiatra. La psiquiatría y el psiquiatra nacen imbuidos de una “*violencia legal*” que ejerce bajo una cobertura médico-científica. La sociedad, efecto de la revolución francesa, asienta sus

bases sobre el orden de la razón y el derecho; quienes rompan o trasgredan los límites, si fue por voluntad propia, caerá en el escenario de la ley jurídica; quienes lo hagan involuntariamente, caerán en la institución de la psiquiatría.

En esta misma línea de reflexión, el paradigma de la terapéutica de la medicina moderna desde el marco de la biopolítica se articula desde la anestesia y el asilo, es decir desde la supresión y/o el aislamiento de lo indeseable (Foucault, 1977). Esta situación, en el contexto de la modernidad tardía conformó una relación particular de los individuos con su propia salud, pasando a ser un asunto meramente médico (Le breton, 2004)

Particularmente, la práctica de la supresión del dolor, por medio de la anestesia ha derivado en que la experiencia relacionada con el sufrir suscite espanto, incluso más que la misma muerte. Esta situación provoca que la vivencia de dolor y su correlato el sufrimiento, cada vez más, por medio de la anestesia, quede fuera de la experiencia de los sujetos y, además, se coloque en el sinsentido absoluto. Nos hemos convertido en una sociedad que integramos, cada vez menos, el sufrimiento y la muerte, como inherentes a la experiencia de ser humano y estar vivo. El patrimonio simbólico que ofrece la cultura, y que es compartido por muchos, como lo hemos señalado arriba, ofrecen la sensación de seguridad y amparo ante la experiencia de sufrimiento. Cuando estos elementos pierden vigencia, quedamos expuestos y desnudos frente al sufrimiento. En la modernidad, la pérdida del sentido alrededor del dolor y del sufrimiento favorece el traspaso de una serie prácticas simbólicas, a las prácticas médicas, convirtiendo el dolor y el sufrimiento en un asunto de sistemas expertos relacionados con la voluntad de verdad. En este traspaso de paradigma *“el sufrimiento se inviste entonces de absoluta desnudez”* (Le breton, 2004)

En la modernidad tardía el sufrimiento psicológico busca ser anestesiado, la oferta para este fin es amplia: consumo de drogas alcohol, la búsqueda de nuevas emociones, el consumismo, el mejoramiento personal etc., pero ninguna de estas goza del prestigio de la biomedicina y su oferta medicalizadora. La ciencia psiquiátrica, que aparece como salvaguarda de este tipo de experiencias, busca convertir el dolor humano, la miseria, y la locura en problemas técnicos que pueden ser entendidos de formas estandarizadas y manejadas mediante intervenciones técnicas de expertos (Summerfield, 2008)

La medicalización ha desplazado a las prácticas simbólicas y a otras narrativas del sufrimiento como recurso para la construcción de sentido de las vicisitudes de la vida diaria. La vida, con todas sus imposibilidades, y el sufrimiento que de esta se desprende, son entendidos desde la biología, además, de ser enmarcados bajo las ciencias del cerebro, la genética y la psicofarmacología. Las vicisitudes de la vida se convierten en una enfermedad, se patologiza la existencia misma. Para aliviar el sufrimiento la opción disponible, para expertos y profanos, se reserva al tipo de medicamento a prescribir, más nada (Summerfield, 2008)

La psiquiatría, como sistema experto, se vuelve un artífice y cómplice fundamental de este proyecto biomedicalizante que busca intervenir sobre el organismo y hacer a un lado al sujeto. Para este proyecto el sujeto y su trama individual estorba. Para la ciencia médica el paciente mismo es, a veces, el obstáculo que impide enfrentarse con tranquilidad a la enfermedad o la lesión. *“El enfermo, interrogado, da una lectura particular de sus malestares; evoca lo que para él es determinante en su estado. Un saber profano formaliza su experiencia, se explica el origen de la enfermedad que le afecta, su razón de ser, se inventa trucos que le permiten aliviar*

su desdicha. Pero la medicina no lo oye, porque participa de una cultura sabia, propia de un restringido grupo de facultativos formados para manipularla (...) para el médico, el paciente está unido a un cuerpo abstracto, impregnado de una biología cuyas turbulencias se esfuerza por descubrir” (Le breton, 2004)

La consulta con el médico aspira a disipar los malentendidos que genera el discurso “profano” del sufrimiento, el estilo individual, la subjetividad, los anclajes culturales, se dejan fuera; el profesional se esfuerza por establecer y circunscribir la narrativa vertida de quien consulta dentro de las jurisdicciones exclusiva de su saber y práctica profesional. El médico pretende una tierra virgen, sin embargo, los dos sujetos que se encuentran en consulta proyectan categorías culturales sobre los síntomas. Al final de cuentas, lo que hay ahí, desde la lógica de los sistemas expertos, es un ser humano que dispone de un saber frente a otro ser humano que sufre, y sostiene una narrativa de su enfermedad. *“El enfermo se entrega entonces como puro objeto de una relación técnica, renuncia a toda competencia personal sobre sus males, y a toda voluntad de cuestionar su significado y sus consecuencias en la trama relacional (...) el encuentro del paciente y la respuesta del médico se alimenta sobre todo con su obstinación reciproca en la ilusión: la medicina lo puede todo” (Le breton, 2004)*

De esta manera, las dificultades que se presentan en el ámbito de la subjetividad relacionadas con el sufrimiento, incluso con el malestar cotidiano, se vuelven parte del terreno de la biopsiquiatría, que al amparo de las visiones de la “cerebralidad” o del “Yo químico”, se produce una serie de prácticas y narrativas que privilegian las explicaciones en términos de disfunciones neuroquímicas, que además dejan de lado las fuentes sociales y biográficas del sufrimiento. Las *neuro-narrativas* (Ortega & Vidal, 2007), con su borramiento del mundo

social y singular que producen malestar y sufrimiento, se adaptan bien a los discursos del modelo médico hegemónico. El ocultamiento de las causas sociales y biográficas de las aflicciones es propio de la práctica psiquiátrica. Una de sus funciones fundamentales de esta práctica es la reconfiguración de las quejas y la narrativa de los que consultan en términos de las coordenadas que el paradigma del sujeto somático y cerebral exige. De esta manera, este paradigma biopolítico, cosifica al sujeto, al Yo y a la identidad personal, no solo del paciente, sino del médico mismo, dejando de lado la parte reflexiva, narrativa y singularizada del padecimiento (Martinez-Hernandez, 2016)

A la medicina y sus portavoces, les pertenece el saber relacionado a lo que es saludable y patológico, prescriben una verdad que excluye el sentir y la palabra de quien la padece. (Le breton, 2004) En el caso de la psiquiatría, a la que le pertenece el monopolio del saber respecto al sufrimiento emocional, además de que aparece como un brazo operador de este sistema de verdad, en sus lecturas e intervenciones, despoja al sujeto de sus anclajes sociales y subjetivos. Las sensaciones de malestar, de desasosiego, de tristeza, de infortunio, que se materializan en experiencias de sufrimiento emocional las enmarca en el mundo de los fenómenos naturales y que pueden ser atendidas sin los ruidos y tartamudeos de las singularidades históricas de quienes lo padecen. Estas experiencias de aflicción emocional son atravesadas por un proceso de naturalización y reconversión en enfermedades de la biología, del organismo desnudo sin fundamento histórico, derivando en la ingesta de psicofármacos (Martinez, 2006)

La biopolítica del sufrimiento, y la reconfiguración del Yo biográfico y social, por un Yo cerebral y químico, aparece como producto de una hegemonía de la razón iluminista del modelo tecno-científico de la medicina en donde precipita una serie de prácticas y narrativas

que reconfiguran los problemas humanos en enfermedades del cuerpo, lo que es de llamar la atención, es que estas concepciones, no solo actúan sobre el sistema experto de la medicina, sino que permea a las visiones legas o profanas (Martinez, 2006)

**TERCERA PARTE: ASPECTOS EMPÍRICOS, PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE
LOS HALLAZGOS Y CONCLUSIONES.**

CAPITULO IV MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

4.1 Objetivos de investigación

4.1.1 Objetivo general

Describir y analizar las narrativas de pacientes que acuden al servicio de psiquiatría y de médicos psiquiatras sobre el sufrimiento emocional destacando el papel que juega en ellas: los motivos, las atribuciones, el diagnóstico y el tratamiento recibido, y los efectos de su visita.

4.1.2 Objetivos particulares

1. Distinguir las narrativas de los médicos psiquiatras y los pacientes sobre las razones para acudir al servicio de psiquiatría para tratar este tipo de experiencias.
2. Distinguir las narrativas sobre las causas que médicos psiquiatras y pacientes atribuyen al inicio del sufrimiento emocional.
3. Identificar los factores que el médico psiquiatra toma en cuenta para la configuración del diagnóstico y tratamiento del sufrimiento emocional.
4. Determinar las estrategias para el alivio del sufrimiento emocional a las que recurren los consultantes y los psiquiatras.
5. Conocer los efectos, en los pacientes, de su visita con el médico psiquiatra para el tratamiento de su sufrimiento emocional

4.2 Estrategias metodológicas

4.2.1 Lo cualitativo como estrategia de entrada a la interioridad

Para cumplir con los objetivos planteados en esta investigación recurrimos a la indagación de las narrativas, por las características y naturaleza del fenómeno que nos interesa, proponemos un emprendimiento de tipo cualitativo, ya que dirigiremos nuestra mirada y escucha a las narrativas del fenómeno y actividades relacionadas con el sufrimiento emocional que están localizadas en un lugar y tiempo específicos, situación que nos ayuda a colocarnos como investigadores. A esta investigación interesa recuperar las narrativas del sufrimiento emocional tanto de médicos-psiquiatras como de consultantes, por lo que la investigación de estas características se vuelve fundamental. Lo que buscamos es hacer uso de una serie de estrategias interpretativas y materiales para hacer visible los mundos, tanto de consultantes como de psiquiatras, alrededor de este tipo de experiencias. Un elemento fundamental de la investigación cualitativa es que nos permite acercarnos al objeto de estudio en los escenarios natural donde se desenvuelven los involucrados, intentando dar sentido o una interpretación a las narrativas en términos de los significados que las personas les dan (Denzin & Lincoln, 2005)

Mediante este tipo de investigación nos interesa acercarnos a las personas en el contexto, por un lado, de sus vidas y, por el otro de las instituciones en las que se encuentra y conviven. Consideramos pertinente lo que señalan Taylor y Bogdan (1994), ya que por las circunstancias que suelen envolver a las experiencias del sufrimiento, la investigación cualitativa nos invita a no dar nada por sobrentendido; además, de que no nos interesa la parte “moral” del fenómeno, ni buscamos una verdad; mucho menos se busca emitir ninguna evaluación al respecto, sino más bien, como lo señalamos en el objetivo de este estudio, se busca una comprensión detallada de las perspectivas de los sujetos involucrados en este estudio sin privilegiar ninguna sobre otra.

Asimismo, consideramos que la parte más significativa y loable de una investigación de estas características es que nos acerca al aspecto humano de la vida y las prácticas sociales, es decir, nos permite acercarnos a la vida interior, a sus luchas morales, sus éxitos y sus fracasos en el esfuerzo cotidiano que sus contextos demandan. Por lo tanto, continúan Taylor y Bogdan, es observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen como podemos alcanzar los objetivos de esta investigación doctoral.

Para recuperar e indagar en torno a las narrativas, la investigación cualitativa nos permite desplegar una serie de prácticas interpretativas interconectadas, que busca un mayor entendimiento y elucidación respecto al fenómeno del sufrimiento, más allá de lo propiamente dicho por los sujetos de estudio; lo que se busca, es hacer emerger un mundo latente, que resulta no tan evidentemente visible. Esta estrategia utilizada nos permitirá acercarnos a la descripción de ciertas rutinas, prácticas y momentos significativos que envuelven la vida de los individuos abordados. En este sentido, decir cualitativa es hacer énfasis, valga la redundancia, en las cualidades de los relatos expresados, procesos y significados (Denzin & Lincoln, 2005)

4.2.2 La narrativa: el puente entre la interioridad y la exterioridad

Como lo hemos venido advirtiendo, abordamos las narrativas bajo la concepción de que estas se presentan como un elemento que nos sirve como una bisagra que nos ayuda, por un lado, en el orden de lo “meso”, a explorar las interrelaciones que aparecen entre la esfera de las identidades y la esfera de lo contextual (Sparkes & Devís, 2006); y, por otro, en el orden de lo micro, entre el mundo interno de los afectos y sus representaciones (Freud, 2006k), y el mundo de las acciones observables y el estado de las situaciones. *“Construir una narrativa, al mismo*

tiempo que escucharla, son procesos activos y constructivos que dependen de recursos personales y culturales” (Hamui, 2016).

Ya el mismo Aristóteles entendió que las narrativas eran relatos morales que representaban una ruptura con lo esperado, ya que no son otra cosa, más que una interpretación, debido a que estas no ofrecen una copia exacta, sino un posible reflejo del mundo. En el ámbito de la investigación, lo que los participantes ofrecen son una serie de relatos que, a partir de los datos vertidos, es necesario construir una historia, ya que esta no está dada en el simple juego del lenguaje (Riessman, 2008)

La temática abordada en las narrativas de consultantes y médicos psiquiatras, como lo exigen los emprendimientos de tipo cualitativo, están acotadas histórica como socialmente, ya que hacemos referencia a un fenómeno que tiene un lugar y un tiempo particular muy preciso: el del sufrimiento emocional en la consulta psiquiátrica contemporánea. De manera más específica, se trata de la experiencia de pacientes y médicos psiquiatras frente al fenómeno del sufrimiento emocional, unos, desde su vivencia personal, los consultantes que solicitan el espacio en una consulta psiquiátrica en la búsqueda de alivio de esta vivencia; y otros, desde su experiencia profesional, los médicos psiquiatras que intervienen para lograr este alivio.

Para Ricoeur (2006) las historias o los relatos que se narran son algo más que la simple enumeración, de manera seriada o sucesiva, de incidentes y acontecimientos. La narración organiza en un todo y hace inteligible una serie de sentidos. Ya Benjamín (1991) señalaba que, el “arte” de la narración, aparece como la forma artesanal de la comunicación; es decir, se piensa a la manera de la práctica del alfarero, en donde la superficie de su vasija de barro lleva adherida

el legado de sus tradiciones. De esta manera, cuando alguien narra, no solo trasmite el puro asunto en sí, sino que la narración está impregnada por las vivencias de su historia, en este sentido, hay una huella histórica que queda adherida a la narración. Así pues, *“el narrador permite que las suaves llamas de su narración consuman por completo la mecha de su vida”* (pág. 17)

La investigación de las narrativas nos ofrece una serie de posibilidades para acercarse al Yo y las identidades, lo social y lo personal, al mismo tiempo las vicisitudes entre las identidades y las culturas o, en otros términos, entre la agencia y la estructura. Deberíamos tener cuidado, de suponer que el Yo y las identidades son un simple juego del lenguaje, sino más bien, pensar que el Yo y las identidades se construyen mientras se cuentan los relatos de las propias vidas, es decir, no es que articulemos el relato para expresar nuestra existencia, sino que, por el contrario, expresamos relatos para articular nuestra existencia (Sparkes & Devís, 2006)

Cuando algo aparece como disruptivo en nuestra biografía, la experiencia de continuidad se rompe, y la manera en que como sujetos tratamos de recuperarla buscando encontrar un sentido a lo acontecido, es por medio de los relatos. En este sentido, acercarse a los narradores nos ayuda a descubrir como a los eventos de nuestra vida buscamos ordenarlos de alguna manera para poder establecer una coherencia lógica a nuestro devenir como sujetos a través del pasado, presente y las experiencias todavía no realizadas (Riessman, 2008); de esta manera, entonces, *“narrar, implica poner lo vivido en palabras, en tanto ideas y emociones; resignificar las experiencias, llenar de sentido la propia historia al re-nombrar y re-crear una serie de acontecimientos, que más que responder a un orden cronológico y objetivo, responden a un*

entramado lógico y subjetivo, que da cuenta de la configuración particular y compleja frente a los hechos vividos” (Cardona, María, Salgado, & Victoria, 2015).

El giro narrativo en la investigación cualitativa tiene como objetivo comprender los significados con el que las personas configuran el mundo. Este giro se vuelve útil ya que nos ofrecen información sobre los mundos interiorizados, nos permiten adentrarnos en las experiencias vividas de las personas; sin embargo, los relatos no son solo algo personal, sino también, por medio de ellos algo de lo social y de lo cultural los impregna. De esta manera, algo del afuera se hace presente cuando buscamos en el adentro de las personas. Por medio de las narrativas las subjetividades, las emociones, las identidades personales y sociales se tejen a la manera de un nudo gordiano. En este sentido, la investigación narrativa aparece como una vía regia para explorar las problemáticas de la modernidad tardía, ya que se nos ofrecen como retículas sociales en las que se juega el saber y el poder; lo experto y lo profano (Beck, 1998; Cardona et al., 2015; Sparkes & Devís, 2006)

El género narrativo en la investigación, se ancla en la propuesta epistemológica que sostiene que es posibles leer una sociedad a través de una biografía; en otras palabras, *“que los relatos son artefactos sociales que nos hablan tanto de una sociedad y una cultura como lo hacen de una persona o un grupo”* (Riessman, 2008:105)

Siguiendo la línea de Le Breton (2004), que propone que las experiencias del cuerpo relacionadas con su disfuncionalidad que derivan en dolor y sufrimiento, asumimos que acercarnos a las narrativas del sufrimiento y la experiencia del mismo resulta fundamental, ya que como lo mencionamos anteriormente, estas están estructuradas a partir de la interrelación

de lo singularidad individual con la generalidad de lo social. Particularmente las narrativas del sufrimiento emocional aparecen como polifónicas, ya que en su expresión se soportan sobre múltiples perspectivas y puntos de vista que, para esta investigación, de entrada, las asumimos dispares entre el mundo de los profanos y de los expertos. Las narrativas están tejidas con la experiencia, y en esta se juega la corporalidad, la identidad, la memoria, la biografía, el pasado-presente-el futuro, la pertenencia social y las relaciones intersubjetivas (Hamui, 2016).

En este caso, sostenemos que las narrativas alrededor del sufrimiento emocional las tomamos como el excipiente privilegiado en donde se condensan fragmentos de la realidad, sujetos en interacción, vivencias, historias, recuerdos, representaciones subyacentes, teorías, ideologías, además de una serie de disposiciones individuales y colectivas. De esta manera, *“las narrativas son mediaciones privilegiadas para acercarse a la realidad y desarrollar análisis interpretativos que permitan develar los significados compartidos en ciertos momentos y las formas culturales surgen en los entramados sociales ante situaciones específicas como la irrupción del padecer”* (Hamui, 2016: 62)

4.2.3 La narrativa como diseño de investigación

El escenario de la investigación narrativa no necesariamente traza fronteras rígidamente definidas, más bien se caracteriza por una intersección de varias disciplinas, como lo hemos venido señalando, varios autores suscriben que esta ruta ofrece una serie de posibilidades para acercarse a la concurrencia del mundo de la singularidad con el mundo de lo social de una manera muy particular. Es decir, a diferencia del quehacer tradicional de las ciencias sociales, el narrar o contar historias no es sólo un elemento más en todo el proceso de investigación, sino que, para esta vertiente, se constituye como un método de investigación.

El estudio de las narraciones se presenta como método de investigación (Clandinin, D. J., & Huber, 2001), como una forma de acceder al conocimiento asumiendo que, al ser uno de los métodos propios de las ciencias sociales, en contraposición a los enfoques cuantitativos, de inspiración positivista, no buscamos establecer reglas, ni patrones generales, ni tampoco leyes universales; sino por lo contrario, buscamos recuperar descripciones que favorezcan la comprensión de cómo acontece el proceso de configuración de sentidos de las propias prácticas por parte de quienes las ejecutan en diferentes escenarios sociales, histórica y geográficamente contextualizados, sobre la base de la interpretación de sus saberes, convicciones, creencias, motivaciones, valoraciones, intenciones subjetivas e interacciones (Patton, 1992; Sampieri, Collado, & Lucio, 2006; S. Taylor & Bogdan, 1994)

El eje fundamental de un diseño de investigación narrativa es el análisis de las historias de vida y la experiencia humana. Este tipo de diseño está dirigido al entendimiento de las formas de construcción del sentido de la experiencia para describirlas y analizarlas. Lo que se busca es estudiar las formas en que los seres humanos experimentamos el mundo. Para esto sostenemos que el relato, o los relatos, son la puerta de entrada mediante el cual un sujeto se introduce en el mundo y por medio de la cual su experiencia del mundo es interpretada y se torna significativa desde su singularidad. La narrativa nos invita como oyente, lector y observador a entrar en la perspectiva del narrador. Los diseños narrativos han venido tomando cada vez más mayor relevancia en el ámbito de la investigación cualitativa ya que revelan una serie de verdades acerca de la experiencia humana (Clandinin, D. J., & Huber, 2001; Riessman, 2008)

En el caso de las narrativas del sufrimiento emocional, siguiendo este tipo de diseño de investigación, lo que buscamos es entender una verdad, o un tipo realidad, desde la interioridad de los involucrados en este tipo de vivencias y experiencias, por un lado los consultantes y los médicos psiquiatras que, como lo señalamos, más que el simple parte o relatoría de la experiencia, nos interesa hacer uso de una serie de herramientas interpretativas que nos ayuden a recuperar el nudo de lo biográfico, lo social y lo cultural, y que, sostenemos, esta tejido con hilos del modelo médico hegemónico.

4.2.4 Universos, protagonistas y escenarios de la investigación

3.2.4.1 Universo

Buscando alcanzar los objetivos de esta investigación, recuperamos dos universos distintos que conviven y se relacionan dentro del espacio de la consulta psiquiátrica. Estos universos se conforman, por una parte, de los consultantes que acuden, o han acudido, a consulta psiquiátrica para la búsqueda de alivio del sufrimiento emocional; por la otra, médicos psiquiatras que reciben a los consultantes y ofrecen algún tipo tratamiento para el alivio de este tipo de experiencias.

3.2.4.2 Criterios para seleccionar los casos

No podemos perder de vista que, por el fenómeno abordado en esta investigación, de entrada, nos expone a una serie de vicisitudes y complejidades para resolver la selección de los casos. Como se ha venido señalando, acercarse al objeto de estudio de esta investigación, las narrativas del sufrimiento emocional, nos expone a un escenario, en donde los universos considerados, prioritariamente, convergen en el dispositivo de la psiquiatría, mismo que aparece

como un monolito impenetrable. Esto lo podemos advertir a partir de estudios clásicos y reflexiones previas realizadas desde el campo de la sociología y la salud mental (Franco, 2013; Galende, 1983; Goffman, 2001; Pérez, 2012)

En este sentido, advertidos de la complejidad existente al que de origen se enfrentaba esta investigación para acceder a la experiencia que emerge en el dispositivo psiquiátrico, se optó por configurar la selección de participantes de manera no probabilística, en cadena o por redes (bola de nieve), en el cual se identificaron participantes clave, tanto consultantes, como médicos psiquiatras, y se fueron agregando más casos, preguntándoles si conocían a otras personas que puedan proporcionar datos más amplios (Sampieri et al., 2006)

Esta estrategia, se realizó con el fin de recurrir a una red social para ampliar progresivamente los sujetos de nuestra investigación, partiendo de los datos facilitados por otros sujetos. En este sentido, solicitamos a los participantes que nos recomendaran a más posibles participantes; además, consideramos fundamental que, debido al fenómeno que se pretendía indagar, el sufrimiento emocional y las vicisitudes de la vida individual que existen en torno al tema, aunado a el hermetismo alrededor de la práctica psiquiátrica, se volvía fundamental proceder a partir de estas recomendaciones, ya que la confianza que se gesta en el encuentro entre el investigador y los participantes aparece como un medio facilitador para futuros encuentros. La confianza, entonces, se torna un elemento fundamental para nuestro trabajo de campo (Martín & Salamanca, 2014)

Los casos seleccionados, entonces, no respondieron a un tamaño preconcebido, ni a criterios, ni reglas firmemente establecidas, más bien, se procedió conforme a las necesidades

de la información, teniendo como principio guía, más que el tamaño, la saturación de los datos (Martín & Salamanca, 2014; Sampieri et al., 2006) En este sentido, resulta fundamental subrayar que, para la selección de los casos, más que apostar por una lógica representativa de la información recuperada, nuestra apuesta está dirigida a recuperar los elementos representantes de estos universos que se encuentran alrededor de la experiencia del sufrimiento emocional.

Esta manera de seleccionar los casos, permitió a la investigación recuperar información de diversos escenarios, ya que si bien, por las vías oficiales, no nos permitieron realizar el proyecto en ninguna institución⁸; por las vías informales, producto de la selección de los casos, nos permitió entrevistar médicos psiquiatras que eran empleados de algunas de las instituciones en las que solicité la autorización, al mismo tiempo, que por recomendación de algunos de ellos, pude realizar algunas entrevistas, particularmente en tres instituciones, esto, como favor y concesión respecto a quien me recomendaba.

8

Es pertinente señalar que, si bien advertíamos desde un inicio la complejidad para acceder al dispositivo psiquiátrico desde la retórica y la vía oficial, de igual manera, realizamos el emprendimiento de solicitar acceso a las instituciones que albergan un dispositivo psiquiátrico, enfrentándonos a una serie de negativas o desinterés de algunas instituciones que albergan este dispositivo.

Para llevar a cabo el trabajo de campo, se hizo el esfuerzo por realizar gestiones en una institución pública de salud mental del estado de Jalisco, para tal fin, se visitó y nos entrevistamos directamente con el Jefe del departamento de investigación de dicha institución para entregar oficios institucionales, solicitando poder someter al comité de ética de dicha institución el protocolo de investigación. Se entregaron oficios institucionales, protocolo según se indica en la “Guía integral para la elaboración del protocolo de investigación” de la secretaria de salud Jalisco, además de la guía de recolección de datos, y las cartas de consentimiento informado dirigidas a consultantes y médicos psiquiatras. Si bien, recibieron los documentos, además de que se dio seguimiento mediante llamadas telefónicas, nunca recibimos una respuesta, ni afirmativa ni negativa, respecto a la petición realizada

Bajo estas circunstancias, este emprendimiento se intentó en diferentes servicios de psiquiatría ubicados en la zona metropolitana de Guadalajara, se procedió de la misma manera, que se indica en el párrafo anterior (en uno no paso de la llamada telefónica de presentación, ya que desde el inicio manifestaron la negativa ante el proyecto), en todos recibí una negativa, o en su defecto no recibí ninguna respuesta.

Los criterios de inclusión para los casos seleccionados se detallan según universos:

- De parte de los consultantes
 - Que sean mayores de edad
 - Personas de ambos sexos
 - Personas hayan asistido o asistan a consulta motivadas por experiencias relacionadas con el sufrimiento emocional
 - Que acceda voluntaria e informadamente a dar la entrevista.
- De parte de los médicos psiquiatras
 - Que se dediquen a la consulta psiquiátrica
 - Personas de ambos sexos.
 - Que estén realizando la residencia, o ya hayan concluido la especialidad en psiquiatría.
 - Que mantengan contacto directo y/o constante con las personas que consultan por motivos relacionados al sufrimiento emocional
 - Que accedan voluntaria e informadamente dar la entrevista.

Los criterios de exclusión se detallan según universos:

- De parte de los consultantes
 - Que sean menores de edad.
 - Que presenten daño orgánico
 - Que presenten síntomas relacionados al diagnóstico de psicosis
 - Que no quieran participar en la investigación
- De parte de los médicos psiquiatras
 - Que no se dediquen a la consulta psiquiátrica
 - Que no quieran participar

3.2.4.3 Escenarios del trabajo de investigación

El trabajo de campo se llevó a cabo del mes de julio de 2017 al mes de marzo de 2018, y tuvo lugar en dos escenarios, en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco; y la ciudad de Tijuana, Baja California.

Los escenarios que se escogen para realizar dicha investigación son producto, Guadalajara, de la familiaridad geográfica y de una serie de redes que podían facilitar el acceso

a participantes; y la ciudad de Tijuana, que, si bien no estaba considerada en un inicio, en el trayecto de la investigación, por la misma dinámica de estrategia para la selección de los casos, se presentó la oportunidad de entrevistar a participantes en una de las instituciones de salud mental más representativas del estado de Baja California, ubicada en la ciudad de Tijuana.

Consideramos pertinente, antes de continuar con la descripción del trabajo de campo, realizar una nota metodológica, para evitar malentendidos por las características de los escenarios geográficos donde se llevó el trabajo de campo. En primer lugar, es importante resaltar que el objetivo de esta investigación no está dirigido a recuperar, ni a evaluar las prácticas institucionales que aparecen dentro del dispositivo psiquiátrico; no nos interesan los errores o los aciertos de las intervenciones, o de las decisiones tomadas por ambas partes; sino más bien, dirigimos la mirada hacia las narrativas de consultantes y médicos psiquiátricos, que se encuentra en este dispositivo convocados por el sufrimiento emocional y su alivio.

Siguiendo el trabajo de Cristina Rivera (2011), lo propondríamos desde su lente, en donde sugiere que los actores sociales, profesionales y profanos, que se encuentran en el dispositivo psiquiátrico elaboran “(...) *narrativas de sus padecimientos, en las que quedan huellas de las diversas maneras como el paciente percibe, vive con y responde a los síntomas de su condición: mientras los psiquiatras desarrollaron narrativas de sus enfermedades, es decir, la reclasificación del padecimiento en términos de las teorías del desorden*”

Continuando con la nota metodológica, señalaremos pues, que la intención de realizar trabajo de campo en la ciudad de Tijuana, tenía la finalidad de generar un ejercicio de contrastación de las narrativas, sin embargo, este escenario, más que ofrecernos una

contrastación, no hizo más que ofrecernos una serie de constataciones de lo que el escenario de Guadalajara, ya nos había ofrecido, es por esto, que señalamos que más que una representatividad en los datos obtenidos, aspiramos a la representación de un contexto.

Por lo antes dicho, resulta importante hacer el distingo entre lugares, el espacio físico y el contexto. Para esta investigación no nos interesan los espacios físicos, sino que dirigimos la mirada a los espacios sociales. En esta investigación, subrayamos, que es importante identificar los contextos en función de cómo los individuos actúan en ellos, reconociendo que son construcciones sociales y no localizaciones físicas, de esta manera corresponde tomar muestras de todos los que resultan relevantes para los fines de esta investigación (Martín & Salamanca, 2014)

Retomando el trayecto del trabajo de campo, entonces, se realizó en dos momentos; el primero en la ciudad de Guadalajara, del mes de julio a diciembre de 2017, en donde por medio de la dinámica y características de la selección de los casos, para recuperar las narrativas de médicos psiquiatras, se pudo acceder a 2 instituciones con dispositivos psiquiátricos⁹, al mismo tiempo que pudimos entrevistar, “por fuera”¹⁰, a médicos psiquiatras que trabajaban en instituciones de salud pública con dispositivos psiquiátricos. Por cuestiones de confidencialidad omitiremos nombres y ubicaciones exactas de las instituciones, asimismo de los participantes. Esta decisión se toma por lo sensible de la información ofrecida y en un marco de respeto y garantizar la privacidad de estos. En este sentido los nombres de los participantes se han sustituido por codificaciones. De igual manera, por el diseño y los fines que perseguimos en

⁹ Un hospital psiquiátrico privado y un hospital público, con servicio de psiquiatría -

¹⁰ Consultorios particulares o cafeterías

esta investigación, queremos insistir, como se señala en párrafos anteriores, no es lo institucional lo que nos interesa, sino las narrativas de los involucrados alrededor de esta experiencia.

Se realizaron 6 entrevistas a médicos psiquiatras en Guadalajara:

- 4 médicos psiquiatras con especialidad terminada
- 2 médicos residentes de segundo año de la residencia en psiquiatría

Para entrevistar a los consultantes, como bien advertíamos, resultó complejo acceder a ellos por medio de las rutas institucionales oficiales. En este sentido, se pudo tener ingreso, por medio de conocidos, a un asilo de ancianos, en donde se tenía un dispositivo psiquiátrico que tenía el servicio de consulta externa a población abierta, y se nos permitió entrevistar a los consultantes que ahí acudían y que estuvieran de acuerdo en participar. Al mismo tiempo que, los entrevistados, me sugerían futuros participantes, que no necesariamente asistían a este espacio, sin embargo, habían tenido este tipo de experiencias y, de igual manera, habían recibido atención psiquiátrica¹¹. En este sentido, se les llamaba por teléfono para explicar el proyecto y una vez otorgándonos su consentimiento, nos trasladábamos a un punto de encuentro acordado.

Se realizaron 5 entrevistas a consultantes en Guadalajara:

- 4 mujeres
- 1 varón

¹¹ Algunas entrevistas las realizamos en los domicilios particulares o en cafeterías

El segundo momento del trabajo de campo se realizó en la ciudad de Tijuana, Baja California, del mes de enero al mes de marzo de 2018. Se nos dio la oportunidad de entrevistar tanto a médicos psiquiatras como a consultantes en una de las instituciones psiquiátricas más representativas de esta ciudad.

Se realizaron 3 entrevistas en la ciudad de Tijuana:

- 1 un médico psiquiatra con especialidad
- 2 mujeres consultantes

En total presentamos 14 entrevistas, 7 de médicos psiquiatras y 7 de consultantes con duraciones promedio de 80 minutos a 120 minutos.

Las características generales de los casos seleccionados, tanto de médicos psiquiatras como de consultantes, se presentan las siguientes tablas:

Tabla 1. Muestra de médicos psiquiatras		
SEUDÓNIMO	FORMACIÓN	INSTITUCIÓN
IA	Especialidad	Pública
EA	Especialidad	Pública
BA	Especialidad	Pública
OR	Especialidad	Privada
HRF	Residencia (2do año)	Pública
HRS	Residencia (2do año)	Privada
MATJ	Especialidad	AC

Tabla 2. Muestra de consultantes			
SEUDÓNIMO	EDAD	EDO. CIVIL	OCUPACIÓN
FR	58	Casado	Servicio doméstico
MC	61	Casada	Comerciante
RE	58	Separada	Profesionista
MJ	47	Casada	Hogar
CA	69	Casada	Jubilada
GETJ	54	Casada	Negocio propio
DYTJ	32	Casada	Hogar

4.2.5 Instrumentos para recuperar los relatos

Para la recolección de los datos por medio de las narrativas realizamos entrevistas semiestructuradas, durante las cuales recuperamos varias temáticas. Consideramos pertinente recuperar algunos antecedentes históricos de esta técnica de recolección de información de la investigación social. La entrevista semiestructurada, encuentra sus raíces históricas (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013), por un lado, en la técnica socrática de la mayéutica en donde, por medio de cuestionamientos, se favorece que se descubra un conocimiento que estaba latente; por otro lado, en la práctica confesional realizada por las instituciones religiosas y los tribunales. Este tipo de confesión ha evolucionado, desde una lógica del deber “decir todo”, a la codificación clínica del hacer hablar, hasta el indagar una verdad relacionada con la “*aletheia*”.

La entrevista semiestructurada la utilizamos a la manera de una conversación que tiene una finalidad más allá del simple hecho de conversar. Si bien es cierto, que recurre al lenguaje coloquial, también es cierto, que este es un instrumento técnico para obtener información para resolver la pregunta central de nuestra investigación. Esta entrevista resulta afortunada para investigaciones como la que llevamos a cabo, ya que nos facilitará recabar información lo más

precisa posible para recuperar los significados y sentidos de la experiencia alrededor del sufrimiento emocional. Es importante que durante esta entrevista se esté alerta al hilo de los relatos, ya que exige que el entrevistador pueda tomar decisiones que impliquen un alto grado de sensibilidad hacia el curso de la entrevista y con el entrevistado mismo (Díaz-Bravo et al., 2013)

Para esta entrevista realizaremos una guía de temáticas en donde las preguntas que se realizarán serán abiertas. El participante podrá expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso es posible que pueda desviarse de la guía inicial contemplada ya que estamos advertidos que pueden aparecer temas emergentes que pueden ser indispensable indagar. La guía de la entrevista se realizó buscando recuperar información alrededor de los siguientes tópicos:

- **Tópicos de la entrevista a médicos psiquiatras**
 - Motivos de consulta de la gente
 - Configuración del diagnóstico y tratamiento psiquiátrico
 - La prescripción de medicamentos
 - Atribuciones respecto al inicio del padecimiento
 - Uso de otros elementos para aliviar lo que le pasa.

- **Tópicos de la entrevista a consultantes**
 - Motivos de consulta
 - Razones para acudir a un servicio de psiquiatría
 - Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico
 - Atribuciones respecto al inicio del padecimiento
 - Dificultades que aparecen con su sufrimiento
 - Uso de otros elementos para aliviar lo que le pasa.

Como se señaló anteriormente, el acceso a los participantes, y a las instituciones donde se realizó el trabajo de campo y las entrevistas se generó a partir de una red de sugerencias, recomendaciones y conocidos. Esto funcionó, tanto para médicos psiquiatras y consultantes.

Todas las entrevistas se audiograbaron previo consentimiento informado de los participantes. La duración de estas, con los médicos psiquiatras, osciló entre 50 min y una hora con diez minutos, muchas forzando la conclusión por motivos de actividades de los médicos psiquiatras; La duración de las entrevistas con consultantes osciló entre una hora y dos horas. La mayoría de los consultantes al terminar la entrevista señalaron sentirse aliviados, de igual manera muchos de ellos manifestaron haber comentado en la entrevista situaciones de su vida que “ni” al médico psiquiatra habían contado; incluso, en ningún espacio previo de atención.

4.2.6 Consideraciones éticas alrededor del trabajo de campo

Si bien es cierto que la investigación que pretendemos busca indagar elementos tanto sociológicos y psicosociales respecto a un fenómeno abordado en el dispositivo médico, se atenderá de manera estricta a lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), priorizando siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los posibles riesgos a los que esta investigación pueda exponer, buscando siempre el consentimiento informado de los sujetos que participen en esta investigación (art. 14, Art 20). De igual manera, se garantiza la protección de la privacidad del sujeto de investigación en lo que respeta a su identidad, o a brindar cualquier elemento con el que pueda ser identificado (art. 16). Se considera que esta presenta riesgos mínimos para los participantes, ya que no estarán expuestos a que sufra ningún daño como consecuencia inmediata o tardía de la recolección de los datos (art. 17). De igual manera, en caso de que se

advirtiera la posibilidad de que estos últimos aparecieran, la investigación con este sujeto será suspendida inmediatamente, si así lo llegara a solicitar él mismo (art. 18). Respecto a los grupos subordinados, personal que trabaja en hospitales, se garantiza de igual manera que la información recuperada no será utilizada en perjuicio de los participantes (art. 58)

Así también, recuperamos los criterios éticos que es preciso tener presente en toda investigación cualitativa, que como ya se mencionó, con esta investigación buscamos acercarnos a las personas en el contexto de su vida y de las instituciones en las que se encuentra y conviven, para tal fin retomamos lo que propone Noreña (2012), los elementos bajo los cuales se realiza el diseño de la investigación y el trabajo de campo, son los siguientes:

- **Consentimiento informado**

- A todos los entrevistados, tanto pacientes como funcionarios se les pedirá su autorización para participar asimismo se les informará sobre los objetivos y procedimientos de esta investigación.

- **Confidencialidad**

- Se garantizará la confidencialidad de la información y de la identidad de los entrevistados omitiendo sus nombres y detalles de su labor y horarios.

- **Manejo de riesgo**

- Se atenderá con especial atención a dos principios para minimizar los riesgos de los participantes, que tienen que ver con los principios bioéticos de no maleficencia y beneficencia establecidos para las investigaciones con seres humanos. Asegurando que los resultados de la investigación no resulten un

perjuicio o generen daño institucional o profesional pues se asegura que los resultados de esta investigación no serán utilizados para fines ajenos a esta tesis.

- **Observación participante**

- En cuanto a las posibles consecuencias que puedan derivarse de la interacción durante las entrevistas, se buscará mantener un equilibrio entre el “rol de investigador” y la generación de rapport.

- **Entrevistas**

- Se presta especial atención a no condicionar las respuestas ni demostrar juicios frente lo que el entrevistador expresa.

- **Grabación de Audio**

- Se solicitará autorización para grabar la entrevista y se asegurará la confidencialidad y anonimato de los participantes y el manejo de la información es únicamente manejada por el investigador.

4.2.7 Tratamiento de los datos obtenidos

Para el tratamiento de los datos, en primer lugar, transcribimos las entrevistas de manera manual íntegramente, para posteriormente codificarlas utilizando el software de análisis cualitativo NVivo 11 para Windows. Mediante esta estrategia, se busca identificar el núcleo de las narraciones y su significado; se recopilan datos, se codifica por tema o categoría para posteriormente recuperar unidades para poder ser analizados y presentados (Bowling, 2014; Patton, 1992)

No perdiendo de vista que la investigación narrativa se utiliza para evaluar una sucesión de eventos, se pudiera decir que, desde una mirada generalizada, relacionada a los tratamientos de los relatos, lo que se pretende con los datos recogidos en esta investigación es articularlos en una cronología de experiencias y hechos (pasados, presentes y perspectivas a futuro) (Sampieri et al., 2006); al mismo tiempo que es fundamental no perder de vista que todo relato presenta un comienzo, un medio, que es la cumbre de la trama y un fin (Ricoeur, 2004), a parecen pues, a lo largo de las narraciones, una serie de secuencia de relatos concatenados en microrrelatos. La secuencia narrativa, entonces, expone un suceso, o un conjunto de sucesos, estructurados en un trascurso temporal determinado (Labov & Waletzky, 1997)

Siguiendo las coordenadas antes propuestas, una vez transcritas las entrevistas en su totalidad, se fragmentaron las respuestas; posteriormente, se hizo una reconstrucción bajo criterios de un antecedente y un consecuente lógico y cronológico para generar el campo de sentidos transmitido por el narrador y, al mismo tiempo, propiciar un performance diacrónico de la narración, evidenciando las isotopías (tema común), las recurrencias y diferencias temáticas en las narrativas. La fragmentación de la información para su análisis se realizó adaptando las fases canónicas de los modelos: estructura de las “secuencias narrativas” de Labov & Waletzky (1997) y “proposiciones narrativas” (PN) de Adam & Lorda (1992), que aparecen como el referente paradigmático para el análisis de los relatos (Riessman, 2008) De esta manera, de las múltiples narrativas se rescatan aquellas vinculadas a nuestro foco y temáticas de análisis consideradas en el instrumento, es decir, las narrativas del sufrimiento emocional en la consulta psiquiátrica, pensadas a partir de cuatro ejes temáticos: Motivos para visitar a un psiquiatra; sentidos y/ o atribuciones respecto a esta experiencia; diagnóstico y tratamientos ofrecidos y

tomados; efectos o perspectivas de futuro. En este sentido, de manera resumida, los pasos fueron los siguientes:

1. Se transcribieron las entrevistas
2. Se recombinaron los fragmentos de manera lógica y cronológica
3. Se armó un nuevo relato
4. Se recuperaron las isotopías, redundancias y las diferencias de los relatos entre los universos considerados

Tabla 3. Elementos canónicos de la estructura de análisis del modelo de “Secuencias Narrativas” de Labov (Labov & Waletzky, 1997) y “Proposiciones narrativas” (PN) de Adam (Adam & Lorda, 1992)	
Elementos de la narración	Característica
Resumen/ PN0	<ul style="list-style-type: none"> • El punto de la narrativa • De que se trata la historia
Orientación / PN1	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes, tiempo, lugar, situación.
Complicación - Acción / PN2	<ul style="list-style-type: none"> • El punto nuclear del relato • Describe secuencias de acciones, momentos cruciales, crisis, problema
Evaluación / PN3	<ul style="list-style-type: none"> • Donde el narrador se distancia de la acción para comentar acerca del significado y transmitir las emociones, es el "alma" de la narración
Resolución / PN4	<ul style="list-style-type: none"> • El resultado de la trama
Después del proceso / PN5	<ul style="list-style-type: none"> • Una situación final, donde se espera que se establezca un estado nuevo y diferente de la primera situación a la que conduce el conjunto de acontecimientos
Coda / PNΩ	<ul style="list-style-type: none"> • Fin de la narrativa

Para el ordenamiento de los relatos se tomaron como referencia los modelos de Labov y Adam (Adams et al., 2015; Labov & Waletzky, 1997). De esta manera, desde la perspectiva de los consultantes y los médicos psiquiatras, precisan el siguiente orden:

Tabla 4. Ordenamiento de los relatos	
Consultantes	Médicos psiquiatras
1. Infancia	1. La formación
2. Vida adulta	2. La complicación
3. Complicación	3. Acción
4. Acción	4. Evaluación
5. Evaluación	5. Situación final
6. Situación final	

Después de ordenar los relatos en una coreografía lógica y cronológica de manera fragmentada, y evidenciar las recurrencias temáticas, agrupándolas en elementos comunes (lo enunciado por más de dos entrevistados) y elementos particulares (aquellos que fueron mencionados solo por uno de los universos), se hizo una comparación para buscar las constantes y las diferencias de los universos considerados. Al mismo tiempo, siguiendo lo propuesto por Ricoeur (2004) y Sampieri (2006), todas las categorías y temáticas recuperadas para su análisis se separaron en tres apartados con la intención de articularlos en una cronología de experiencias y hechos en torno al sufrimiento emocional antes, durante y después del encuentro de los participantes en el dispositivo psiquiátrico.

Tabla 5. Categorías y temas de análisis de consultantes	
Categorías	Temas
ANTES DEL ENCUENTRO	
<i><u>INFANCIA DE LOS CONSULTANTES</u></i>	
<i>1. Vivía muchas cosas desagradables</i>	1.1 La familia de la que Yo provengo. 1.2 Abusó de mí 1.3 El maltrato de mi familia
<i><u>VIDA ADULTA</u></i>	
<i>2. Yo me imaginaba que todo iba a ser muy padre</i>	2.1 He tenido pérdidas muy constantes 2.2 Violencia 2.3 Era muy difícil 2.4 Tuve que casarme

	2.5 Me jugo rudo
<u>COMPLICACIÓN</u>	
3. <i>Ya ando, hasta la madre de tenso.</i>	3.1 Yo no entendía qué me pasaba 3.2 Tengo que saberlo manejar
DURANTE EL ENCUENTRO	
<u>ACCIÓN</u>	
4. <i>Yo lo que quería era dejar de sufrir</i>	4.1 Usted ya necesita algo 4.2 Lo que me dijo el psiquiatra 4.3 Me está dando medicamento
<u>EVALUACIÓN</u>	
5. <i>De no haber sufrido eso, Yo hubiera sido otra persona</i>	5.1 Todo lo que he pasado de chiquito todavía no sale. 5.2 Tú no sabes lo que es sufrir
DESPUÉS DEL ENCUENTRO	
<u>SITUACIÓN FINAL</u>	
6. <i>Las personas me señalan</i>	6.1 Me veían raro 6.2 Existe el otro lado

Tabla 6. Categorías y temas de análisis de médicos psiquiatras	
Categorías	Temas
ANTES DEL ENCUENTRO	
<u>LA FORMACIÓN</u>	
7. <i>Trabajo con el enfermo</i>	7.1 Así lo aprendí
<u>COMPLICACIÓN</u>	
8. <i>Invade la desesperación</i>	8.1 Disminución de la energía vital 8.2 Años en decidirse 8.3 Un perdido a todas va 8.4 La consulta que Yo veo 8.5 En las mujeres 8.6 En los varones

DURANTE EL ENCUENTRO	
<u>ACCIÓN</u>	
<i>9. Me siento muy mal</i>	9.1 Me mandan con usted 9.2 Me dijeron que tenía depresión 9.3 Hay un protocolo, un algoritmo 9.4 Tenemos guías de manejo
<u>EVALUACIÓN</u>	
<i>10. Factores que se van acumulando</i>	10. 1 Yo creo que están anclados en su vida personal
DESPUÉS DEL ENCUENTRO	
<u>SITUACIÓN FINAL</u>	
<i>11. Me van a decir que estoy bien loco</i>	11.1 Si, es muy estigmatizado

CAPITULO V PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

5.1 El origen: sujetos modernos en condiciones de desamparo.

En este apartado se presenta lo que hemos denominado el origen, es decir, buscamos elucidar de donde emergen estos dos universos que coinciden en el espacio de la consulta psiquiátrica alrededor de la experiencia del sufrimiento emocional; por un lado, los consultantes, y por el otro, los médicos psiquiatras. De entrada, por los datos obtenidos, podemos advertir que estos llegan a este espacio precipitados desde orígenes diferentes, al mismo tiempo que sus recorridos para llegar a este espacio resultan disímiles; los consultantes, desde historias compartidas de dolor, culpas, abandonos, violencias, pobreza, pérdidas, migraciones enfermedades, traiciones que aparecen de manera continua teniendo su origen en la infancia, y continuando hasta la vida adulta que, ante la falta de espacios de contención que favorezcan una especie de elaboración y de historización de las mismas, terminan comprometiendo los anclajes simbólicos e identitarios de la existencia; llevándolos esto, a una serie de intentos infructuosos de búsqueda de alivio, desde prácticas tradicionales y alternativas, pasando por psicólogos, médicos generales, nutriólogos, teniendo como la última escala, las de corte tecnocientífico, la visita con el psiquiatra y el consumo de medicamentos para el alivio sintomático producto de este sufrimiento. En el caso de los médicos psiquiatras, como representantes de un sistema experto y disciplinar, la medicina, particularmente la psiquiatría, desembocan en este espacio precipitados desde un lugar del saber, de un saber relacionado con la ciencia y la técnica, mismo que aparece como una verdad unívoca, arropado por “manuales” “algoritmos” y “guías de manejo” que están relacionados a lecturas del organismo y sus desajustes bioquímicos, que a las singularidades biográficas y sociales que precipitan el dolor de existir. Tendríamos que preguntarnos si lo que ahí sucede, en la consulta psiquiátrica, es en realidad un encuentro.

5.1.1 LA INFANCIA DE LOS CONSULTANTES: VIVÍA COSAS MUY DESAGRADABLES.

Tabla 7. Condensación de resultados Antes del encuentro La infancia - Consultantes			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
7. Vivía muchas cosas desagradables	7.1 La familia de la que Yo provengo.	<i>... mi mamá siempre me dejo sola, se fue a trabajar. Somos 6, tres de mamá y papá, y tres solamente de mi papá. Mi papá se fue cuando Yo tenía tres años...no recuerdo, Yo no me acuerdo en qué momento mi papá se fue de la casa. (...)</i>	FR, RE, DYTJ, CA, GETJ, MJ, CA
	7.2 Abusó de mí	<i>mi mamá, pues teniendo hijos y trabajando, mi papá no trabajaba, y era un... mi papá nos violó a todos, a todas; era un violador...</i>	FR, GETJ, DYTJ, MJ
	7.3 El maltrato de mi familia	<i>¡no!, me pegaban. te digo, es más, todas estas cicatrices son de golpes de mi papá (...) ¡Sí! (...) con lo que encontraba, incluso un día me colgó..... "parecía piñata"... mi mamá dando de gritos... ¡ay no! luego me encerraba en cuartos...Fue horrible, horrible, horrible...</i>	FR REG DYTJ, CA, GETJ, CA

En el caso de los consultantes entrevistados, como se detallará más adelante, consideramos pertinente exponer de entrada que, si bien es cierto, lo que motiva la búsqueda de atención y alivio, y que derivó en el espacio de la consulta psiquiátrica, es una serie de experiencias difusas que se manifiestan tanto en el orden de lo corporal, como en el orden de lo psíquico; desde una panorámica general, los relatos de las infancias, del origen, de los consultantes, nos muestran que, también es cierto y significativo, que estos no aparecieron *ex nihilo*, sino que se fueron gestando a partir de una serie de batallas, pareciera que muchas de ellas perdidas, que las denominan como experiencias desagradables, mismas que se precipitan desde las esferas de lo social, lo familiar y lo singular.

En el orden de lo social, se relatan experiencias atravesadas por complicaciones económicas que dificultan el acceso a una serie de satisfactores tales como alimentación, educación y salud; de igual manera, dinámicas familiares atravesadas por parentalidades

envueltas en una serie de imposibilidades y dificultades tanto materiales como simbólicas que rompen con el orden cotidiano que, paradójicamente, lo que se espera es que estas experiencias emerjan a la manera de una eventualidad, sin embargo, en los casos entrevistados, aparecen como una constante: separaciones, muertes, enfermedades, familias numerosas con imposibilidades de generar espacios de contención, hijos regalados, hermanos separados, traiciones, migraciones, mujeres vendidas. Así también, en el orden de lo individual, experiencias relacionadas con la soledad, el abuso sexual y la violencia física y psicológica.

5.1.1.1 La familia de la que Yo provengo.

De manera particular, resulta significativo que, si bien, esta serie de complicaciones e imposibilidades se precipitan desde los ejes antes expuesto, también es cierto que las mismas se experimentan y se viven dentro de un solo núcleo, la familia. En este sentido, este núcleo se vuelve el receptáculo en donde esta serie de complicaciones convergen, generando una serie de vivencias relacionadas con la frustración, el desamparo y la soledad. Experiencias que por sus condiciones y contextos se presentan como desorganizantes y de una oferta de poca o nula protección y sentido, el caso de *RE*, es muestra de esto:

“...además, ella (madre) fue una mujer que la casaron igual que a mí, mi abuelo la casó, es más, la vendió. Es la segunda vez que hablo de esto, se la vendió a mi padre. (...) Yo soy de un pueblo, y soy de una familia donde fuimos 13, mis padres son, uno de 1911; y mi madre de 1917, entonces ya con esas fechas, ya te podrás dar una idea del origen y de la familia de la que Yo provengo. (...) Cuando mi madre muere, Yo tenía 8 años... 7 años, todos mis hermanos mayores se casan y se van; y Yo me quedo con mi papá; soy la hija número 13, la más chica, de todos... todos, todos (...) ... él no estaba de acuerdo, mi padre no estaba de acuerdo que Yo siguiera estudiando, (...) porque era un hombre invalido y requería totalmente de una atención (...) era una persona que estaba en silla de ruedas, y que requería de la atención de alguien-, Yo siempre tenía esa parte, de la culpa y de la responsabilidad. Mi padre era un hombre muy obeso de unos 180 kilos, en una silla de ruedas enorme (...) ella (madre) falleció de muchas cosas. A la edad de 50 años. el hígado, el riñón, los pulmones, Yo creo ahora, sinceramente que, además, tenía una enfermedad sexual, una its, una infección, porque se le cayó todo el pelo. Yo me acuerdo, cuando Yo estaba chiquilla Yo la veía sin ceja, sin pestaña,

sin pelo, con los pies hinchados, y con el abdomen así (haciendo alusión a una inflamación); porque no se podía agachar, Yo le tenía que poner sus zapatos sus medias, vestirla, ponerle desde su ropa interior todo, y Yo creo que no solamente era eso, eran otras cosas” (RE)

De igual manera, la madre, aparece como una figura distante e imposibilitada para ofrecer una crianza segura, debido a las condiciones económicas y sociales en las cuales se encuentran envueltos, GETJ, lo expone de la siguiente manera:

... ¡7! (hermanos) todos separados por todas partes. Yo crecí con el más chico, los últimos dos; del último hombre con el que estuvo mi mamá fuimos 4; 2 se las quitaron familiares de mi papá y se las llevaron para Reynosa, y dos, nos quedamos con ella, porque vieron que ni mi papá, ni ella, eran personas preparadas para criar hijos. Pues su madre murió cuando ella nació, mi abuela, pero tenía una hermana gemela, esa hermana gemela estaba soltera y se tuvo que hacer cargo, de mi mamá, entrecomillas, porque no la mando a la escuela, no la cuido, no nada... nada; mi mamá no sabía leer ni escribir, no sabía cuidarnos... mis padres no vivieron juntos, mi mamá nos llevaba a que nos cuidaran, nos cuidaran mientras ella trabajaba, entrecomillas, así es, Yo pienso que cuando vivió con él con mis hermanas, las hijas de mi mamá, ósea mi mamá se pudo dar cuenta de algo de lo que pasaba entonces decidió vivir aparte, pero pues nos llevaba de todas maneras; no tenía opción, sin familia, sin dinero...(GETJ)

5.1.1.2 Abusó de mí

Aunado a lo anterior, se suman experiencias en el orden de lo personal relacionadas con el abuso sexual, en donde al parecer pocas, o incluso ninguna, experiencia reparadora se pudo ofrecer, solo tratar de elaborarla con los recursos propios que, como hemos venido exponiendo, resultaban insuficientes:

...un señor que le ayudábamos a cuidar una casa, y el abusaba de nosotros, de mi hermana y a mí. (...) un tío nos tocó, a mi hermana y a mí, una vez... (...) con lo de mi tío, ese día que estábamos dormidas, y el tío se metió a la cama de nosotros, le fuimos a hablar a mi papá, mi papá lo levanto bien enojado, y lo saco. pero ya de lo otra vez, no. Yo sentía que era mi culpa. (MJ)

Por su parte, DYTJ, además de la experiencia de abuso, nos expone a la imposibilidad a la que se enfrenta para poder definirla, nombrarla; al mismo tiempo que evidencia el abandono y desamparo ante el cual se encuentran expuestos los entrevistados:

(a los 12 años) ...una persona me ofreció "raite", me drogó, abuso de mí, a lo mejor, Yo conscientemente, no puedo decir: "me violó", porque, pues, estaba drogada. Me hizo fumar, de este que fuman en un foco, cristal. ¡si! pero ya no me importaba nada, ya no me importaba nada, por eso digo no puede decir que me violó, porque total... (DYTJ)

5.1.1.3 El maltrato de mi familia

Alcoholismo y experiencias de violencia, tanto física como psicológica, ejercida principalmente por parte del padre, en donde, el ser mujer y menor de edad aparece como una condición de riesgo para volverse objeto de esta:

Mi papá, creo que era bipolar, nada más que en aquel entonces no se le diagnóstico. (...) era alcohólico... (...) Era un poco violento" muchas cosas...como estrellar platos contra la pared, y.... se enojaba, levantaba los cubiertos a la luz a ver si estaban limpios. levantaba los vasos a la luz, a ver si se habían pulido bien... (CA)

la situación que Yo vivía, en casa, se vivían muchas cosas muy desagradables: padre alcohólico, violento, agresivo (RE)

5.1.2 LA VIDA ADULTA DE LOS CONSULTANTES: YO ME IMAGINABA QUE TODO IBA A SER MUY PADRE.

Tabla 8. Condensación de resultados Antes del encuentro Vida adulta - Consultantes			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	CASOS QUE CONTRIBUYEN
8. Yo me imaginaba que todo iba a ser muy padre	8.1 Tuve que casarme	<i>...al otro día me dijo que me quedara a vivir con él, y Yo le dije sí. Eran unos momentos en los que no me importaba nada, lo único que quería, era como sentirme protegida, tener una estabilidad, no lo sé; y pues ahí me quede en puebla con él, a los 18 años.</i>	FR, MC, RE, GETJ,
	8.2 Violencia.	<i>...pues él se iba y regresaba, pero pues igual fue muy pesado, porque el sí me golpeaba; él no le podía levantar la mano porque tenía más fuerza de plano que ... muy grave, porque el sí me llevo a dejar muy lastimada. Moretearme mi cara, reventarme la boca, cosas así.</i>	FR, RE DYTJ, CA, GETJ, MC, MJ
	8.3 Era muy difícil	<i>...o trabajaba de prostituta o me moría de hambre, (...) puedo decir que Yo he tenido más de 200 hombres en mi vida sexual, y es algo que él no sabe; trabajé en un bar.... de bailarina... me prostituía (...) Yo tomé la decisión, insisto, realmente una mujer, con un trabajo en una fábrica, no puede tener una vida.</i>	RE, CA GETJ, MC, GETJ DYTJ, MJ
	8.4 He tenido pérdidas muy constantes	<i>...amigas se han muerto muchas; y la última acaba de morir hace dos años; han sido unas pérdidas muy grandes para mí; la persona que Yo quise mucho, un hombre que quise mucho, también murió de una manera intempestiva, inesperada, lo mataron; y eso fue para mí terrible (...) y luego se vino de ahí una... y curiosamente, una escalada de pérdidas y perdidas y perdidas...</i>	FR, DYTJ, RE, MJ, CA
	8.5 Me jugo rudo	<i>...muy mal, me sentí muy frustrada, me sentí muy desanimada, me sentí muy devaluada, me sentí como que Yo no era... no tenía el valor que Yo creí que tenía, y que esperaba que también él me diera, me sentí muy... con una minusvalía,</i>	FR, RE, DYTJ, MC, GETJ

En los relatos de los consultantes se dibujan visiones, ilusiones y expectativas de la vida adulta como una posibilidad de reivindicación que les permita dejar atrás las experiencias de su infancia, proyectándola bajo ideas relacionadas con la esperanza y disfrute, asimismo como una vía de solución y encuentro de protección respecto a las problemáticas que se habían venido viviendo en todas las esferas: social, familiar e individual. La estrategia fundamental para lograr esto, es mediante la salida de la casa de los padres. El matrimonio, más que como un deseo, se presenta como una estrategia, sino es que la única, para lograr este objetivo. Sin embargo, no

sucede otra cosa, sino que la vida adulta, dentro del relato de los entrevistados, aparece como una prolongación de las experiencias de la infancia, en donde no se presenta ningún corte, sino por el contrario se experimenta una continuidad de estas. En la vida adulta es difícil y se batalla. Relatos de situaciones de pérdidas, migraciones, muertes, familiares con enfermedades crónicas, suicidios, traiciones, violencia, situaciones económicas complicadas, que incluso, en un caso, llevaron a la prostitución, persisten y envuelven la experiencia de ser adulto.

5.1.2.1 Tuve que casarme

El matrimonio, o la vida en pareja, se coloca como una situación obligada, aparece como un espacio con aspiraciones de alivio y solución a una serie de situaciones problemáticas que, por un lado, están vinculadas a su familia de origen y, por el otro, ante la imposibilidad de contar con otro tipo de recursos para tener mejores condiciones de vida, se ven en la necesidad exponerse y admitir situaciones de violencia física de parte de sus parejas, de igual manera experimentar sensaciones de soledad.

...y ese día me fui con él, lo vi y nos quedamos a adormir juntos, y al otro día me dijo que me quedara a vivir con él, Yo le dije sí. Eran unos momentos en los que no me importaba nada, lo único que quería, era como sentirme protegida, tener una estabilidad, no lo sé; y pues ahí me quede en Puebla con él. a los 18 años. (...) ya después conocí a una persona, y me junté con esa persona. me junte con un soldado, era una vida de, a lo mejor estaba a gusto porque estaba sola (...) pues me tuve que juntar, ahora sí, que lo vi más de obligación, porque pues ya no hallaba la puerta, ya no estaba a gusto ahí, pues fui a, ahora sí que a venderme, prácticamente (...) pues me dolía, pero pues... siempre estaba sola y es bien difícil, tomar una decisión; es bien difícil no poder agarrar el teléfono, y decir; mamá ayúdame; o papá necesito tu ayuda, o hermana, o algún tío, o no sé, es muy difícil, el no tener más que amistades y amistades, que siempre lo van a mal aconsejar a uno (DYTJ)

5.1.2.2 Violencia

La violencia, tanto física como psicológica, es una experiencia que persiste aun en la vida adulta, lo único que se presenta como diferente es que, además de la familia de origen, también es perpetrada por parte de la pareja. Abusos sexuales, expulsiones de la casa de los padres por haber ejercido la sexualidad “fuera del matrimonio” o “antes de casarse”. De igual manera, una serie de imposibilidades o complicaciones para separarse o divorciarse de las parejas violentas por no contar con alguna red de apoyo para tal fin. Así también, Ser homosexual, aparece como una condición de riesgo para ser objeto de esta.

...una noche no llegué a dormir, y me dijo (hermana mayor): " en donde estabas"; y le dije en donde estaba, Yo confiando en que podía ayudarme y orientarme; y le dije sabes que, Yo no me quiero casar; me dijo, no, pues te vas a casar, aquí no puedes estar así, porque si no Yo le voy a decir a mi papá, y les voy a decir a mis hermanos, lo que estás haciendo.... puta, pues entonces me casó, (...) no te quiero... me imagino que, lo que ella quería decir, pues no te quiero así, sin ser virgen, sin ser señorita, y a lo mejor unas cuatro letras, aquí en la casa, una puta, la verdad. Tengo la escena tan grabada, esa escena curiosamente nunca se me ha borrado(...) fijate que paso esto y esto; y mi papá se va a enterar si tú decides quedarte aquí. Entonces Yo me sentí como... sentí que tenía que irme; aquí ya no hay nada, en ese momento se rompe mucho dentro de mí y hasta la parte esa de la familia también; como que se estrelló algo (...) una violencia física y una agresión física muy fuerte, todo eso costo. (...) del pescuezo, me agarro un día (el esposo) en el baño, me estrujó, afortunadamente me puede salir... (RE)

...ahorita en mi actualidad me acosaron, un cabrón. había un chavo como de 20 años (...) no.... no conocía, vive en el barrio y cada que Yo salía y andaba medio mariguanillo, me... "pinche joto, me caes gordo" me gritaba (...) (relación de pareja) tratamos de esconder siempre lo... él trato de defenderme, Yo lo defendía a mi manera, porque había un tío que Yo iba... iba con él a veces, y el tío estaba en la casa de él... y comenzaba el cabrón... "no, ya te dije que no te acuestes con este joto, que esto y que tanto". (...) pues este de que era... este... gay... Pues así era la gente anteriormente... porque a un joto no lo podían ver ni en pintura. No voy a poderme abrir nunca, abiertamente, decir, soy gay, tengo mi pareja, vivo, con alguien o quiero vivir con alguien... (...) desde que la... el mundo no te acepta, esa es la primera, que siempre están detrás de ti hablando pendejadas, y son tus amigos a veces los mismos que hablan de ti, pero en realidad no saben (FR)

5.1.2.3 Era muy difícil

Los relatos de la vida adulta de los consultantes arrojan una serie de dificultades en diversos ordenes, sin embargo, un eje articulador de este tipo de experiencias es la situación económica de los mismos, en donde los lleva a experimentar una serie de carencias en el orden de la alimentación, la vivienda y la seguridad, poblando su entorno y sus experiencias de sí mismos de una incertidumbre permanente. Situaciones como dejar el lugar de origen para emigrar, prostituirse, dormir en el piso, no tener un espacio donde habitar seguro, ni asegurado, largas jornadas laborales, experiencias de minusvalía, de soledad, hijos a los cuales no se les puede otorgar los cuidados esperados, o anhelados, tornan difícil la experiencia de la vida adulta.

...Yo estaba enfocada a trabajar, de hecho, descuide mucho a mi hijo, por eso, porque me enfoque mucho a trabajar, sí. (...) lo dejaba solo, lo dejaba con alimentos preparados, con instrucciones, de 10 años. me sentía mal, pero pues sabía que tenía que trabajar, porque llegamos nada más con nuestra ropa, además mi primer hijo, no es de mi esposo, Yo había tenido un matrimonio anterior, entonces me sentía más obligada todavía a trabajar; le decía, sabes que tengo que trabajar, pórtate bien; él desde muy chico presento una conducta bien rebelde desde muy chico, muy hiperactivo, muy rebelde, desobediente, hasta la fecha, pues sigue con su consumo, con su adicción. Desarrolló la adicción, claro que no me di cuenta, hasta los 16, hasta después, porque se salió de la escuela, por su conducta, por las mentiras, porque tomaba cosas, dinero; entonces mi esposo me ayudo a, pues, a buscarlo porque luego, no venía a la casa, y ya una mamá de un compañero de él, le dijo, su hijo andaba igual; ¿sabes qué? Dice, están haciendo esto, se están drogando. (GETJ)

5.1.2.4 He tenido pérdidas muy constantes

En los relatos, se exteriorizan una serie de experiencias recurrentes de pérdidas y muertes significativas, algunas de ellas atravesadas por padecimientos crónicos, que tornaron el desenlace más complicado. De igual manera, muertes por suicidio, al mismo tiempo que otras inesperadas y sorprendidas.

(...), estaban avisando que tú mamá se había muerto, y que quería que te acompañaran, dice ... Yo me entere como a las dos de la tarde... (...) agarramos un coche en la misma ciudad de ahí, y nos fuimos a ver una tía, y voy viendo... ya valió madre, entonces sí es cierto(...) mi mamá también sufrió mucho, por lo de la diabetes (sic), que antes no tenía remedio...y pues Yo batallé mucho por ella, porque a mí me la dejaban en México, en los hospitales; a veces, nos quedábamos a dormir afuera de los hospitales porque no nos dejaban entrar. Fue un batallar de la vida. (...) se le paró el riñón... no sé, pero bueno... Agarré mis cosas, lo que pude, me fui. ya no supe jamás. (...) de cáncer (...) si, mi papá no se murió ese ratito, mi papá se murió hasta 5 días después...de lo que llegó a la casa. Pero Yo, incluso no se ni dónde está enterrado; ni mi mamá, ni mi papá. ya se murió ya no tiene caso (...) tuve dos hermanos que sí, uno se dio un balazo, y el otro se colgó, (...) por esas depresiones... Yo pienso que, si fue muy duro, mucha violencia en la casa, pues. ¡Justino! (expareja)... murió como hace 10 años. Incluso, incluso me hablaron ese día una prima, me dice: -"ya supiste" -, le digo: ¿De qué?, "se está muriendo Justino"... (...) él nunca se quiso atender y tenía diabetes. La depresión lo mató, porque le vino un infarto del dedo del pie que se lo iban a cortar y, ahí comenzó todo. Ya no quiso vivir, pues. (...) Yo tuve una pareja de muchos años, que se fue a vivir a Hermosillo, por cierto, que ya murió también, y cuando se fue... ¡no manches! traté de no chillar delante de mi familia, me salía Yo, me emborrachaba y chillaba por allá, hasta que terminaba de chillar ya me regresaba, y siempre en alto, de que " tu puedes y tú puedes" (FR)

5.1.2.5 Me jugo rudo

Relatos relacionados con experiencias de traición que se presentan como infidelidades principalmente por parte de las parejas o esposos; aparece, incluso, que estas se llevan a cabo con personas cercanas al núcleo familiar, como primas y sobrinas; así también, estas experiencias en un caso, trajo como consecuencia el contagio de infecciones de transmisión sexual. Lo cierto también es que, si bien, eran situaciones que precipitaban experiencias de dolor emocional, tristeza, soledad, enojo y minusvalía, estas eran toleradas bajo el argumento y la ilusión de mantener una familia, que quizás, nunca se había tenido. En este sentido, las traiciones se soportaban y sostienen, incluso, a costa del bienestar de ellos mismos, bajo la premisa de sostener el ideal de la familia a toda costa; y en algunos otros casos, por no tener más opciones a donde recurrir:

Me venía sintiendo triste, por infidelidad de mi esposo; todos los años que viví con él, fueron 21, me di cuenta de que él era un hombre... que tenía problemas, que le gustaba el sexo, con mujeres de afuera, pues algunas veces me trajo algunas infecciones, pienso que eran mujeres que no eran limpias, pagadas, prostitutas, Yo creo... descubrí a mi esposo que había tenido que ver con una novia de mi hijo, fue entonces cuando me empecé a poner triste, primero enojada, luego triste. Me volví a sentir enojada y triste, una mezcla bien fea; ya en ese momento, ya no era por lo que me hubiera hecho a mí, como mujer, sino por mi hijo, porque no tenía límites este hombre. (...) él se empezó a ver con mi sobrina, hija de mi hermana, y tuvieron algo (...) me restaba importancia, este hombre ve otras cosas en otras mujeres, ósea entonces no lo ve en mí, no soy suficiente entonces, me decía a mí misma, todas esas cosas, ¿qué paso, en que falle? para el colmo de mis males, a ese hombre Yo nunca le fui infiel, en tantos años, eso también me dolía. Pues pienso que no graves porque se curaron (infección de transmisión sexual), gracias a dios, no fue nada grave, no recuerdo los nombres, gracias a dios pude recuperarme, siempre me atendí, siempre perdone, siempre me aguante, de que volviera a ocurrir otra vez, porque fue recurrente, Yo me preguntaba, ¿por qué hago eso?, y llegue a la conclusión de lo que Yo quería, lo que Yo quería, era mantener a la familia, ya habíamos tenido a la niña, ahorita tiene 19 años, Yo quería que nuestra familia, se mantuviera unida, lo que Yo no tuve, quería tener.

5.1.3 LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: TRABAJO CON EL ENFERMO.

Tabla 9. Condensación de resultados Antes del encuentro La formación - Psiquiatras			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
<i>9. Trabajo con el enfermo</i>	9.1 Así lo aprendí	...todos los que vienen contigo están enfermos. Entonces desde ahí empieza como esta forma de ver a la persona “estás enfermo, voy a quitarte la enfermedad” y así es como la formación del psiquiatra en general: son enfermos y hay que atenderlos como enfermos.	IA, EA, BA, MATJ., HES, CA

5.1.3.1 Así lo aprendí

Del lado del universo de los médicos psiquiatras, se acentúa que el origen del cual provienen, y que los hace llegar al espacio de la consulta psiquiátrica es totalmente distinto del de los consultantes. Los relatos de los médicos psiquiatras arrojan que ellos vienen de espacios en donde se construyen lecturas muy particulares respecto a los acontecimientos y sensaciones experimentados por los consultantes, que, en el marco del modelo médico bajo el cual se forman como médicos psiquiatras precipita formas de entender estos fenómenos bajo el tamiz de la enfermedad; y lo que llega a su consulta es un sujeto enfermo. No quedando resuelto el tipo de acercamiento a los mismos; por un lado, posicionamientos biologicistas que anclan las razones de su padecer en el sustrato biológico; y por otro lado posicionamientos que consideran elementos de la historia personal; sin embargo, cualquiera de estos dos trayectos, desemboca en la configuración de un diagnóstico mediante el uso de manuales y la prescripción de un medicamento mediante el uso de guías de tratamiento. Resaltando, además, que a veces, les resulta complejo construir un diagnóstico, ya que algunas los pacientes no cumplen con los criterios estipulados por estos manuales.

Si, exactamente, hay como esta categoría, o incluso hay un código que, pues, no nos gusta mucho, que es el trastorno psiquiátrico no especificado, cuando no tiene ni idea de qué es, se usa ese código. (...) No, y por ejemplo Yo aquí a los residentes que están en formación no les permito que tengan ese diagnóstico, al menos debes tener una orientación por dónde va el cuadro, y en ocasiones, si pecamos en encasillarlos (...) Pues tiene como su doble filo: por un lado, a los residentes en formación Yo si les pido que vayan haciendo un checklist, ¿por qué? porque se están familiarizando con todos los términos, pero también conforme van avanzando en su formación, pues es riquísima esta experiencia humana. Desde el entrenamiento cuando Yo era residente pues veíamos esa parte y pues también a lo largo de la práctica. Aunque también hay que reconocer que no todos los psiquiatras llegan como a ese entendimiento, aquí si depende mucho también desde la corriente, hay unos que son más biologicistas, y nos quedamos a nivel de neurotransmisores. (BA)

5.1.4 EL QUIEBRE DESDE LOS CONSULTANTES: YA ANDO HASTA LA MADRE DE TENSO.

Tabla 10. Condensación de resultados Antes del encuentro Complicación - Consultantes			
CATEGORÍAS	TEMA	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
10. Ya ando, hasta la madre de tenso.	10.1 Yo no entendía qué me pasaba	<i>Venía que me voy a morir, y una sensación de taquicardia, una angustia tremenda, que por qué me pasa esto a mí, confusión de todo, muy feo. La cabeza hace historias tremendas.</i>	FR, RE, MJ, CA, GETJ, DYTJ, MC
	10.2 Tengo que saberlo manejar	<i>...fui a ver un nutriólogo; le busqué por todas partes...</i>	FR, DYTJ, GETJ, CA RE

Como se ha venido mostrando, los relatos de los consultantes insisten en una serie de acontecimientos recurrentes en la infancia y la vida adulta caracterizados por situaciones de violencia, abandono, violaciones, muerte, desamparo, traiciones, desilusiones, complicaciones económicas que precipitan experiencias en el orden de lo singular como tristeza, enojo, soledad, incertidumbre, miedo, y que, si bien, existe un esfuerzo por transitarlas y soportarlas con los recursos que cuentan, emprendiendo un trayecto de búsqueda de alivio en diversas instancias y mediante varias estrategias, cabe resaltar que, sin éxito alguno, o con una alivio pasajero; destaca, que en todos, aparece un momento de quiebre, una complicación, que se hace presente mediante una serie de sensaciones difíciles de representar o nombrar que se manifiestan tanto en el orden de lo orgánico como de lo psíquico, generando desconcierto e incertidumbre; de esta forma, ante la imposibilidad de poder encontrar alivio, terminan recurriendo a la consulta psiquiátrica.

5.1.3.1 Yo no entendía qué me pasaba

Como se mencionó, lo que lleva a los consultantes al encuentro con el psiquiatra es una experiencia de quiebre que aparece como difusa y extremadamente desconcertante que

comienzan a impedir el desenvolvimiento en la vida cotidiana y la experiencia de lo íntimo. Complicaciones con el sueño, la memoria, la alimentación, la vida laboral, sensaciones de intranquilidad, fluctuaciones del estado de ánimo, llanto sin una razón aparente, pérdida de peso, ansiedad, desesperación, desanimo e incluso ideas de muerte, hasta intentos suicidas; son sensaciones o experiencias, que la mayoría, trata de capturar y condensar bajo el termino de depresión. Estas situaciones se relatan cómo experiencias de frustración, de soledad y desilusión:

...porque empiezo a tener de trastornos en el sueño, mis hijos, ya para entonces ya todos habían nacido, tuve tres hijos, dos mujeres y un hombre, es varón el más chico, y en ese entonces, pues había una carga de hijos, me puedo expresar así, "carga" porque si era una carga, una carga emocional. Una carga en el sentido, de que no sabía que iba a hacer con mi vida (...) me casé de 18 años, (...), alrededor de 40, empezándome ya a los 40, empecé. (a ir al psiquiatra) (...) pues mientras pasan un montón de cosas ahí en la relación de matrimonio; me empiezo a dar cuenta de lo que es el matrimonio; empiezo a generar un montón de ansiedad en el matrimonio, no era lo que Yo pensaba (...) lloraba mucho Yo, lloraba mucho, lloraba y lloraba, lloraba; eras una frustración total, que empecé a ir porque me sentía mal, no dormía, y lloraba, mucho (...) Yo tenía seguido palpitaciones que se generaban a veces del enojo con él (esposo), y me bajaba la presión, me sentía muy mal, me sudaban mucho, mucho las manos, de repente se me olvidaban las cosas, de estar contenta, pasaba a un estado completamente diferente, de enojo, de ira, se me olvidaba por ejemplo la responsabilidad con mis hijos; se me olvidaban en la escuela.(...) Yo sola; así sola y mi alma en todo el mundo, me sentía así, ay, qué voy a hacer. (RE)

5.1.3.2 Tengo que saberlo manejar

Ante lo desconcertante de lo vivido, estas experiencias quedan en un escenario de lo innombrable y de lo irrepresentable, no pudiendo dar cuenta de lo que les pasa; esta situación, los llevó a emprender un recorrido por diversos espacios y estrategias para la búsqueda de alivio de estas sensaciones difusas. No solamente han acudido al psiquiatra, sino que realizan una serie de prácticas al margen de las visitas al médico con la intención de buscar alivio, o alguna explicación respecto a lo que les sucede, visitas a psicólogos, meditación, recurrir a un

sacerdote; visitas a médicos generales, cardiólogos, nutriólogos, gastroenterólogos; prácticas como el Yoga o hacer ejercicio, sin embargo, en ninguno de ellos pudieron encontrar sentido ni alivio a eso que venían experimentando.

Algo que resulta significativo, si bien, en este momento los pacientes acudieron al psiquiatra, algunos, no es la primera vez que acuden a uno, o no es la primera vez que buscan ayuda; es decir, los entrevistados refieren presentar este tipo de malestar o sensaciones desde tiempo atrás, mismo que, dependiendo de las experiencias de vida, se intensifica, o disminuye; en más de alguno no es la primera vez que reciben tratamiento psiquiátrico.

...fui a ver a un homeópata, ahí también me agarré chillando, me acorde de muchas cosas y, me dice "es que traes una cosa de años atrás y todo (...) a muchos psicólogos, pero no, nadie le ha dado remedio para, o algún.... y Yo siento que ya se cerró el ciclo. Pero no, vuelve, de repente retoña, y trató y tomo, estoy tomando chochitos para los nervios y todo eso...la verdad... tú me has hecho muchas más preguntas que los otros psicólogos, porque la última que fui con blanca, nomás me oía y oía, y Yo hablé y hablé, y llore y llore, y hable y hable. Como que ella, pienso, que ella quería que sacara todo, y ya... y no era eso... (FR)

5.1.5 EL QUIEBRE DESDE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: INVADEN LA DESESPERACIÓN.

Tabla 11. Condensación de resultados Antes del encuentro Complicación - Psiquiatras			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
11. Invade la desesperación	11.1 Disminución de la energía vital	<i>...la vida sexual disminuye, la vida económica disminuye, la vida laboral disminuye, problemas de sueño importantes que al día siguiente trae sus consecuencias, eso es lo que a mí me toca ver. Todo este impacto, toda esta extensión que se hace del malestar o de lo que sienten como depresión-</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	11.2 Años en decidirse	<i>... Yo creo que la mayoría de ellos me comentan que pues ya por lo menos, no sé, estamos hablando si le podemos poner tiempo, Yo creo que años. A mí llama la atención cómo ponerle cuenta al paciente “¿y desde cuándo se siente así?” y las respuestas que normalmente me dan es como “pues desde que Yo recuerdo, desde que era niño, desde que...” entonces es difícil, ellos mismos no logran ubicar como tal el inicio....</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	11.3 Un perdido a todas va	<i>la mayoría de la gente pues deja el psiquiatra como última opción, ya que probó flores de Bach, homeopatía, terapias de Reiki, de energía.</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	11.4 La consulta que Yo veo	<i>70% Mujeres. La consulta está llena de mujeres.</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	11.5 En las mujeres	<i>Pues principalmente cuestiones familiares, desde cuidado de hijos, sensaciones como de no darles la mejor de las atenciones a la familia, al esposo, es una plática muy recurrente.</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	11.6 En los varones	<i>los hombres en su éxito profesional o laboral; así como, o de gano dinero o..o..o está funcionando muy bien en tal empresa o en tal trabajo, el hombre es muy dado a ser eso, a pensar que es exitoso porque profesionalmente le va bien</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ

En este punto, las narraciones de los psiquiatras son coincidentes con los relatos expresados de parte de los consultantes. Existe un punto de quiebre, una complicación, que precipita la visita con el psiquiatra; sin embargo, acudir con el psiquiatra, no necesariamente es la primera opción, sino que antes, ya han venido recurriendo a una serie de espacios y prácticas de los más diversos en la búsqueda de alivio, sin éxito. Aparece una disminución de la energía vital, en donde varias esferas de su vida cotidiana se ven afectadas e, incluso, se ven imposibilitados para desempeñar su vida como se venía haciendo. Así también, las mujeres,

según relatan los médicos psiquiatras, son las que más recurren a este espacio en busca de ayuda para el alivio de estas sensaciones difusas.

4.1.5.1 Disminución de la energía vital

El quiebre, según los relatos de los psiquiatras, se manifiesta a partir de una pérdida de la energía vital, situación que precipita que las esferas de lo familiar, lo laboral y lo social se vean afectadas, perdiendo el interés y el entusiasmo por las mismas. Esta pérdida de energía va incrementando las complicaciones, convirtiéndose en una “bola de nieve” que desemboca en sensaciones de tristeza, insomnio, fluctuaciones del estado de ánimo, pesimismo, hasta las ganas de querer morirse.

Lo que se llama la funcionalidad socio laboral y familiar, entonces, ahí es cuando ya pareciera que es algo más serio y que hay que tomarlo más en cuenta. Cuando se empiezan a sentir tristes, empiezan a tener insomnio, sobrellevan un poco la situación, algunos se automedican o remedios alternativos. Con poca energía, no tengo ánimo, no me concentro, estoy irritable, nada me sale bien, y se empieza, sobre todo, la bolita de nieve. Es cuando empiezan con los pensamientos de nada me sale bien, no puedo hacer las cosas bien, no sirvo para nada, y por ende si no sirvo para nada y nada me sale bien, pues igual y ojalá la vida me recogiera de este mundo hasta el punto de igual Yo hago algo para irme de este mundo (MATJ)

4.1.5.2 Años en decidirse

Las narraciones de los médicos psiquiatras señalan que la consulta psiquiátrica no es la primera opción, en los consultantes, para la búsqueda de alivio, sino que pasa “mucho” tiempo antes de que las personas con este tipo de malestares tomen la decisión de acudir. Sin embargo, esto no es igual a que las personas no hayan buscado ayuda en otros espacios. Para los consultantes, acudir con un médico psiquiatra, sino siempre es la última opción, esta no aparece como la primera. Para los médicos psiquiatras, ante este tipo de malestares, se vuelve necesario la asistencia con ellos, si no, como la única opción de alivio.

...la gran mayoría de las personas que acuden conmigo, años, años en decidirse! Quizá esa depresión que mencionaron alguien ya les dijo que la tenían años atrás. Y me he puesto a preguntar de manera directa y he notado que entre cinco y diez años es el tiempo que tardan en asistir a un servicio de psiquiatría. Y va saliendo, y es cuando me he topado con personas que han tenido años, años, años previos ya, con estos malestares y que han tardado en asistir (IA)

4.1.5.3 Un perdido a todas va

Los psiquiatras hablan de una serie de consumos y prácticas a las que recurren los consultantes en la búsqueda de una posibilidad de alivio, desde visitar otras especialidades, pasando por la automedicación con fármacos psiquiátricos, hasta el consumo de algunas hierbas en te que tradicionalmente se usan como relajantes: valeriana y hierba de san Juan. De igual manera, practicas alternativas como homeopatía, reiki, flores de Bach; asimismo, prácticas en el marco de la religión, exorcismos, por ejemplo; hasta la “hechicería”. Se destaca, también, que recurrieron a espacios de psicoterapia, la constante, entonces, es que nada de lo intentado los ofrece un alivio duradero. Para el médico psiquiatra, la búsqueda de alivio en otros espacios diferentes a la consulta psiquiátrica tiene la connotación de extravía, sugiriendo como si la única vía fuera la escala con ellos.

Medicinas naturales. Valeriana, en tabletas. Pues sí, hierba de San Juan, incluso la venden en mercados la hierba, se hacen té y venden brebajes. Algunos también asisten a servicios de psicología, han asistido a servicios de psicología... Algunos, los menos, han asistido a servicio de psiquiatría, también. Yo creo que eso, ¿no? La mayoría si han hecho algo. Si, buscan remedios caseros, buscan pues todas estas cuestiones místicas, de asistir a brujos, hechicería. Me lo hacen saber, no al principio, como conforme vamos trabajando juntos, vamos trabajando me lo hacen saber: "es que fui con una persona que hace limpias, entonces fui, porque un perdido a todas va" es como una frase que muy común que "un perdido a todas va" entonces ellos buscan, buscan. Cartas, lectura de cartas, también es otra que he escuchado. Creo que la mayoría les tranquiliza, les calma y puede ser un beneficio a su malestar (IA)

4.1.5.4 La consulta que Yo veo

Resulta importante destacar que los médicos psiquiatras refieren que las mujeres son las que tienen mayor presencia en la consulta psiquiátrica, siendo los menos los varones. Así también, que esto puede deberse a ciertos ideales culturales que permiten a las mujeres reconocer, e incluso expresar, estas experiencias de desconcierto e incertidumbre; por el contrario, a los varones, se les exige silenciarlos bajo el ideal de ser “macho”, lo que los lleva a tramitar este tipo de experiencias, mediante el uso de “sustancias tóxicas”.

La consulta que Yo veo día con día... día con día hago un reporte de mi productividad, el 70% son mujeres, y 30% son varones (IA)

...todo es mucho más la atención a mujeres. Pondríamos un 60-40, un 70-30, por ahí, más mujeres que hombres. (BA)

4.1.5.5 En las mujeres

Se acentúa que las mujeres que acuden a la consulta psiquiátrica se ven precipitadas, si bien, por experiencias de desconcierto, soledad, incertidumbre, etc., Los relatos de los consultantes tejen, con esta serie de sensaciones, situaciones vividas en la esfera de lo familiar interpretando que su vida no marcha como debería de ser. Así también, “*problemas afectivos con la pareja*”. Refiriendo que lo que predomina en las mujeres son “*los trastornos de ansiedad y afectivos*”

...Con la cuestión familiar. Y cuando ellas consideran que no marcha como esperarían, aparece una sensación de malestar. ... y de su casa y de su hogar. de su esposo. así. (EA)

4.1.5.6 En los varones

La presencia de los varones en la consulta psiquiátrica es significativamente menor a la de las mujeres, “es raro que pidan ellos ayuda”, según refieren los médicos psiquiatras. Las razones por las que acuden están ancladas a situaciones vinculadas al éxito profesional y situaciones económicas, de igual manera “adicciones”.

En los hombres más bien la cuestión de preocupación económica No ganan lo suficiente, perdieron su empleo, y no son capaces de brindar el sostén adecuado para tener una familia, pero no tanto la preocupación por la familia, si, bueno, es indirectamente pero más bien la preocupación por no tener el sustento económico para mantenerlos los hombres en su éxito profesional o de laboral, así como " o de gano dinero o..o..o está funcionando muy bien en tal empresa o en tal trabajo, el hombre es muy dado a ser eso, a pensar que es exitoso y por qué profesionalmente le va bien (EA)

es raro que pidan ellos ayuda, tienen también estos problemas emocionales, sobre todo; pero se ve más, los problemas de adicciones (HRS)

5. 2 El encuentro en la consulta psiquiátrica: lo biográfico frente al sistema experto.

Tanto los relatos de médicos psiquiatras como de consultantes, son coincidentes en que, al margen de toda la serie de sensaciones y experiencias desagradables que envuelven a los consultantes, lo que motiva la visita a la consulta psiquiátrica, no necesariamente es una iniciativa personal, sino una sugerencia, o petición, de alguna persona de su confianza, entre estos están familiares, amigos y, en algunos casos, hasta psicólogos son los que recomiendan que se busque ayuda psiquiátrica, con la idea de que eso que les pasa se puede aliviar, o curar, con alguna pastilla. Las enunciaciones de los consultantes exponen que una serie de experiencias difusas, en el orden del cuerpo y lo psíquico, les provocan dolor y sufrimiento emocional, como se ha venido resaltando estas situaciones están ligadas a su biografía. Los consultantes se enfrentan a una imposibilidad de poder definir eso que les pasa, lo que más pueden describir son una serie de sensaciones que, por un lado, condensan bajo términos

técnicos como ansiedad o depresión, o por el otro, se viven como situaciones innombrables que perturban su vida cotidiana en diversas esferas.

En general, las sensaciones experimentadas sobrepasan la capacidad de representarlas, por consecuencia, de nombrarlas. Los consultantes llegan al espacio de la consulta psiquiátrica con sensaciones de desesperación, desánimo, tristeza y, en algunos casos, ideación suicida. Las narraciones de estos envuelven experiencias ligadas a su biografía: lo identitario, el dolor emocional de las pérdidas y las muertes, la nostalgia por lo perdido, las traiciones y el desánimo ante la imposibilidad de solución, y hasta por seguir viviendo. En este punto, el médico psiquiatra, marca un distingo, escucha los signos y los síntomas, mas no escucha lo biográfico, lo hace a un lado para reestructurar lo que le dicen bajo coordenadas de signos y síntomas configurarlos bajo un diagnostico psiquiátrico que aparece en manuales, al mismo tiempo que se ofrece un medicamento como respuesta a los mismos.

También es cierto, en este punto, que hay una diferencia en los relatos de los médicos psiquiatras y los consultantes, ya que los primeros resaltan que los pacientes son los que exigen que se les dé “algo” para atemperar lo que sienten; los segundos, los consultantes, relatan que la única oferta de tratamiento es mediante un medicamento, principalmente antidepresivos o ansiolíticos.

5.2.1 LA LLEGADA A LA CONSULTA DESDE LOS CONSULTANTES: YO LO QUE QUERÍA ERA DEJAR DE SUFRIR

Tabla 12. Condensación de resultados Durante el encuentro Acción – Consultantes			
CATEGORÍAS	TEMA	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
12. Yo lo que quería era dejar de sufrir	12.1 Usted ya necesita algo	<i>los síntomas habían aparecido de repente, y me dijo que lo mejor era que fuera ver a un especialista, me recomendó algunos doctores, porque Yo lo que quería era dejar de sufrir, dejar de sentirme así como me sentía, dejar de, como la estaba pasando, eso a una mujer tan activa, tan trabajadora, ósea tan positiva, tan supuestamente fuerte, ante las circunstancias de la vida que me tocó vivir... como cuatro años; tuve recaídas, porque deje de venir, tuve una recaída; ahorita estoy en una recaída</i>	FR, RE, GETJ, DYTJ,
	12.2 Lo que me dijo el psiquiatra	<i>otro diagnostico; pues porque fui una prostituta, y he tenido muchísimos hombres en mi vida sexual, y para él, una mujer normal no tiene más de tres hombres en su vida.</i>	RE, CA, GETJ, MC, DYTJ
	12.3 Me está dando medicamento	<i>Me escuchó, me dio medicamento (...)No me acuerdo, eso si se me fue casi completamente, no me acuerdo de ninguno...Tafil, Tafil, si, y hasta la fecha cuando así que no duermo, me resulta un cuarteroncito de 25. Pero sí estuve medicada por mucho tiempo: 3 años con él, y con el otro doctor,</i>	FR, DYTJ, RE, MJ, CA, MC, GETJ

5.2.1.1 Usted ya necesita algo

Lo que motiva la visita con el psiquiatra, en primer lugar, es la sugerencia o recomendación, de alguna persona cercana o, incluso, por alguna derivación de parte de psicólogos u otras especialidades de la medicina. No necesariamente, como se ha venido exponiendo, para los consultantes, acudir a consulta psiquiátrica, no aparece como primera opción, incluso, en los consultantes no necesariamente aparece como una opción. Estos terminan acudiendo por recomendación, misma que aparece en el marco de una serie de factores en donde se entretajan, por un lado, sensaciones desagradables que no desaparecen, y que por el contrario se incrementan y comienzan a perturbar el sentido de la vida misma, un sufrimiento

que no cede y que, además, las estrategias hasta ese momento utilizadas para la obtención de alivio han fracasado. La desesperación, es lo que precipita la visita con el psiquiatra, asimismo la idea de obtener algo que colme estas sensaciones. Para los que sugieren la visita con el psiquiatra, ese algo que se espera se otorgue, es un medicamento.

La visita con el psiquiatra está precipitada por experiencias de desesperación, de soledad y de tristeza; algunos presentan síntomas físicos que no ceden: dolores de espaldas, ronchas, etc., no teniendo claridad respecto a su origen. El sueño, no pudiendo dormir o dormir demasiado, es algo que también precipita la visita al psiquiatra. Es de llamar la atención, que en esta búsqueda de alivio refieren haber realizado una serie de estrategias previas para tratar de aliviar lo que les pasaba sin haber tenido éxito. Aparecen frases como “visité porque no dormía”, “me deprimí”, “es difícil sobrevivir a esto”, “ya estoy hasta la madre de tanto”, “esa es la soledad que a mí me duele mucho”

Es la primera vez que agarro un psiquiatra porque ya me cansé... ya me cansé de... de ver psicólogos... de hablar de lo mismo, de lo mismo...pero mi compañera es psicóloga, y me dice " no don Fr ya, ya usted, ya, ya necesita algo, porque se me va a (FR)

Yo empecé a ir (con el psiquiatra), que fue el primer psiquiatra que visite porque no dormía (...) empiezo a tener comportamientos erráticos, en el sentido de que me salía y se me olvidaba, como llegar a la casa, por ejemplo. no podía dormir, tenía insomnio, despertaba en la noche, dormía bien, pero a las dos de la mañana me despertaba y ya no me dormía, entonces para mí eso era muy cansando. cuando fui con el psiquiatra, le decía que me sentía muy sola, que sentía una soledad muy grande... por eso empecé a ir, pues muy fuerte para mí, esas pérdidas (muertes de amigas), ni siquiera la soledad de esposo, era la soledad de esas mujeres, porque curiosamente la mayoría son mujeres, porque de ellas recibí mucho apoyo en mi estancia aquí, y es esa, esa es la soledad que a mí me duele mucho (RE)

5.2.1.2 Lo que me dijo el psiquiatra

Se destaca que el médico psiquiatra hace preguntas y, en algunos casos indaga un poco más, el destino es el mismo, la configuración de un diagnóstico: “depresión”, “depresión profunda”, “distimia”, son categorías con las que algunos psiquiatras definen y encapsulan lo que a los consultantes les pasa; de igual manera figuras como “tú cabeza es un arbolito de navidad, tu lado izquierdo funciona muy, muy rápido”, así también, sugerir el internamiento, y hasta indicar que tener más de tres parejas sexuales, o dedicarse a la prostitución es debido a que se padece una “personalidad emocional inestable, algo parecido limite ”, Aparecen como una oferta de sentido hacia los consultantes. Los médicos psiquiatras, indagan, más que para acercarse a una historia, para recuperar síntomas y signos que ayuden a construir una categoría clínica. En otro caso, se le ofrece la explicación que eso que le pasa lo traía desde que nació, ya que también su madre tenía una depresión profunda.

Por otro lado, si bien a los consultantes se les ofrece un diagnóstico, estos lo reciben con cierta apatía y desinterés; lo reciben, lo asumen, y todas las experiencias las coagulan a la manera de una figura de identidad:” ahí, me tenía como deprimida”

Si, casi no me preguntaba nada, muy poco. Si, así "me siento triste, no puedo trabajar" pero nunca me sacó estudios de nada, tuve operación, tuve esto y nada, y ahí estuve tres años. ¡No! ¡Me escuchó, me dio medicamento..., ni media hora! Como que después me di cuenta que no le ponía atención, que iba de paso, como quien dice: "Siga tomando eso". Es que no hablaba, entonces, más bien, dependía del doctor que me sacara, que Yo no hablaba:" ¿Cómo está? -Muy bien." Si. Entonces decía "ah, pues siga con eso". 3 años estuve así.

...me diagnosticó con una depresión profunda, crónica y bla, bla, bla; ... Las preguntas que él hacía, si en mi familia hubiera habido gente con tristeza, que numero de hija era, si tomaba medicamentos, cual había sido... sí había tenido cirugías...él me dijo que eso era, una depresión profunda la mía, y que bueno, esa depresión, había sido... Yo la traía desde que nació, y empezó a

hacerme preguntas de mi madre, Yo las contestaba, ay, pues no sé si es... nada, no me mando a hacer nada. simplemente con la conversación que tuvimos, las preguntas... me dijo, pero Yo empecé también a atar cabos, y mi madre fue una mujer deprimida; no podía ser de otra manera la mujer. (...) (Otro psiquiatra) este doctor también me diagnosticó como depresión profunda, y me tiene ahí como una deprimida...

5.2.1.3 Me está dando medicamento

Si bien es cierto que los consultantes se vieron motivados visitar al psiquiatra por una serie de sensaciones difusas relacionadas a tristeza, malestar corporal, sentirse solos o sentir vacío, muertes e incluso quererse morir, el tratamiento ofrecido por el psiquiatra en todos los casos fueron pastillas, según refieren.

En este sentido, todos los consultantes recibieron medicamento como tratamiento, independientemente del diagnóstico, a algunos se los indicaron para dormir, y a otros para la depresión: Tafil, Citalopram y Prozac, fueron los indicados. Hubo casos que refirieron que solo iban con el psiquiatra por el medicamento; de igual manera refieren haberse sentido bien, por lo que dejaron de asistir con el psiquiatra y suspendieron el medicamento, sin embargo, presentaron “recaídas”.

...Tafil, Tafil, si, y hasta la fecha cuando así, que no duermo, me resulta un cuarteroncito de 25. Pero sí estuve medicada por mucho tiempo: 3 años con él, y con el otro doctor (MC).

...me empezó a dar prozac, ese es el medicamento que tomo. Citalopram, es para la depresión. Cuando Yo empecé a ir con el empecé a sentirme bien, pero ya nada más iba por el medicamento (RE).

...Fluoxetina, nada más eso tomo desde hace como unos 6 meses. ahorita estoy tranquila con la fluoxetina, me hace como que pensar un poco más las cosas (DY)

5.2.2 LA LLEGADA A LA CONSULTA DESDE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: ME SIENTO MUY MAL:

Tabla 13. Condensación de resultados Durante del encuentro Acción - La perspectiva del médico psiquiatra			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
13. Me siento muy mal	13.1 Me mandan con usted	<i>Pero si llegan porque alguien ya les dijo "tienen que ir." Alguien de mayor significancia para ellos, ¿no?: un familiar cercano, un médico que realmente los ha atendido de mucho tiempo.</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	13.2 Me dijeron que tenía depresión	<i>La gran mayoría "tengo depresión", "me dijeron que tengo depresión", son como las dos frases que continuamente escucho. "Tengo" o "me dijeron".</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	13.3 No sirvo, no puedo dar lo mejor de mí.	<i>por ejemplo, esto "en el trabajo, trabajo ya no estoy rindiendo". el varón sobre todo: "que ya no gana lo que ganaba, ya no rinde; y la mujer como sí... "mi pareja me dice que ya no..."</i>	IA, EA, BA, CA, HRF, HRS, MATJ
	13.4 Hay un protocolo, un algoritmo	<i>Generalmente nos basamos en el tratado de psiquiatría que es el DSMV, que ahí vienen bien descritos, tanto como criterios para cada una de las enfermedades, donde se define cuanto tiempo deben presentar los síntomas, o cuánto tiempo no deben de presentar los síntomas y que síntomas con los que se pueden observar.</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ
	13.5 Tenemos guías de manejo	<i>El paciente está deprimido y afecta su vida diaria, entonces primera línea es antidepresivo, segunda opción es esta, si no funciona, entonces esta.</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ

5.2.2.1 Me mandan con usted

Al igual que los consultantes, los relatos de los médicos psiquiatras resaltan que los motivos por los cuales llegan los consultantes a la consulta psiquiátrica, es porque alguien de “su confianza”, familiar o amigo, se los recomendó; de igual manera, porque médicos de otras especialidades, o psicólogos, sugirieron o, incluso, fueron derivados por estos. En este sentido, los consultantes no llegan “por sí solitos” a la consulta psiquiátrica. También, hacen notar, que previo a la visita con el psiquiatra, los consultantes ya han intentado una serie de prácticas sin éxito alguno como “medicina alternativa y homeopatía”, esto se debe, señala un médico psiquiatra a que no reconocen “su enfermedad”, señalando que esto se debe a que “no hay una conciencia de salud mental en nuestro país”

"me mandaron, mi médico primario", "mi psicólogo", muchas veces, primero son vistos por un psicólogo, y cuando el psicólogo, pues, observa ciertos síntomas, quizá de más gravedad, pues, los envía al psiquiatra. la gran mayoría no llega por sí solitos. Creo que no hay una, todavía, una consciencia de la salud mental en nuestro país. Comúnmente la forma en que llegan es porque me: "dijeron! que quizá lo que traigo es una depresión" entre conocidos, amigos, familia o "me mandaron", de tal o cual institución a valorarme aquí" (MATJ)

5.2.2.2 Me dijeron que tenía depresión

Según los médicos psiquiatras, la manera en que los pacientes refieren o explican lo que les pasa es mediante las frases: “tengo depresión” o “tengo ansiedad”. Los relatos, hacen notar, que de manera general las personas que llegan a la consulta psiquiátrica, si bien advierten una serie de problemáticas y sensaciones desagradables que los afectan, las resumen bajo el término “tengo” o “me dijeron que tengo” depresión o ansiedad, idea que no es más un esfuerzo construir un sentido mediante un autodiagnóstico.

“Así es como la gran mayoría viene. Tengo depresión. Tengo una depresión de muchos años y no se me ha quitado, me ha empeorado y ahora me mandan con usted. La gran mayoría. Yo de manera muy empírica diría que un 80% llega así. Como autodiagnosticado, de ellos, de otros; quizá alguien le dijo "tienes depresión, tienes que ir con el psiquiatra". "Tengo problemas y ya necesito ayuda." La gran mayoría "tengo depresión", "me dijeron que tengo depresión", son como las dos frases que continuamente escucho: "Tengo" o "me dijeron". Y otro porcentaje un poco menor, quizás, no me dicen ansiedad, me dicen "tengo desesperación, me siento muy desesperado", pero haciendo alusión a una ansiedad, como a un problema de ansiedad

5.2.2.3 No sirvo, no puedo dar lo mejor de mí.

Lo que refieren los pacientes en la consulta psiquiátrica, según relatan los médicos entrevistados, son situaciones que están vinculadas a una serie de síntomas físicos y psíquicos que resultan imprecisos, y que además, atraviesan el escenario de su vida cotidiana: “no disfrutar lo que antes se hacía”, “perder la funcionalidad laboral”, “perdidas que hayan dolido

mucho”, “falta de energía”, “ganas de llorar”; así también, situaciones vinculadas al empleo, a las relaciones de pareja, vivencias de orfandad en la infancia y abusos son parte de las narraciones que el médico recibe en su consulta. La desesperación es algo que aparece de manera recurrente.

...tengo desesperación, me siento muy desesperado. Problemas de pareja, en donde hay un divorcio inminente, una separación, una problemática de pareja, hubo un intento suicida, esa es otra, o hay una intención suicida presente. un factor detonante... algo, algo en los últimos meses, últimos días que generó ya la movilización para asistir. Se sentía solo, porque se sentía desaprovechado, él tiene la idea de ser un hombre muy necesitado por todos y darse cuenta que no lo necesitaban eso le hacía sentirse excluido, no valorado, muchas cosas. Las personas que acuden a psiquiatría, o en mi experiencia realmente ya han tenido una serie de problema a lo largo de los años, donde ya es notorio el problema que trata. “No le veo sentido a la vida, no sé que estoy haciendo aquí, mejor morirme, mejor aventarme, mejor que me pase algo” Problemas de pareja, problemas sexuales, problemas del trabajo. En la ciudad el tema es, otra vez vuelvo a repetir: empleo, relación de pareja, ciertas vivencias de orfandad en la infancia, abusos...

5.2.2.4 Hay un protocolo, un algoritmo

Las experiencias que los psiquiatras reciben en la consulta son entendidas y reconfiguradas como una enfermedad a partir de la identificación de una serie de signos y síntomas que los ayuden a construir un diagnóstico; refieren que hay “algoritmos” y que, para tal fin, hacen uso de manuales diagnósticos como el DSM (Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) en sus versiones IV y V; así también, el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) en su edición 10. Advierten de lo complejo que resulta elaborar un diagnóstico y que, algunas veces, no se puede tener toda la certeza; sin embargo, al menos en las instituciones públicas, se vuelve una obligación configurar uno, ya que así lo exigen los sistemas de “productividad” de las mismas, aun cuando los elementos ofrecidos por los

consultantes no presenten los suficientes datos para la construcción del mismo. De igual forma, paradójicamente, para poder dar un tratamiento psiquiátrico, es indispensable, primero tener un diagnóstico. Y como veremos más adelante, la mayoría de los consultantes recibe un tratamiento. En este sentido, todos los consultantes que acuden con el psiquiatra, entonces, reciben un diagnóstico.

Así... porque para poder manejarlos para poder tratarlos tienen que tener un diagnóstico. obviamente al conocimiento o a la teoría que ya tiene uno integrada, ¿no? y este, ... a la intuición también, porque usamos mucho la intuición y obviamente basados así en lo estrictamente escrito, como el DSM IV o el CIE 10. Aquí en el hospital mmmm, Yo veo el CIE 10.. El CIE 10 es más ... los mando a muchos de ellos a hacer pruebas psicológicas, y a algunos nada más, bueno con los criterios, y ya me baso en estos criterios, y ya les, a lo mejor a algunos les quito lo de depresión, les digo, no sabes que, lo tuyo es más bien como un trastorno de la personalidad, este... a lo mejor algo que no tienen nada más que ver con la pura depresión... (IA)

5.2.2.5 Tenemos guías de manejo

La manera en que tratan las situaciones que reciben en su consulta los médicos psiquiatras es, principalmente, mediante la prescripción de medicamentos. Señalan, que existen médicos que son “muy sintomáticos: los que están psicóticos, pues antipsicóticos, si está deprimido, pues un antidepresivo; si veo que tienes dolor, pues un analgésico”. Sin embargo, no son las únicas opciones que son consideradas, ya que ante casos en donde no hay una respuesta al medicamento, existe la posibilidad de tratamiento mediante “terapia electroconvulsiva” o “psicocirugía”; de igual manera, consideran que la terapia psicológica puede ser una opción de tratamiento, sin embargo, no se aclara en qué medida se recurre a estas otras estrategias.

Refieren que existen “guías de manejo” que ofrecen una ruta crítica para la intervención, según el diagnóstico configurado. La prescripción de medicamentos es el tratamiento al que más recurren los médicos psiquiatras. Si bien, algunos destacan, que “jamás será suficiente” el tratamiento de estas experiencias exclusivamente con medicamentos, también señalan que existen médicos psiquiatras que solamente las tratan mediante el uso de fármacos, ya que resulta “más fácil de llevar, prescribiendo medicamentos”, ya que “la consulta puede ser de 10 minutos”.

De igual manera, algunos señalan que, por un lado, hay consultantes que solo acuden con el médico psiquiatra para “exigir el medicamento”, sin embargo, por otro lado, también señalan que es común que los pacientes lo suspendan antes de lo indicado, bajo el argumento de que “se van a hacer adictos”, de que “les puede dar un infarto” o “que va a hacer que se suiciden”; así también, el núcleo familiar incide de manera significativa para que los consultantes suspendan los mismos, señalando que eso que se toma “es droga”.

Los medicamentos que se prescriben para estos malestares son: “primera línea, antidepresivos, fluoxetina, sertralina, Imipramina; segunda línea, ansiolíticos, Tafil, Rivotril, Clonazepam”.

Se llaman los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Es un grupo de medicamentos. En los ochentas por ahí cuentan que estaba el prozac. es la fluoxetina ¿no? eh... el lexapro que es escitalopram; el paxil que es la paroxetina. (...) te vas haciendo más cómodo tú con tu cuadro muy básico ¿no? A pesar de que todos van a funcionar, todos los medicamentos, cada uno de pronto ciertos efectos adversos y también en base a los síntomas del paciente; puedes elegir un poco más, por ejemplo: hay pacientes que tienen mucha somnolencia; no es insomnio al contrario tienen hipersomnia. Duermen de día y duermen de noche entonces, hay cierto grupo de estos mismos medicamentos

que, aunque todos son los mismos, son del mismo grupo, unos suelen generar un poco más de sueño y otros un poco más de actividad (...); Jamás es suficiente! ósea Yo no pudo creer que alguien exclusivamente eh... con una pastilla mejore su... seríamos demasiado reduccionistas al pensar que nada más una pastilla va a mejorar la depresión (MATJ)

5.2.3 REFLEXIONES DE CONSULTANTES: DE NO HABER SUFRIDO ESO, YO HUBIERA SIDO OTRA PERSONA

Tabla 14. Condensación de resultados Durante el encuentro Evaluación – Consultantes			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
14. De no haber sufrido eso, Yo hubiera sido otra persona	14.1 Todo lo que he pasado de chiquito todavía no sale.	<i>que ahí viene, ahí está... no le he podido sacar... cerrar el ciclo totalmente, porque fueron muchas cosas en mi vida, fueron... fue mi papá, fueron... eehh, los muchachos que me quisieron violar, la calle, en la calle la gente que te humilla fue horrible (...) Yo traigo toda metido eso de las violaciones, de lo que sufrí con mis papás, de mis hermanos como se han portado</i>	FR, RE, DYTJ, GETJ, MJ
	14.2 No creo que sea mágico	<i>...pues que es como una ayuda, una ayuda. Porque no creo que sea mágico, porque hay mucho más en mi dolor en mi sentir que... y hay muchos años ahí, muchas vivencias como para que una píldora lo cambie</i>	FR, DYTJ, RE, MC, GETJ

5.2.3.1 Todo lo que he pasado de chiquito todavía no sale

Como se ha venido señalando la visita con el psiquiatra se ve precipitada por una serie de sensaciones orgánicas como psíquicas difusas, en este encuentro, al menos desde la referencia de los pacientes, las explicaciones que se ofrecen de parte del psiquiatra a la configuración de un diagnóstico psiquiátrico y a la prescripción de medicamentos; sin embargo, al margen de las explicaciones médicas, los consultantes construyen las propias. La manera en que se explican lo que les pasa, poco tiene que ver con lo ofrecido por el psiquiatra: Jubilarse antes de tiempo, fallecimientos de seres queridos, traiciones, migraciones, infancias

complicadas, violencias, violaciones, abusos, padres violentos, quedarse solos, son las referentes en donde anclan sus explicaciones o un posible entendimiento de lo que les acontece.

Referencias a un pasado que atrapa, del cual es difícil si no, que imposible escapar: “*es horrible, porque cada cosa cada sonido, cada olor, cada imagen, que me recuerda a lo que he vivido, no me deja escapar del pasado*”; Las características de la infancia vida y los trayectos singulares de vida son los depositarios de los sentidos y atribuciones de sus experiencias de malestar en la vida adulta. El malestar toma la figura de una entidad que habita en la vida interior, y que resulta difícil, sino es que imposible, de gobernar. Se atempera por momentos, sin embargo “no sale” o vuelve “retoñar”

“No haber contado con el apoyo” y “andar en la vida uno solo”, ya que no solo es suficiente con salirse de casa, sino que se vuelve deseable que alguien más los piense, que pregunten “que es lo que necesitas”, ¿Qué es lo que te hace falta?, no contar con eso es “muy duro”.

...me lastima cuando pienso que de no haber sufrido eso, Yo hubiera sido otra persona, hubiera sido otro tipo de persona, pero una mujer, una niña, luego mujer, lastimada, abusada, no comprendida, pues pienso que se convierte en una mujer con en la que Yo me convertí; en una mujer dura, en una mujer dura, enfocada a trabajar y a querer hacer cosas para mi hijo, como tener una casa... tener cosas que no tuve, prácticamente no tuve nada cuando era niña.(...) Antes de llegar a este hospital, descubrí a mi esposo que había tenido que ver con una novia de mi hijo, fue entonces cuando me empecé a poner triste, primero enojada, luego triste (...) es que todavía estoy cargando culpa... no es vida esto, no es vida, es horrible, porque cada cosa cada sonido, cada olor, cada imagen, que me recuerda a lo que he vivido, no me deja escapar del pasado, de la verdad, del resultado, aunque haya hecho lo que haya hecho, pensando que hacia lo mejor, aunque me haga cargo de mí, aunque he querido hacerme cargo a fuerza de mi hijo, no lo cambié, así es; esto no es vivir (GETJ).

5.2.3.1 No creo que sea mágico

Para algunos pacientes, el consumo de medicamentos se asume como una ayuda que incide en la disminución de los síntomas, en la mejora del sueño y en las actividades de la vida diaria. Hay una serie de sensaciones y pensamientos que insisten. Asumen, que consumir un medicamento no es igual a borrar las experiencias vividas, si bien ayuda, relatan que “hay muchas vivencias para que una píldora las cambie”. Hay algo que “está ahí adentro” y no se tiene claro si la píldora podrá desaparecerlo o cambiarlo. Algunos señalan que, más que un medicamento, lo que necesitan está relacionado con experiencias del orden de lo íntimo identitario, sentir menos culpa, no sentirse solos, ser “apapachados”¹²

...ahorita estoy tranquila con la fluoxetina, me hace como que pensar un poco más las cosas. Pues sí... pero... quisiera estar bien, y no tener la necesidad de tomar medicamento, pero si me ayuda, porque me relaja muchísimo, y Yo sé que en algún momento no la voy a tomar, la doctora dijo que mi problema no era algo con lo que pueda estar toda la vida, dijo que es más bien de superación. pues sí, pero pues para superarme necesito que lo que me rodea me apoye, y lo que me rodea nada más me da dinero; y eso es lo que Yo necesito, y es lo que siempre he peleado, el no sentirme sola, el sentirme apapachada por alguien.... eso es lo que más me hace falta, Yo si siento que he sufrido demasiado (DYTJ).

5.2.4 REFLEXIONES DE MÉDICOS PSIQUIATRAS: FACTORES QUE SE VAN ACUMULANDO

Tabla 15. Condensación de resultados Durante el encuentro Evaluación – Psiquiatras			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
15. Factores que se van acumulando	15. 1 Yo creo que están anclados en su vida personal	<i>dinámicas familiares alterados... ¡si! muy alteradas. historias de vida. abuso sexual infantil, este mmm... incesto, maltrato físico y emocional en los niños... este... algún fallecimiento no superado, pero si, básicamente, el tipo de crianza.</i>	IA, EA, BA, OR, HRF, HRS, MATJ

¹² Según la Real Academia Española se define como “Palmadita cariñosa o abrazo” (<http://dle.rae.es/srv/fetch?id=34cbJ0w>)

5.2.4.1 Yo creo que están anclados en su vida personal

Los médicos psiquiatras, como se hizo notar anteriormente, la manera en que abordan las historias de sus pacientes es mediante la reconfiguración en una serie de signos y síntomas que derivan en la construcción de un diagnóstico psiquiátrico que se trata mediante un fármaco; sin embargo, cuando se les pregunta sobre las razones que precipitan este tipo de experiencias, atribuyen el origen de las mismas a situaciones ancladas a las condiciones biográficas y sociales que envuelven a los consultantes y que se van acumulando a lo largo de sus trayectos de vida: “empleo no segurizante”, “abuso sexual”, situaciones de “crianza”, orfandad, violencia, por mencionar algunos, son experiencias que precipitan una serie de incertidumbres e imposibilidades para proyectar un futuro alentador.

De igual manera, algunos médicos psiquiatras sugieren, que hay elementos o situaciones que se pasan de una generación a otra, por ejemplo “vicios que se cargan desde los abuelos, los papás. Ellos mismos los presentan”.

Yo creo que están anclados en su vida personal y en el hospital de una manera u otra se van detonando algunos más. Si, separaciones, divorcios, infidelidades, drogas, violencia. Lo atribuyó a muchas razones a muchos factores, una serie de factores, multifactores, que se han agregado y que confluyen en un momento donde viene el problema percibido por las personas. Una serie de factores, digo factores personales, factores familiares, factores del contexto, en su entorno... Un empleo para las personas no segurizante para un futuro inmediato. Empleos donde se vive al día, y hay muchas personas que se angustian o se preocupan de más por el futuro, porque entonces, ¿qué va a pasar después? Como un futuro desesperanzador, un futuro así. Un futuro incierto un futuro de no saber qué va a pasar a un año, a cinco, y están en esa desesperación continua de no saber qué va a pasar en 5 años, por el empleo por la pareja por los hijos. Pues los propios de la persona, de personas también que han vivido situaciones de vida difíciles, pues, orfandad en infancia. orfandad, orfandad literalmente ya sea de uno o ambos padres, y ese que quedó pues también, no, generó mucho desapego. Digo, de orfandad, violencia, abusos. Pues abusos que vivieron en su infancia, adolescencia, de tipo físico, sexual, golpes, eso lo que

Yo creo son factores que he considerado que se van acumulando a lo largo de la trayectoria de vida (IA)

5. 3 La salida del dispositivo psiquiátrico: la incertidumbre y el señalamiento:

Después de la visita con el psiquiatra, si bien los pacientes consiguen algo de alivio sintomático mediante la prescripción y consumo de fármacos, parece que nada de su alrededor se modifica, por el contrario, se vuelven objeto de señalamientos y desacreditaciones por haber acudido a una consulta psiquiátrica. Así también, experimentan incertidumbre respecto al futuro, ya que siguen sin tener la certeza respecto a cuándo dejarán de sentir lo que les acontece, o viven bajo la amenaza de que las sensaciones regresen. Es importante resaltar que la mayoría de los entrevistados agradecieron la entrevista, ya que refieren, en algunos casos, que nos ofrecieron información personal e íntima que, incluso, no habían comentado en ninguno de sus tratamientos: *“simplemente tú ahorita, saque muchas cosas que a nadie le había contado”*; de igual manera, señalaron que mediante la entrevista se mostraba más interés y se sentían más cómodos que, incluso, en algunos espacios de atención. Los consultantes, relatan que las personas los señalan sin tomar en cuenta o preguntar lo que ellos “traen arrastrando”, que, por momentos, es capaz de precipitar el deseo no estar vivo.

5.3.1 PERSPECTIVAS DEL TRAYECTO DESDE LOS CONSULTANTES: LAS PERSONAS ME SEÑALAN

Tabla 16. Condensación de resultados Después del encuentro Situación final - Consultantes			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
16. Las personas me señalan	16.1 Me veían raro.	<i>...esto de depresión, y que angustia, y que todo esto que le pasa a uno en la mente, no se toma muy en serio, se finge, piensan ellos que uno está fingiendo, que uno ya está loco, que oye, ¿cómo? para que tanto medicamento</i>	RE, GETJ, DYTJ, MC,
	16.2 Existe el otro lado	<i>puede ser lo indeseable para personas como Yo; porque a veces he pensado en eso, en no haber nacido, he deseado no haber nacido, he deseado que no hubiera nacido mi hijo, he deseado cosas, quitarme la vida, la primera vez que recaí; ósea, porque no le veo nada de eso que dice la gente, de bonito de bella de que... cada vez que oigo una cosa de esas digo, esta gente está loca, la vida es dolor</i>	FR, RE, CA, GETJ, MC, DYTJ,

5.3.1.1 Me veían raro

Los pacientes, hacen notar, que después de su visita con el médico psiquiatra, si bien es cierto que encuentran una posibilidad de alivio; también es cierto que se vuelven objeto de señalamientos y estigmatización por parte de su entorno. En algunos casos, la familia desestima la serie de sensaciones que envuelven a los consultantes, y en algunos otros las familias se cansan de apoyar, situaciones que pueden precipitar “perder a la familia”

En la familia, y culturalmente de dónde venimos de Veracruz, ósea, esto de depresión, y que angustia, y que todo esto que le pasa a uno en la mente, no se toma muy en serio, se finge, piensan ellos que uno está fingiendo, que uno ya está loco, que oye, ¿cómo? para que tanto medicamento, Yo deje de creer en esas cosas cuando me puse así, cuando probé el tratamiento que me dio la doctora; porque en realidad me ayudo, y porque pensé que nunca me iba a recuperar ya, Yo pensé que ya no iba, a recuperar el ánimo por vivir (GETJ)

5.3.1.2 Existe el otro lado.

Los relatos de los pacientes hacen notar que existe un entorno que difícilmente comprende la magnitud de las sensaciones que se experimentan. Por el contrario, las desestiman, y ofrecen una serie de recomendaciones atravesadas por el sentido común con intención de ayudar; sin embargo, poco toman en cuenta las “traen arrastrando”. De igual manera, denotan, que la experiencia de estar vivo tiene “dos caras”, una relacionada con el bienestar, a la que la mayoría de la gente aspira y, hasta prescribe; y otra que tiene que ver con el dolor, con que la vida no tiene nada de bonito, de bella. Para algunos, “la vida es dolor”, y despierta las “ganas de quitarse la vida”.

¡Porque así somos! Por qué, porque pensamos que está haciendo mal el otro, y a lo mejor no sabemos lo que trae atrás. Todo es por lo que trae uno atrás, por ejemplo, en mi caso, ¡que todo mundo me decía “Pues divórciate! ¿Por qué no te divorcias? si tu marido es así y asá” (MC)

5.3.2 PERSPECTIVAS DEL TRAYECTO DESDE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: ME VAN A DECIR QUE ESTOY BIEN LOCO

Tabla 17. Condensación de resultados Después del encuentro Situación final - Psiquiatras			
CATEGORÍAS	TEMAS	CITA DEMOSTRATIVA	PARTICIPANTES QUE CONTRIBUYEN
16. Me van a decir que estoy bien loco	16.1 Si es muy estigmatizado	<i>es que vengo, pero le dije a mi familia, que no venía para acá, le dije que venía con un doctor internista, con un internista o un cardiograma, que porque me siento mal" no?, y ya... "pero por favor no les diga que Usted es psiquiatra" ... si, si me ha pasado... este porque, pues, porque... no quiero que se espanten o que vayan a pensar que estoy loco...</i>	IA, EA, BA, OR, HRF,HRS, MATJ

5.3.2.1 Si es muy estigmatizado

Los relatos de los médicos psiquiatras hacen notar, que al igual que los de los consultantes, la visita con el médico psiquiatra es “muy estigmatizada”, llevando, incluso, a los consultantes a solicitar que los médicos, no agregan en las recetas ninguna referencia de su visita con el psiquiatra. De Igual manera, los psiquiatras señalan que para los consultantes es muy inquietante el consumo de medicamento, ya que les amenaza la posibilidad de desarrollar una adicción. Acudir con el psiquiatra, expone a los consultantes a la posibilidad de ciertas pérdidas, ya que, debido a su estigmatización, señalan que corren el riesgo de “ser despedidos de su trabajo”, de quitarles la responsabilidad del cuidado de los hijos, por asumir, los incapaces. En este sentido, si bien, el consumo de medicamento posibilita, cierto alivio, por otro lado, precipita cierta exclusión de su entorno.

Póngamele otro servicio, que no diga psiquiatría, porque si Yo lo llevo con mi jefe inmediato me puede correr, me va a quitar el trabajo, me va a cambiar de funciones, me va a decir que estoy bien loco y que ya no puedo ejercer. Amenaza de empleo, amenaza de roles "ah, tu, como mamá, pues ya no los puedes cuidar entonces vamos a ver quién te cuide a ti y que cuide a los hijos, ¿no? porque tú no puedes cuidarlos, cuando la mujer realmente puede cuidarlos, puede atenderlos, pero la percepción del marido, de los hermanos es esa (IA)

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general describir y analizar las narrativas de pacientes que acuden al servicio de psiquiatría y de médicos psiquiatras sobre el sufrimiento emocional, destacando el papel que juega en ellas: los motivos, las atribuciones, el diagnóstico y el tratamiento recibido, y los efectos de su visita. En este sentido, se logró generar el espacio para darle voz a dos mundos, a los consultantes que acuden a consulta psiquiátrica por experiencias de sufrimiento emocional; y a la de los psiquiatras que atienden y ofrecen estrategias de alivio para este tipo de experiencias.

6.1 Palabras recurrentes en los relatos: El (des)encuentro del profano con el experto



1. A través de las palabras recurrentes en los relatos se sugiere que el encuentro entre psiquiatra y consultante corre por caminos paralelos que difícilmente se encuentran, e incluso difícilmente se cruzan. Por el contrario, desde la voz de los entrevistados, se sugiere que, en última instancia, la única opción de transitarlos es a través de un solo camino, el de la

psiquiatría, en donde como diría Nikolas Rose (2006), historias de vida, de lucha, de pérdidas, de tristezas, se reconfiguran como categorías psiquiátricas, e incluso se tratan como tales, quitando la posibilidad de construir cualquier sentido en torno a ellas.

2. Las recurrencias temáticas de los relatos de los entrevistados, evidencian, por el lado de los consultantes que, si bien, están permeados por ciertas coordenadas vinculadas a lecturas psiquiatrizantes, lo que insiste alrededor de la experiencia del sufrimiento, es una narrativa vinculada al romanticismo: los vínculos, la familia, las relaciones fraternas, las relaciones amorosas, la vida, la muerte, la felicidad; elementos que no se localizan en el organismo, sino que son parte de la experiencia de lo íntimo. Por el lado de los médicos psiquiatras, aparece una narrativa relacionada con el saber técnico, aquel que se reserva a intervenir sobre el organismo y, muy poco o nada, da lugar al cuerpo y a las coordenadas biográficas, sociales y culturales que lo atraviesan.

3. En este panorama general alrededor de los resultados obtenidos, vendría bien recuperar a Foucault (1992) que señala que, en toda sociedad y, en torno al discurso, hay cosas que están controladas, seleccionadas y redistribuidas, hay líneas de separación y exclusión, uno de los sistemas de exclusión lo llama, la “voluntad de verdad”, que determina proposiciones verdaderas o falsas. Esta “voluntad de verdad” emerge desde las instituciones, desde las disciplinas, desde los sistemas expertos; ya que estos ofrecen palabras que permanecen dichas, de igual manera que estaban todavía por decir; y, por otro lado, está “la verdad” que pertenece a una “exterioridad salvaje”, que esta fuera de la “voluntad de verdad”, “fuera de la policía discursiva” y, en este caso, fuera de la “policía del cuerpo”. Es entonces que los hallazgos nos invitan a pensar que el paciente acude al espacio de la “voluntad de verdad”,

al de la psiquiatría, en donde su verdad salvaje es poco, o nada escuchada, sin embargo, verdadera. Esa verdad institucional de las cosas dichas y por decir, ante el desconcierto vivido por las experiencias del sufrimiento, es recibida por medio de diagnósticos y fármacos psiquiátricos.

4. El Malestar, como señala Smith (2011), está bajo el dominio absoluto de la psiquiatría, convirtiéndolo en algo diagnosticable, en una enfermedad. Y este diagnóstico, señala Nikolas Rose (2013), no es sin efectos para quien lo recibe, ya que tiene efectos performativos, tanto para el médico como para el paciente. Para el primero, le permite organizar la historia del paciente en una narrativa, la cual modela un pasado y las orientaciones para el futuro. Para el segundo, que ha experimentado síntomas que están en el ámbito de lo difuso y transitorio, el diagnóstico redefine estos problemas, como una enfermedad, por consecuencia como una posibilidad de poder nombrar algo al respecto.

5. Los testimonios advierten que no es la primera vez que acuden a un médico para encontrar alivio para su malestar emocional, entre psiquiatra y médicos se realiza la búsqueda, sin embargo las evidencias delatan, posiblemente, nada nuevo, que la medicina contemporánea, particularmente la psiquiatría, es pragmática; la salud mental la reserva al sustrato biológico y deja de lado al sujeto de sus correlatos históricos, originarios, para anclarlos exclusivamente al cuerpo, y un cuerpo que, al parecer, solo es abordado mediante la bioquímica, dicho sea de paso, y desinterés por parte del mundo médico, se les despoja de mitos, de narrativas de sentido, solo se ofrece la pastilla como recurso de alivio, más aun, no queda claro, si además, con la intención de olvido.

6. El psiquiatra aparece como una opción, en algunos casos, como la última, en la búsqueda de alivio del malestar, sin embargo, lo que se lleva al consultorio, más que una serie de signos y síntomas que se necesitan para la configuración de un diagnóstico, los entrevistados, llevan historias de vida desgarradas por la violencia, por las violaciones, por las soledades, mismas que ponen en entredicho el sentido de sus vidas.

7. Las experiencias del sufrimiento se manifiestan a partir de una serie de sensaciones difusas depositadas en el cuerpo, o a nivel de lo subjetivo; sensaciones de soledad, de fracaso, de desesperanza, de desesperación, no poder dormir, insatisfacciones o sensaciones de no haber logrado algo, es lo que llega a la consulta psiquiátrica; sin embargo, estos se toman como síntomas que tienen que ser aliviados. Parece que el conflicto que los precipita está anclado, más que al organismo o a la bioquímica, a una biografía que transita por un sistema económico y social que cada vez ofrece menos referentes de fiabilidad y contención dejando a los sujetos a la deriva, perdiendo los anclajes que ligan con la posibilidad de vislumbrar futuro y el deseo de vivir.

8. La visita al psiquiatra, esta precipitada por la desesperación de los consultantes y/o las personas cercanas a ellos; de igual manera, por la recomendación de otros profesionales del ámbito de la salud: médicos generales, psicólogos, incluso nutriólogos. Los relatos de los consultantes y médicos psiquiatras son coincidentes en que la visita a la consulta psiquiátrica se presenta como una opción después de una serie de prácticas realizadas que no logran su cometido. Para los consultantes, la visita con el psiquiatra aparece como la última opción; por el contrario, los psiquiatras, si bien reciben a los pacientes después de un largo recorrido por una serie de intentos fallidos de alivio, ellos asumen que la

psiquiatría es la primera opción, sino es que la única, para tratar este tipo de experiencias. En este sentido la psiquiatría, no necesariamente, aparece como el referente fundamental para el alivio de estas experiencias. Sin embargo, ante lo difuso de lo que se experimenta, y ante lo imposibilidad de poder nombrar algo al respecto, el ámbito de la medicina en general aparece como un ente privilegiado en la búsqueda de alivio. Da la impresión de que los consultantes se enfrentaron a una carencia de espacios en donde se favorezca una escucha que brinde la posibilidad de historizar lo que les acontece. La gente llega hasta el psiquiatra porque nadie, al parecer, se detuvo a escuchar y a favorecer espacios de historización.

9. Los pacientes llevan una subjetividad quebrantada producto de una serie de fallas de su entorno social, cultural y biográfico que les privo de un “portavoz” que les ayudara a metabolizar las experiencias del entorno, asimismo que les ofreciera coordenadas mínimas para conducirse en la adversidad. Relatos relacionados con la soledad, la traición, el abandono, de un pasado doloroso que no termina de pasar, son reconfiguradas como enfermedades mentales, se construyen diagnósticos clínicos elaborados a partir de manuales que concentran un listado de signos y síntomas, pero que de la historia de los consultantes poco se puede decir. El diagnóstico aparece como el medio por el cual el psiquiatra legitima su productividad.

10. La psiquiatría patologiza y médica lo indeseable, opera bajo una visión maquínica de la existencia humana, dirigiendo sus esfuerzos hacia las intervenciones que, más que elaborar y construir un sentido, buscan anestesiar.

11. Los consultantes y los médicos psiquiatras coinciden en que las razones o explicaciones de lo que les acontece están ancladas a sus historias de vida; sin embargo, cuando al médico psiquiatra se le interpela desde su lugar como representante de un sistema experto articula intelecciones del sufrimiento como enfermedades del cuerpo que pueden ser curadas con medicamentos.
12. Visitar al psiquiatra, no necesariamente es garantía de alivio, tendríamos que preguntarnos los alcances del medicamento, que, si bien existe la tendencia a no seguir el tratamiento indicado, también es cierto, que los consultantes realizaron visitas a varios psiquiatras.
13. Es pertinente no perder de vista que, aun frente al prestigio que tiene la ciencia médica como uno de los principales referentes de lo tecnocientífico, da la impresión de que, en temas relacionados con el sufrimiento humano, poco puede hacer, la mayor aspiración es dormirlo mediante fármacos, sin embargo, en este tema sus intentos siguen perdiendo la batalla. Las personas toman el medicamento, pero su queja no está relacionada con el cuerpo, sino con “el alma”. No buscan que se les indique, ni se les prescriba, sino al parecer, que alguien los ayude a elaborar mediante la escucha, sus historias de dolor.
14. Tendríamos que ser cuidadosos de suponer que el conocimiento tecnocientífico ha capturado toda la experiencia relacionada a la existencia humana. Los relatos recuperados advierten un escenario en donde su fracaso es evidente. Ya que no es un saber experto lo que se necesita alrededor del sufrimiento, sino precipitar un saber respecto a lo íntimo vinculado a la historia personal.

CAPITULO VII RECOMENDACIONES

- Quedarían abiertas investigaciones para indagar la subjetividad de los psiquiatras; la historia de la subjetividad de los psiquiatras que ayuden a elucidar ¿qué de la subjetividad, qué de la persona del psiquiatra, se sostiene encubierta en el ejercicio de la profesión psiquiátrica?; ya que en este caso al psiquiatra se le abordó como un representante de un sistema experto e instancia disciplinaria.
- Ya que el dispositivo de psiquiatría, que además de medicalizante, no está puesto hacia la escucha del padecimiento existencial del sujeto, y que, por el contrario, su mirada está puesta sobre el organismo, tendríamos que indagar en emprendimientos que nos ayuden a pensar ¿cómo poder dar una escucha que pueda reparar eso que está puesto en el padecimiento existencial, y no solamente quedarnos en la discusión biomédica o bioquímica que trata de demostrar el profesionista
- Debido a que tanto médicos de otras especialidades, así como psicólogos, derivaron a los casos entrevistados al servicio de psiquiatría, sería pertinente indagar respecto a las condiciones y elementos que toman en cuenta estos profesionales para configurar esta decisión esta decisión.
- Sería pertinente indagar respecto a la medicalización de la práctica psicoterapéutica en donde elucidemos que tanto estos profesionales están realizando lecturas e intervenciones bajo este modelo médico de intervención

- Alrededor de las experiencias del sufrimiento, seguir apostando en emprendimientos que ayuden a seguir reflexionando, a la par que generando, dispositivos de intervención que aporten una escucha relacionada con la historización, centrados en un modelo de significados personales, y no en un modelo de salud-enfermedad.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Abad Miguélez, B. (2016). La producción socio-institucional de sufrimiento social. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.17583/rimcis.2016.1802>
- Aceituno, R., Miranda, G., & Jimenez, Á. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Anales*, 7(3).
- Adam, J.-M., & Lorda, C.-U. (1992). *Lingüística de los textos narrativos*. España: Ariel.
- Adams, W. E., Todorova, I. L. G., Guzzardo, M. T., & Falcón, L. M. (2015). “The problem here is that they want to solve everything with pills”: medication use and identity among Mainland Puerto Ricans. *Sociology of Health and Illness*, 37(6), 904–919. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12240>
- Aho, K. (2008). Medicalizing mental health: A phenomenological alternative. *Journal of Medical Humanities*, 29(4), 243–259. <https://doi.org/10.1007/s10912-008-9065-1>
- Alejandra Aquino. (2013). La subjetividad a debate. *Sociologica*, 28(80), 259–278.
- Althusser, L. (2003). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Fondo de Cultura Económica.
- Anseán, A. (2013). Psiquiatrización De La Vida Cotidiana . *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria En Salud Mental. Presentación.*, 223–242.
- Anzaldúa, R. (2004). La subjetividad en la relación educativa : una cuestión eludida. *Tramas* 22, 31–54.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Ávila, A. (2011). Dolor y sufrimiento psíquicos. *Revista Electrónica de Psicoterapia*, 5(1), 129–145.
- Azeredo, Y. N., & Schraiber, L. B. (2016a). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva, Buenos Aires.*, 12(1), 9–21. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.864>
- Azeredo, Y. N., & Schraiber, L. B. (2016b). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva, Buenos Aires.*, 12(1), 9–21. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.864>
- Bajtín, M. (1990). *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento*. Alianza Editorial.
- Bauman, Z. (1996). Modernidad y ambivalencia. In *LAS CONSECUENCIAS PERVERSAS DE LA MODERNIDAD* (pp. 73–120). España: Anthropos.
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z., & Dossal, G. (2014). *El retorno del péndulo*. España: Fondo de Cultura Económica.
- Baz, M. (2003). La dimensión de lo colectivo: reflexiones en torno a la noción de subjetividad en la psicología social. In *Tras las huellas de la subjetividad* (pp. 138–151). Mexico, DF: UAM-X, CSH.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: PAIDOS IBERICA. <https://doi.org/10.2307/2579937>
- Belmartino, S. (1987). Modelo médico hegemónico. *Jornadas de Atención Primaria de La Salud*. Retrieved from <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>
- Benjamin, W. (1991). *El Narrador*. Madrid: Taurus.
- Benyakar, M. (2006a). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante las guerras, terrorismos y catastrofes sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Benyakar, M. (2006b). *Lo disruptivo Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante las guerras, terrorismos y castastrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.

- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M. E., Aparicio, V., & Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Investigación original / Original research. *Rev Panam Salud Publica Rev. Panam Salud Publica*, 33(4), 252–258. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400003>
- Berman, M. (2013). *TODO LO SÓLIDO SE DESVANECE EN EL AIRE*. Anthropos.
- Bleichmar, S. (2006). Estallido del Yo, desmantelamiento de la subjetividad. *Topia*.
- Blima Schraiber, L. (2010). Acción Técnica y Acción Moral: El doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate. In *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de las mujeres* (pp. 11–26). Universidad de la República; UNAM, CRIM.
- Borgelt, E., Buchman, D. Z., & Illes, J. (2011). “This is Why You’ve Been Suffering”: Reflections of Providers on Neuroimaging in Mental Health Care. *Journal of Bioethical Inquiry*, 8(1), 15–25. <https://doi.org/10.1007/s11673-010-9271-1>
- Bourdieu, P. (1985). ¿Qué significa hablar? :[economía de los intercambios lingüísticos]. *Akal Universitaria*. <https://doi.org/L800.316 BOU>
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services 4th edition*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Brinkmann, S. (2014). Languages of suffering. *Theory & Psychology*, 24(5), 630–648. <https://doi.org/10.1177/0959354314531523>
- Briuoli, N. M. (2007). La construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales. *Historia Actual On Line*, 13(13), 81–88.
- Bru, G. (2016). Cristalizaciones discursivas en el campo salud mental: algunas observaciones a la luz de los estudios acerca de la medicalización. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, ISSN-e 0327-7585, N°. 79, 2016, (79), 3.
- Brunner, J. (1998). *Globalización cultural y posmodernidad*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de La Federación*, 1–31. Retrieved from <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Camargo, R. (2012). Dolor y sufrimiento no son sinónimos pero sin intrínsecos a la naturaleza humana. *Medicina*, 34(1), 25–39.
- Caponi, O., & Mendoza, H. (1997). Neoliberalismo y la Educación. *Revista Acta Odontológica*, 35(3). Retrieved from http://www.actaodontologica.com/ediciones/1997/3/neoliberalismo_educacion.asp,
- Cardona, A., María, A., Salgado, A., & Victoria, S. (2015). Investigación narrativa : apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *CES Psicología*, 8(2).
- Cassell, E. J. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Castoriadis, C. (1997). El Imaginario Social Instituyente. *Zona Erógena*, (35), 1–9. Retrieved from http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis_Cornelius_-_El_Imaginario_Social_Instituyente.pdf
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la Sociedad*. Mexico, DF: Tusquets.
- Castro, R. (2010). Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. In *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos*

- reproductivos de las mujeres* (pp. 49–72).
- Castro, R. (2016). Sociología y salud: nuevos desarrollos y desafíos pendientes. *Salud Colectiva*, 12(1), 5. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.856>
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 years of research on obstetric violence in Mexico. *Revista CONAMED*, 19(1), 37–42. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781&info=resumen&idioma=SPA>
- Castro Roberto & Alejandra López. (2010). *Poder médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. (Castro Roberto y Alejandra López, Ed.). MEXICO.
- Chodoff, P. (2002). The Medicalization of the Human Condition. *Psychiatric Services*, 53(5), 627–628. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.5.627>
- Clandinin, D. J., & Huber, J. (2001). Clandinin, D. J., & Huber, J. (in press). Narrative inquiry. In B. McGaw, E. Baker, & P. P. Peterson (Eds.), *Narrative*, 1–26.
- Comas, C. (2006). *LO SOCIAL DEL PADECIMIENTO SUBJETIVO: UN ESTUDIO DE CASOS SOBRE MOVILIDAD SOCIAL DESCENDENTE*.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.18.1.209>
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015* (Vol. 1). Baltimore: The Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Conrad, P., & Schneider, J. (1992). *Deviance and medicalization. British Journal of Criminology* (Vol. 21). Philadelphia: Temple University Press. <https://doi.org/10.2307/589347>
- Consejo, C., & Treviño, C. V.-. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos : Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Medigraphic Artemisa*, 11(1), 16–20.
- Cortés, R. (2011). Filosofía y subjetividad: Un epílogo. In *Modos de subjetivación* (pp. 265–271). Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- De la Garza Toledo, E. (2000). Subjetividad, cultura y estructura, 23. Retrieved from <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Mexico/dcsh-uam-i/uploads/20100518064934/garza.pdf>
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). The Discipline and Practice of Qualitative Research. In *The Sage Handbook of Qualitative Research* (Third edit, pp. 1–13). Sage Publicatios.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)
- Đukić, N. (2017). The society of anxiety. *СОЦИОЛОШКИ ДИСКУРС*, 3(5). <https://doi.org/10.7251/SOCEN1305021D>
- Elliot, A. (1997). *Sujetos a nuestro propio y multiple ser*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Erikson, E. (1985). El ciclo vital completado. *Paidós. Buenos Aires*.
- Fernandez, L. (2003). La subjetividad: opaco objeto de conocimiento. *La Subjetividad: Opaco Objeto de Conocimiento.*, 79–103.
- Foucault, M. (1976a). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedecine. *Educacion Medica y Salud*, 10(2), 152–170. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0016914009&partnerID=tZOtx3y1>

- Foucault, M. (1976b). La política de la salud en el siglo XVIII. In *Obras esenciales II*. Madrid: Paidós.
- Foucault, M. (1977). Historia de la Medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3–25. <https://doi.org/10.1016/j.angio.2014.05.001>
- Foucault, M. (1990). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. In La piqueta (Ed.), *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación* (pp. 93–120).
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Educación social. Revista d'intervenció socioeducativa*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Foucault, M. (2015). *El nacimiento de la clínica* (Tercera). Mexico, DF: Siglo XXI.
- Franco, Y. (2002). Vida y muerte en la cultura. *Revista de La Asocioacion Psicoanalitica de Buenos Aires*, XXIV(1), 99–110.
- Franco, Y. (2013). Hilflosigkeit, inseguridad. *El Psicoanalítico*, 12(¿Qué es inseguridad?).
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. Chicago: The university of chicao press.
- Freud, S. (2006a). 17a conferencia. El sentido de los síntomas. In *Obras Completas T XVI* (p. 461). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006b). 22 conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología. In *Obras Completas T XVI* (p. 461). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006c). De guerra y de muerte. In *Obras Completas TXIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006d). El malestar en la cultura. In *Obras completas T. XXI* (pp. 57–140). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006e). El porvenir de una ilusión. In *Obras completas T. XXI* (pp. 1–56). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006f). El Yo y el ello. In *Obras Completas TXIX* (p. 334). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006g). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas T XX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006h). La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna. In *Obras Completas T IX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006i). Proyecto de Psicología. In *Obras Completas TI* (p. 487). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006j). Psicología de las masas y análisis del Yo. In *Obras Completas TXVIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006k). Pulsiones y destinos de pulsión. In *obras Completas XIV* (p. 389). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2006l). Tres ensayos de teoría sexual. In *Obras Completas T. VII* (p. 314). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en Psiquiatría. *Cuadernos Médico Sociales*, 1–7. Retrieved from <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a25.pdf>
- Galende, E. (1992). *Historia y repetición*. Buenos Aires: Paidós.
- Gallo, J. (2011). *Psicoanálisis, investigación y subjetividad*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Geneyro Saldombide, S. C., & Tirado Serrano, F. J. (2015). EL JUICIO DIAGNÓSTICO EN BIOPSIQUIATRÍA: DE LA HERMENÉUTICA CLÍNICA A LA TRADUCCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA, 4(2015), 33–50.
- Gergen, K. (1991). *El Yo saturado Dilemas de identidad en el mundo contemporaneo*. España:

PAIDOS IBERICA.

- Giddens, A. (1991). *Modernidad e identidad del Yo El Yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Peínsula.
- Giddens, A. (1996). Modernidad y autoidentidad. In *Las consecuencias perversas de la modernidad* (pp. 33–72). España: Anthropos.
- Giddens, A. (2008). *Consecuencias de la modernidad* (cuarta). Madrid: Alianza Editorial.
- Goffman, E. (2001). *Internados Ensayos sobre la situación social de enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Guinsberg, E. (2006). Miedo en nuestro malestar en la cultura. *SUBJETIVIDAD Y CULTURA*, (24), 77–101.
- Habermas, J. (1989). Modernidad: un proyecto incompleto. *El Debate Modernidad Posmodernidad*.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What? Australian Geographer* (Vol. 30). <https://doi.org/10.2307/3005999>
- Hamui, L. (2016). ¿Cómo analizar las narrativas del padecer?: construcción de una propuesta teórico metodológica. *CONAMED*, 21(2), 60–65.
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica: liberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- Harvey, D. (2013). Breve historia del Neoliberalismo. *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Hasting center. (2005). *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades* (11th ed.). Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols.
- Herrera, M. R., & Rodríguez, G. J. (2014). El sufrimiento social como un problema de salud pública. *Archivos En Medicina Familiar*, 16–4(4), 73–81.
- Hornstein, L., Aulagnier, P., & Green, A. (1991). Cuerpo, historia, interpretación Piera Aulagnier, de lo originario al proyecto identificador. *Biblioteca de Psicología Profunda*.
- Horwitz C, N. (2004). El cambio de la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista Medica de Chile*, 132(6), 768–772. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000600015>
- Illich, I. (1975). *Nemesis Medica*. Barral Editores.
- Iriart, C., & Ríos, L. I. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad., 1011–1024.
- Izaguirre, G. (2011). Elogio del DSM-IV. In F. S. & A. Jerusalinsky (Ed.), *EL LIBRO NEGRO DE LA PSICOPATOLOGIA CONTEMPORANEA* (p. 384). Mexico, DF: Siglo XXI.
- Jaidar, I. (2003). Del alma, psyche y otros asuntos subjetivos. In *Caleidoscopio de subjetividades* (pp. 13–31). Mexico, DF: UAM-X, CSH.
- Kandel, E. R. (1999). A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *The American Journal of Psychiatry*, (April), 505–524.
- Klein, A. (2013). *Subjetividad, familias y lazo social*. Argentina: Manantial.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2000). La Vida Moral De Los Que Sufren Enfermedad Y El Fracaso Existencial De La Medicina. *Department of Anthropology. Harvard University. William James Hall. Cambridge, Massachussets (USA)*., 17–26.
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kraus, A. (2016). No Title¿Qué es ética en 2015? Nexos.
- Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1–4), 3–38. <https://doi.org/10.1075/jnlh.7.02nar>

- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D., & Curlin, F. A. (2015). Psychiatrists' and primary care physicians' beliefs about overtreatment of depression and anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 120–125. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000247>
- Le breton, D. (2004). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Le fur, A., & Grima, J. (1999). *¿Chicos de la calle o trabajo chico?* Buenos Aires: Humen/Humanitas.
- Lebovici, S., & Weil-halpern, F. (2006). *Psicopatología del bebé*. Mexico, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Londoño, D. (2013). LA DEPRESIÓN: ENCRUCIJADAS ENTRE LAS NUEVAS MODALIDADES DEL SER Y EL DISPOSITIVO FARMACÉUTICO D. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 278–297.
- López, A. E. G. (2010). PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES Presenta : Alba Esperanza García López Comité Tutorial :
- Lopez, O. (2016). Los significados médicos de las emociones en las enfermedades psiquiátricas en México La histeria y la epilepsia (1900-1930). In M. Ariza (Ed.), *EmocionEs, afEctos y sociología. Diálogos DEsDE la invEstigación social y la intErDisciplina* (Primera, p. 588). MEXICO: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 2016. 588 páginas : i.
- LYons, J. (1978). *The invnetion of the self*. London: Southern Illinois University Press.
- LYotard, J.-F. (1999). *La Condición postmoderna. Grandes obras del pensamiento contemporáneo*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Maglio, I. (1998). La medicalización de la vida como causa de reclamos contra la práctica médica. 58, 548–553. Retrieved from www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/.../Maglio_medicalizacion.doc%0A
- Martín, C., & Salamanca, A. (2014). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27(1), 2–4. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-445-8/00008-1>
- Martinez-Hernandez, A. (2013). Antidepresivos y neuronarrativas en la era del sujeto cerebral. In *XI Jornada de Debat de la Fundació Nou Barris "L'ús de la medicació, ús de la paraula. La clínica en la infància i l'adolescència avui"*. Barcelona.
- Martinez-Hernandez, A. (2016). La cerebralización de la aflicción. Neuronarrativas de los consumidores de antidepresivos en Cataluña. In *Periferias, fronteras y diálogos* (pp. 4346–4355). <https://doi.org/10.1093/neuonc/now260>
- Martinez, Á. (2006). La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, 43(3), 43–56.
- Marx, C., & Engels, F. (2000). Manifiesto del Partido comunista. *Editorial Progresos*. El Aleph.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... Aguilar-Gaxiola, S. (2003). RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO, 26(4), 1–16.
- Méndez, J. (1998). El neoliberalismo en México: ¿éxito o fracaso? *Contaduría y Administración*.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. In C. N. R (Ed.), *La antropología médica en México* (pp. 97–113). México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana. Retrieved from http://bidi.xoc.uam.mx/resumen_articulo.php?id=1442&archivo=4-71-1442vvh.pdf&titulo_articulo=La antropolog%EDa m%E9dica en M%E9xico. Situaci%F3n y perspectiva
- Míguez, H. a. (2005). El espejo de erised: determinaciones sociales del abuso epidémico de bebidas alcohólicas. *Seminario De Investigaciones Sobre Antropología Psiquiátrica*,

51(XVI).

- Molina López, J. A. (2011). El sufrimiento humano como experiencia personal y profesional. *Bioética*, 1–9.
- Murguía, A., Ordorika, T., & Lendo, L. F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(3), 635–651. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000009>
- Natella, G. (2010). La creciente medicalización contemporánea. In A. C.-E. Luchtenberg (Ed.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades* (p. 201). Buenos Aires: UNSAM EDITA.
- Nikolas Rose. (2013). What Is Diagnosis For? *Conference on DSM-5 and the Future of Diagnosis*, (June), 1–18.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. <https://doi.org/10.5294/1824>
- Obiols, G., & Segni, S. Di. (2006). *Adolescencia, posmodernidad y escuela*. Buenos Aires: Noveduc.
- OECD. (2017). ¿Cómo va la vida en México?, 1–9. Retrieved from <https://www.oecd.org/mexico/Better-Life-Initiative-country-note-Mexico-in-Espagnol.pdf>
- Olmedo, G. R. (2009). Medicalización, psiquiatrización... ¿despsiquiatrización? *Con-Ciencia Social*, 13, 17–39.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales*.
- Ortega, F., & Vidal, F. (2007). Mapping the Cerebral Subject in Contemporary Culture. *Reciis*, 1(2). <https://doi.org/10.3395/reciis.v1i2.90en>
- Patton, M. Q. (1992). *Qualitative research and evaluations methods. The Modern Language Journal*. <https://doi.org/10.2307/330063>
- Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría*. Ediciones LOM.
- Perres, J. (2003). La categoría de subjetividad, sus aporías y encrucijadas. In *Tras las huellas de la subjetividad* (pp. 105–136). Mexico, DF: UAM-Xochimilco.
- Popper, K. (2009). Science: conjectures and refutations. *The Philosophy of Science: An Historical Anthology*. <https://doi.org/10.1063/1.3050617>
- Reneses, M. (2015). *Malestares y patologías menores en una consulta de salud mental: biomedicina y subjetividad en tiempos de crisis*. Universidad de Castilla-la Mancha.
- Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y narración*. Mexico, DF: Siglo XXI.
- Ricoeur, P. (2006). LA VIDA: UN RELATO EN BUSCA DE NARRADOR. *Integrated Ferroelectrics*, 25(2), 9–22.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Boston: Sage Publications.
- Rivera, C. (2011). *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General*. (TUSQUETS EDITORES, Ed.).
- Rose, N. (2003). Neurochemical selves. *Society*, 41(1), 46–59. <https://doi.org/10.1007/BF02688204>
- Rose, N. (2006). Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *BioSocieties*, 1(4), 465–484. <https://doi.org/10.1017/S1745855206004078>
- Rose, N. (2011). Identidad, genealogía, historia. In *Cuestiones de identidad cultural* (p. 314). Buenos Aires: AMORRORTU.
- Rose, N., & Abi-Rached, J. (2014). Governing through the Brain: Neuropolitics, Neuroscience and Subjectivity. *The Cambridge Journal of Anthropology*, 32(1), 3–23.

- <https://doi.org/10.3167/ca.2014.320102>
- SALME. (2016). *Morbilidad psiquiatría y psicología periodo Enero Diciembre 2016*. Jalisco.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de*.
- Sartre, J. (2007). *La nausea*. Losada.
- Schraiber, L. B. (2010). Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate. In R. C. y A. L. Gómez (Ed.), *PODER MÉDICO Y CIUDADANÍA: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (pp. 11–26). Montevideo. Retrieved from http://www.mileschile.cl/documentos/biblioteca/579_academicas__academicaarchivo.pdf
- Sibilia, P. (2006). *El hombre postorgánico Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sibilia, P. (2012). *La intimidación como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Smith, D. (2011). A Sociological Alternative to the Psychiatric Conceptualization of Mental Suffering. *Sociology Compass*, 5, 351–63. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00369>
- Smith, M., & Jaffe-Gill, E. (2015). Social Anxiety Disorder and Social Phobia, (16/09/2015).
- Sparkes, A., & Devís, J. D. (2006). Investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte. In *Educación cuerpo y ciudad: El cuerpo en las interacciones e instituciones sociales*. (pp. 43–68). Medellín: Funámbulos.
- Spitz, R. (1996). *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica.
- Steiner, G. (2001). *Nostalgia del absoluto*. España: Siruela.
- Summerfield, D. (2008). Cross-Cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering. *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*, 233–245. <https://doi.org/10.1002/9780470713570.ch12>
- Taylor, C. (2012). *Fuentes del Yo La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos. Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Touloupas, N. (2013). “ Sufrimiento Y Psicoanálisis : ¿ qué Cura Para El Sufrimiento ?” In *Reunión lacanomamericana de psicoanálisis* (pp. 1–5). Buenos Aires.
- Traverso-Yépez, M., & Fernandez de Medeiros, L. (2005). The complexity of symptoms and meanings involving “nerves” in the Brazilian public health system. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1231–1243. <https://doi.org/10.1177/1049732305277858>
- Union, C. de diputados del H. C. de la. Ley general de salud (2017). Mexico.
- Vargas, L. (2003). ¿La subjetividad del sujeto o el sujeto de la subjetividad? In *Tras las huellas de la subjetividad* (pp. 61–78). Mexico, DF: UAM-X, CSH.
- Vásquez, A. (2015). AL CUESTIÓN DEL SUJETO: PSICOPATOLOGÍAS DEL YO Y LATRANSFORMACIÓN BIOPOLÍTICA DE LA SUBJETIVIDAD. *Nómadas*, 53–73.
- Vidal, F. (2009). Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of the Human Sciences*, 22(1), 5–36. <https://doi.org/10.1177/0952695108099133>
- Vilhelmsson, A., Svensson, T., & Meeuwisse, A. (2013). A Pill for the Ill? Patients’ Reports of Their Experience of the Medical Encounter in the Treatment of Depression. *PLoS ONE*, 8(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066338>
- Vino, N. A. (2014). Relato y construcción del Yo. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR*. Retrieved from <https://www.aacademica.org/000-035/57%0A>
- Winnicott, D. (2006). *Realidad y juego*. España: Gedisa.

9. ANEXOS

RELATOS DE LOS CASOS SELECCIONADOS

9.1 El origen

9.1.1 La infancia de los consultantes

ANTES DEL ENCUENTRO – INFANCIA (EL ORIGEN)			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
Vivía muchas cosas desagradables	La familia de la que Yo provengo	<ul style="list-style-type: none"> (madre) además ella fue una mujer que la casaron igual que a mí, mi abuelo la casó, es más la vendió, es la segunda vez que hablo de esto, se la vendió a mi padre. (...) Yo soy de un pueblo, y soy de una familia donde fuimos 13, mis padres son, uno de 1911; y mi madre de 1917, entonces ya con esas fechas, ya te podrás dar, una idea del origen y de la familia de la que Yo provengo. (...) Cuando mi madre muere, Yo tenía 8 años... 7 años, todos mis hermanos mayores se casan y se van; y Yo me quedo con mi papá; soy la hija número 13, la más chica, de todos... todos, todos (...) ... él no estaba de acuerdo, mi padre no estaba de acuerdo que Yo siguiera estudiando, (...) porque era un hombre inválido y requería totalmente de una atención (...) era una persona que estaba en silla de ruedas, y que requería de la atención de alguien-, y todos los otros 10 hermanos, pues ellos hicieron sus vidas, y ellos de alguna manera, nada más iban y veían que él estuviera bien, pero Yo siempre tenía esa parte, de la culpa y de la responsabilidad. Mi padre era un hombre muy obeso de unos 180 kilos, en una silla de ruedas enorme (...) ella (madre) falleció de muchas cosas. a la edad de 50 años. el hígado, el riñón, los pulmones, Yo creo ahora, sinceramente que además tenía una enfermedad sexual, una ITS, una infección, porque se le cayó todo el pelo. Yo me acuerdo, cuando Yo estaba chiquilla Yo la veía sin ceja, sin pestaña, sin pelo, con los pies hinchados, y con el abdomen así; porque no se podía agachar, Yo le tenía que poner sus zapatos sus medias, vestirla, ponerle desde su ropa interior todo, y Yo creo que no solamente era eso, eran otras cosas 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> Pues mi mamá iba al psiquiatra y Yo, mi mamá, o sea, ¡la metieron al San Juan de Dios. Me acuerdo de que Yo lloré cuando se la llevaron, y regresando estaba muy agresiva conmigo porque Yo soy la que estaba ahí, Yo soy la que la atendía entonces como que ella me dijo 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> ...nos peleábamos por una tortilla, por una ropa, por tonterías... pues es que ... éramos muchos. En total, los que vivíamos, éramos doce, fuimos en total 18, y Yo fui uno de los de en medio. el séptimo de allá para acá. 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> ...desde muy niña, siempre he tenido, como que siempre me ha señalado de ser un problema, toda la familia. Para ellos, siempre he sido muy problemática. (...) porque pues mi mamá siempre me dejó sola, se fue a trabajar. Somos 6, tres de mamá y papa, y tres solamente de mi papá. Mi papá se fue cuando Yo tenía tres años...no recuerdo, Yo no me acuerdo en que momento mi papá se fue de la casa Todo lo que hago, lo hago mal, siempre me lo han dicho. Todos, todos, tíos, abuelos, papá, mamá.....mi hermana también sufría de depresión, y una vez se quiso quitar la vida y mi mamá me dijo que Yo tenía la culpa por no haberla cuidado, es mayor que Yo, por 10 años. Yo tenía 12, ella tenía 22 años. tomo pastillas, nada más...y pues me salí de mi casa, a los 12 años. Ya no regresé, me fui a la calle Yo soy de Sinaloa, y a los 12 de años, me me vine de "raite" de allá para acá. En el momento bien, era una adolescente, no me importaba nada. total... me vine sin nada, en huaraches y un short -como allá hace mucho calor- porque aquí estaba, mi abuela, la mamá de mi mamá, y venía buscando Yo, ahora sí que refugiarme con mi abuela. Me vine nada más con la calle, como se llamaba la calle donde ella vivía y la colonia, nada más; y si di con ella. Pero igual, así como llegué, dormí una noche ahí, y mi abuela, pues era una alcohólica, y me empezó a decir muchas cosas de mi mamá; que mi mamá no me quería porque Yo era igual que ella y.... bueno, tome la decisión de decir, voy a la tienda y agarré rumbo, ya no regresé. me salí 	DYTJ

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>porque mi mama nunca hablaba con nosotros, mi mamá siempre fue seria. como que para ella no existíamos; para mí papa sí, porque el sí jugaba, mucho con nosotros, pero para mí mama, no. (...) los pleitos de mi papá y mi mamá se andaban divorciando. Cuando se separaron mis papás, ya nosotros nos fuimos con él, con mi papa y ya todo acabo. Yo tenía como unos 12 años, y pues ya me casé, Yo bien chiquita, a los 15 años, por los problemas de mi papá y de mi mamá, que se divorciaron, nos quedamos solas y Yo todo el tiempo me peleaba con mi hermana la más grande; Yo creí que me iba ir mejor casándome y no, fue peor.</i> 	MJ
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Canadá, de Montreal, mis papás se vinieron huyendo del frío. Yo tenía 12 años cuando nos venimos: 1960. nos criamos solas. soy muy poco sociable, porque mi hermana y Yo nos criamos solas. Vivíamos a 30 millas de Montreal... y... en un área de 40 hectáreas... con un bosque muy grande, y mis papás no tenían amistades. (...) muy poco... a patinar... esquiar ahí en la casa, cerca de la casa ... ¡Solas!!! (...) lo que no comprendo es porque mi mamá aguanto tanto (...) tenía 43 años (la madre), en 1963, Yo tenía 15 cuando ella falleció, por eso me case tan pronto. Porque era muy difícil la relación con mi papá. (...) pos... resultó mejor... mil veces mejor....</i> 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>¡7! (hermanos) todos separados por todas partes. Yo crecí con el más chico, los últimos dos; del último hombre con el que estuvo mi mamá fuimos 4; 2 se las quitaron familiares, de mi papá, y se las llevaron para Reynosa, y dos nos quedamos con ella, porque vieron que ni mi papá ni ella, eran personas preparadas para criar hijos. Pues su madre murió cuando ella nació, mi abuela, pero tenía una hermana gemela, esa hermana gemela estaba soltera y se tuvo que hacer cargo, de mi mamá, entrecomillas, porque no la mando a la escuela, no la cuidó, no nada... nada; mi mamá no sabía leer ni escribir, no sabía cuidarnos...</i> 	GETJ
Abusó de mí		<ul style="list-style-type: none"> • <i>...mi mamá, pues teniendo hijos y trabajando; mi papá no trabajaba y era un... mi papá nos violó a todos, a todas; era un violador. A todas, Yo fui la última, y siempre estuve con mucho coraje, porque como se llevaron a mis hermanas, chiquitas y a ellas no les pasó eso, y a mis otras dos hermanas mayores sí, y a mí: siempre tuve mucho coraje por eso (...) Yo pienso que han de ver sido... tenía entre 6 y 7 años. Como (de) unos 2 años, a lo mejor de más chica, tal vez, me manoseaba, no sé, pero no lo recuerdo. Yo recuerdo cuando me violó, eso lo recuerdo, a partir de ahí.</i> 	GETJ
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>un señor que le ayudábamos a cuidar una a casa, y el abusaba de nosotros, de mi hermana y a mí.(...) un tío nos tocó, a mi hermana y a mí, una vez... (...) con lo de mi tío, ese día que estábamos dormidas, y el tío se metió a la cama de nosotros, le fuimos a hablar a mi papa, mi papa lo levanto bien enojado, y lo saco. pero ya de lo otra vez, no. Yo sentía que era mi culpa.</i> 	MJ
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>si le batallé de chiquito pues, fui violado muy chiquito, (...) la primera vez no me acuerdo como fue, nomás me acuerdo que al chavo le pego muchísimo su mamá, delante de... de varia gente que había, estaba mi papá, mis hermanos y.. un vecino... pero el chavo, ya era mayor, tenía unos 25 años...no me acuerdo, pero sí tendría menos de 6 años (el entrevistado) (...) después ya en segundo, ya otro como de 20 años, ese si tengo el nombre: Carreto. Era un alto flaco él y.... en el salón, tengo las risas de los compañeros, como..... pero pues. como 8 (años tenía el entrevistado), iba Yo en segundo de primaria. (...) como 20 (años tenía Carreto), pero es que anteriormente en el pueblo, iban niños grandotes y chiquitos a la misma escuela de Guerrero. Entonces pues sí, fue muy duro... (...) ... porque Yo siento la... la violación ya nunca pude decir nada a nadie. Me las guardé.... entonces si..., si le he batallad.</i> 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>(a los 12 años) ...una persona me ofreció "raite", me drogó, abuso de mí, a lo mejor, Yo conscientemente, no puedo decir: me violó, porque pues estaba drogada. Me hizo fumar, de este que fuman en un foco, cristal. si! pero ya no me importaba nada, ya no me importaba nada, por eso digo no puede decir que me violó, porque total...</i> 	DYTJ
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¡no!, me pegaban. te digo, es más, todas estas cicatrices son de golpes de mi papá (...) ¡Si! (se quiebra la voz) (...) con lo que encontraba, incluso un día me colgó..... (silencio, rompe en llanto) "parecía piñata"... mi mamá dando de gritos... ¡ay no! ¡luego me encerraba en cuartos...Fue horrible!!! horrible !!!(continua el llanto) horrible... Yo siento que él traía mucho odio en su corazón (padre) (...) incluso mis hermanos ahora en diciembre que se</i> 	FR	

	El maltrato de mi familia	<p><i>juntaron unos, me platicaban, más chico, me decían; " es que... alegan que le pegaron a fulano más a tal, a zutano le pegaron" - dice- "No!" "al que te pegaron fue nomas a ti" - "y Yo alegaba eso, y les hice ver el porque te fuiste de la casa porque ya no aguantaste"...</i></p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>la situación que Yo vivía, en casa, se vivían muchas cosas muy desagradables: padre alcohólico, violento, agresivo (re)</i> 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Mi papá, creo que era bipolar, nada más que en aquel entonces no se le diagnóstico. (...) era alcohólico... (...) Era un poco violento" muchas cosas...como estrellar platos contra la pared, y.... se enojaba, levantaba los cubiertos a la luz a ver si estaban limpios. levantaba los vasos a la luz, a ver si se habían pulido bien...</i> 	CA

9.1.2 La vida adulta de los consultantes

ANTES DEL ENCUENTRO – ADULTEZ (EL ORIGEN)			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
Yo me imaginaba que todo iba a ser muy padre	He tenido pérdidas muy constantes	<ul style="list-style-type: none"> he tenido pérdidas muy constantes, (...); amigas se han muerto muchas, y la última acaba de morir hace dos años; han sido unas pérdidas muy grandes para mí; la persona que Yo quise mucho, un hombre que quise mucho también murió de una manera intempestiva, inesperada, lo mataron; y eso fue para mí terrible. Lo mataron, Yo me moría casi, no, no, no; (...) hace 10 años 11 (...) Yo, hasta la fecha, ya tengo como, apenas tengo como dos años que no lloro, pero siempre le lloro mucho. Y luego se vino de ahí una... y curiosamente una escalada, perdidas y perdidas y perdidas... con él, lo vi un sábado y lo mataron el martes... una señora ya grande, me cuidó a mis hijos chiquitos cuando iba Yo a la escuela, cuando empecé a estudiar otras cosas, ella me apoyó mucho. Mi vecina de la casa, así en frente, una señora con la que Yo logré hacer una buena relación con ella y su familia, me habla un día su esposo que está muy enferma, en la noche y... nada más me cruzo, está agonizando la mujer, entonces también murió, a los pocos... a los dos años muere otra vecina ahí a un a lado, llega mi hijo.. mamá ven, porque parece que a Lupita de dio un infarto, y ahí vamos corriendo, y pues resulta que también la mujer muere y... luego una amiga, compañera mía de la maestría, y muy querida, también salimos de la maestría, y en la noche muere... de esas cosas que dices, pues que pasa... ella tenía lupus, se le complicó; ese día fue un sábado que salimos de la normal, porque dábamos clases en la normal, en la maestría, y el domingo me hablaron sus hermanos que había muerto en el transcurso de la noche, entonces también fue para mí un golpe; y mi amiga de hace dos años, de cáncer, también estuve con ella acompañándola todo ese proceso, y fue una mujer muy importante en mi vida porque me apoyó mucho, cuando Yo entre a trabajar aquí, hicimos una muy buena amistad, y también esa muerte a mí me dolió mucho, son pérdidas, 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> (...), estaban avisando que tú mamá se había muerto, y que quería que te acompañaran, dice ... ¡¡Yo me entere como a las dos de la tarde... Tas' mal!!! le digo. agarramos un coche en la misma ciudad de ahí, y nos fuimos a ver una tía, y voy viendo... "ya valió madre, entonces sí es cierto" (...) mi mamá también sufrió mucho, por lo de la diabetes (Sic), que antes no tenía remedio...y pues Yo me, Yo batallé mucho con por ella, porque a mi me la dejaban en México, en los hospitales; a veces, nos quedábamos a dormir afuera de los hospitales porque no nos dejaban entrar... y bueno. Fue un batallar de la vida. (...) dije... en la madre!!, dije: vete al demonio. y fui hablé con mi papá lo que había pasado... no, pues, no. nomás se murió... fue normal, dice... se le paró el riñón... no sé, pero bueno... Agarré mis cosas, lo que pude, me fui. ya no supe jamás. hasta que vino (inaudible) ...De cáncer... no, ya no tiene remedio, le digo: "entonces porque no me lo entregan, esa cama la necesita otra gente; no, a mi entréguemelo, me lo llevo (...) al pueblo... pero cuando llegamos al pueblo, le quitaron el suero, le quitaron para que llegará, ¡¡y mi hermano el maYor se enojó muchísimo que porque dice que Yo lo mate!! Si mi papá no se murió ese ratito, mi papá se murió hasta 5 días después... de... del, de lo que llegó a la casa. pero Yo, incluso no se ni dónde está enterrado, ni mi mamá, ni mi papá. ya se murió ya no tiene caso... (...) porque tuve dos hermanos que sí, uno se dio un balazo, y el otro se colgó, (...) por esas depresiones... Yo pienso que, si fue muy duro, mucha violencia en la casa, pues. ¡Justino! (expareja)... murió como hace 10 años. Incluso, incluso me hablaron ese día una prima, me dice: -"ya supiste" -, le digo: ¿De qué?, "se está muriendo Justino"... "estas locas", le digo, ¿pus no que estaba muy bien?... -"no, ya se está muriendo" me dice. Le hablo a mi hermano, y me dice. "¿y tu como lo supiste?" le digo: me hablo Olivia, que se está muriendo, ve a verlo, a ver que paso. ¿Pa' qué?... a chillar a una persona que... que me jugo rudo. ¿Una persona que, según él también me quiso? eso fue una tortura muy fuerte (...) él nunca se quiso atender y tenía diabetes. y la depresión lo mató, porque le vino un infarto del dedo del pie que se lo iban a cortar y... ahí comenzó todo. ya no quiso vivir, pues. 	FR

		<ul style="list-style-type: none"> no...Yo tuve una pareja de muchos años, que se fue a vivir a Hermosillo, por cierto que ya murió también, y cuando se fue.. no manches!!! traté de no chillar delante de mi familia, me salía Yo, me emborrachaba y chillaba por allá, hasta que terminaba de chillar ya me regresaba, y siempre en alto, de que " tu puedes y tú puedes". 	
		<ul style="list-style-type: none"> ya había fallecido mi padre; en mi estancia acá, en los primeros años, fue cuando falleció mi mamá; Yo pensaba traerla a vivir conmigo, pro no fue posible, murió de cáncer, quería traerla conmigo, estaba esperando a que me dieran una casa, así paso 	GETJ
	Violencia	<ul style="list-style-type: none"> una noche no llegué a dormir, y me dijo (hermana mayor): " en donde estabas"; y le dije en donde estaba, Yo confiando en que podía ayudarme y orientarme; y le dije sabes que, Yo no me quiero casar; me dijo, no, pues te vas a casar, aquí no puedes estar así, porque si no Yo le voy a decir a mi papa, y les voy a decir a mis hermanos, lo que estás haciendo.... puta, pues entonces me casó, y, me casó y pos me casó (...) no te quiero... me imagino que, lo que ella quería decir, pues no te quiero así, sin ser virgen, sin ser señorita, y a lo mejor unas cuatro letras, aquí en la casa, una puta, la verdad. tengo la escena, tan grabada esa escena curiosamente nunca se me ha borrado(...) fíjate que paso esto y esto;(…) fíjate que anoche no vine a dormir, por esto; y voltea ella (la hermana), con una cara así de sorpresa, y de enojo; una mezcla de las dos, me dice: cómo es posible que hayas hecho eso, pues si lo hice por eso no vine, pero Yo te quiero decir algo, no me quiero casar; no pues te vas a casar y te vas a ir de aquí, porque Yo así no te quiero en esta casa; y mis hermanos, y mis hermanos tampoco te van a querer; y mi papa se va a enterar si tu decides quedarte aquí. Entonces Yo me sentí como... sentí que tenía que irme; aquí ya no hay nada, en ese momento se rompe mucho dentro de mí y hasta la parte esa dé la familia también; como que se estrelló algo ... era un bombardeo por todos lados, pero el decía que no, el decía que Yo estaba loca, y hubo un momento en que si sentí que estaba loca, dije: ";cuál es la realidad"?, es eso, o soy Yo, o es mi imaginación, que me está pasando, y dentro de esa locura que Yo empecé a sentir, lloraba, y lloraba y lloraba, y lloraba, y ya en la facultad mis amigas me decían , "no, es que no te sientas así, mira que no sé qué, tu estas bien, bla bla bla", pero pues Yo no vivía con ellas, Yo vivía en otro lado.. una violencia física y una agresión física muy fuerte, todo eso costo. (...) del pescuezo, me agarro un día en el baño, me estrujó, afortunadamente me puede salir, 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> Uh, muchas cosas que Yo si siento sus corajes, genio, su maltrato, no me pega, pero emocionalmente, que no me comprendió. Si se queda uno mucho. 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> Recuerdos de la infancia de mi hijo; de cuando era niño, su papá era muy golpeador, abusivo, con los dos; pero pues ahora que veo las cosas claras, pues el mayor abuso fue con él; lo golpeaba por cualquier cosa que hiciera. (...) Yo también fui golpeada y abusada. 	GETJ
		<ul style="list-style-type: none"> había pasado por muchas cosas hasta peores, ya eso no me importaba. para mí lo peor es el maltrato de mi familia, que no me quisieran, ya que más da que otra persona llegara y tocara mi cuerpo. No me importaba. Yo no tenía el apoyo de mi mama, Yo no podía decir, quiero dejar a Regino, y quiero que tú me apoyes, porque no lo iba a hacer, todo el tiempo ha sido de señalarme a mí, a mí; es que tu esto, es que tú lo otro, más nunca ven lo bueno de mí, pues. (...) porque él me golpeaba. es que él era muy canijo, a él le gustaba tener muchas mujeres... (...) muy grave, porque el sí me llevo a dejar muy lastimada. Moretearme mi cara, reventarme la boca, cosas así. (...) era una basura de hombre (otra pareja); era un alcohólico. (...) Pues que era muy agresivo, llegaba a los golpes... ay, no sé, era muy enfadoso. nos golpeábamos, porque nunca me deje, nos golpeábamos los dos. cuando estaba él tomado la verdad no sé, nunca, no sé qué es su problema, pero es que Yo nunca me he dejado, (...) pues si, él, vaya, él era de los que llegaba bien borracho, y me decía, ábreme, y le decía, traes dinero, me decía: ¡No!! sobre todo, el fin de semana, no, no traigo dinero, ¡ah! Entonces no vas a entrar, y empezaban los problemas: empezaba a golpearme la puerta, hacer todo un desorden, (...) Yo siempre me defendí del otro, Yo nunca me dejé de que me diera un solo golpe. 	DYTJ

		<ul style="list-style-type: none"> • Pero si le he batallado a que Yo soy más fuerte que eso, de que digo: Yo quiero esto y lo he logrado pues... de que ha habido, ahorita en mi actualidad me acosaron, un cabrón. había un chavo como de 20 años, no... no conocía, vive en el barrio y cada que Yo salía y andaba medio mariguanillo, me... "pinche joto, me caes gordo" me gritaba, pero de lejos, no cerca; y pues la gente se salía a asoma que a quien le gritaban, y me valía gorro. pero un día me hartó y me regresé.... • tratamos de esconder siempre lo... él trato de defenderme, Yo lo defendía a mi manera, porque había un tío que Yo iba..iba con él a veces, y el tío estaba en la casa de él.. y comenzaba el cabrón...- "no, ya te dije que no te acuestes con este joto, que esto y que tanto"y le decía, - "cálmate, cálmate tío, si él es, es su problema, nosotros somos cuates, y punto"- ya lo callaba, o se metía el papá.." (...) pues este de que era... este... gay, No... lo suponían pues...Pues así era la gente anteriormente... porque a un joto no lo podían ver ni en pintura. Y Yo traté siempre de ser una persona recta, pues... Yo siento que, si es un problema, porque no te dejan ser, y Yo más siendo casado y teniendo hijos... no voy a poderme abrir nunca, abiertamente, decir, soy gay, tengo mi pareja, vivo, con alguien o quiero vivir con alguien... • Muchísimas!!!, desde que la... el mundo no te acepta, esa es la primera, que siempre están detrás de ti hablando pendejadas, y son tus amigos a veces los mismos que hablan de ti, pero en realidad no saben, 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> • todo el tiempo peleaba con mi esposo. discutíamos, él me pelaba mucho, me trataba con palabras fuertes (...) que era una de las peores, y puro de eso, me decía malas palabras, "eres una hija de tu sabe cuánto", traes herencia y así, todo el tiempo así me trataba (...) (divorciarse) lo intentamos, pero él siempre se arrepentía, que no, que siempre no, que era su culpa, que él sabía que los problemas eran por su culpa, y Yo volvió otra vez a estar con él y así. me separe de él como dos veces, e iba y me buscaba y Yo regresaba, porque el decía que iba a cambiar, pero no cambiaba, seguía igual? ya cambio, ya no me ofende, pero sigue con su carácter, luego, luego se enoja, nada más, pero ya no me pega 	MJ
		<ul style="list-style-type: none"> • mi mamá también sufrió mucho, por lo de la diabetes (Sic), que antes no tenía remedio...y pues Yo me, Yo batallé mucho con por ella, porque a mí me la dejaban en México, en los hospitales; a veces, nos quedábamos a dormir afuera de los hospitales porque no nos dejaban entrar... y bueno. Fue un batallar de la vida • y me voy a trabajar y necesito dinero. necesitas dinero hasta para, este, los calcetines, Yo que sé. nadie te va a llevar diez pesos a tu cama... estamos de acuerdo. Y esa es la vida, y es lo que a mi me ha levantado, 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> • ay, muy mal, me sentí muy frustrada, me sentí muy desanimada, me sentí muy devaluada, me sentí como que Yo no era... no tenía el valor que Yo creí que tenía, y que esperaba que también él me diera, me sentí muy... con una minusvalía, que Yo ya venía, arrastrando desde mi casa, desde mi padre porque no era una relación así muy agradable con él, y empecé a sentirme con el marido igual, de la misma forma, de tal manera que cuando mi hija la grande nació, Yo me quise ir, a Zapotiltic; y ya fui con mi papa y le dije, "papá, ya no quiero estar casada, Yo no puedo vivir con él, necesito que me ayudes", y me dijo "no, yo no te voy ayudar, regrésate, tienes que estar allá. Yo no te voy a ayudar. La casa, tu casa está allá, con tu hija y con tu marido", eso fue a la mitad de la carrera. Yo sentía que el mundo otra vez se me venía encima y decía, "que voy a hacer, no hay nadie que me ayude, no hay nada, que voy a a hacer, la chiquilla no estaba planeada, se vino el embarazo, hújole, dije, que voy a hacer, ¿qué voy a hacer? y él me dijo, salte de la escuela... bueno, el punto de con mi padre fue, Yo no te voy a ayudar, no te vas a divorciar, te vas a quedar allá porque Yo aquí no te quiero, y menos con una niña.... me volví a sentir sola, muy triste, muy desamparada, no tenía a donde irme, y porque necesitaba también un espacio, no nada más por ellos, por mí también, porque fue una manera de... me convencí Yo sola de que tenía que quedarme ahí por conveniencia, una conveniencia económica, se paga un precio, lo pagué. (...) él trabajaba mucho, el duraba noches que no iba a la casa, y pues para mí era toda una soledad (...) situaciones muy desagradables y que después Yo dije "bueno y porque estoy ahí todavía", pues porque no tengo a donde chingados irme, entonces pues ahí me quedo, y ahí sigo. 	RE

	Era muy difícil	<ul style="list-style-type: none"> Nadie... nadie, nadie, nadie. me la llevaba a la escuela, me la llevaba, pero Yo ya no podía, porque eran las levantadas a las 5 de la mañana, con el moisés, y con los biberones, me iba en taxi. Ya había noche en que decía, no puedo, Yo con esto 	
		<ul style="list-style-type: none"> era muy difícil... o trabajaba de prostituta o me moría de hambre, entonces era muy muy difícil trabajé en un bar... de bailarina. (...) me prostituía, Yo tomé la decisión, insisto, realmente una mujer, con un trabajo en una fábrica, no puede tener una vida, más que vivir al día, porque es pagar una renta, pagar luz, pagar agua, el comer, el tener que vestirse, el comprarse unos zapatos; la verdad con un trabajo de una fábrica, uno no vive; una mujer, no sobrevive, y una pareja, tendrían que trabajar los dos para poder sobrevivir con ese dinero. primaria, nada más tengo la primaria (...) se solicitan damas de piso y fui ahí, y el gerente de ahí, igual muy linda persona, porque Yo era menor de edad; él siempre se portó muy bien conmigo. Siempre me cuidó muchísimo; me hizo bailar, me dijo: para que ganes más dinero, y no tengas necesidad de subir a cuarto, y así; y Yo: ok. Y ya me puse a bailar. Si después. pero si ya después subí a cuarto, pues es que has de cuenta que la prostitución se maneja todo mundo va a un consultorio de sanidad a revisarse a hacerse estudios de estar bien (...) Tienen que estar sanas. No es a un hospital, es a un control de sanidad propio del medio (...) de todo lo que tiene que ver con infecciones. A los 17 años no podía ir, tenía que ir ya cumpliendo los 18. Yo tomé la iniciativa. Yo acepte empezar a subir a cuartos. para eso fui a sacar mi tarjeta de sanidad, y todo, y poder subir a cuartos, no tener ningún problema (...) puedo decir que Yo he tenido más de 200 hombres en mi vida sexual, tenía todos los días que comprar en la calle, porque pues no tenía donde cocinar, era muy complicado. Mi hijo el grande siempre era como que bien consiente; siempre le ha tocado batallar conmigo, más que el chiquito, porque el más chiquillo apenas se daba cuenta. con cobijas dormíamos. Pues ya después conocí a una persona, y me junté con esa persona. me junte con un soldado, era una vida de, a lo mejor estaba a gusto porque estaba sola; pues él se iba y regresaba, pero pues igual fue muy pesado, porque el sí me golpeaba; él no le podía levantar la mano porque tenía más fuerza de plano que ...decidí venirme a Tijuana otra vez, el seguía con su alcoholismo; Yo haciendo lo mismo, peleando a cada rato; llegar sin dinero, Yo tenía que trabajar, tenía que pagar guardería de los niños, que pasajes, que mis hijos comer, a veces que tortillas con pura sal, Yo les freía y eso comían mis hijos; pues me enfade otra vez y me vine para acá, regrese a trabajar a un bar... 	DYTJ
		<ul style="list-style-type: none"> No da dinero, entonces Yo empecé a trabajar; a mí no me costaba trabajar, y Yo empecé a pagar lo de la casa. (...) Porque Yo tomé el mando por mensa. tiene un hijo gay, dice que era algo que no se esperaba, parece ser que, si intuía, pero que para ella, es muy doloroso, y que al día de hoy lo sigue siendo, se enteró hace 6 meses, está yendo con una psicóloga para trabajar eso 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> Yo estaba enfocada a trabajar, de hecho, descuide mucho a mi hijo, por eso, porque me enfoque mucho a trabajar, sí. (...) lo dejaba solo, lo dejaba con alimentos preparados, con instrucciones, de 10 años. me sentía mal, pero pues sabía que tenía que trabajar, porque llegamos nada más con nuestra ropa, además mi primer hijo, no es de mi esposo, Yo había tenido un matrimonio anterior, entonces me sentía más obligada todavía a trabajar; le decía, sabes que tengo que trabajar, pórtate bien; el desde muy chico presento una conducta bien rebelde desde muy chico, muy hiperactivo, muy rebelde, desobediente, hasta la fecha, pues sigue con su consumo, con su adicción pues pienso que no graves porque se curaron (infección de transmisión sexual), gracias a dios, no fue nada grave, no recuerdo los nombres, gracias a dios pude recuperarme, siempre me atendí, siempre perdone, siempre me aguante, de que volviera a ocurrir otra vez, porque fue recurrente, Yo me preguntaba, ¿por qué hago eso?, y llegue a la conclusión de lo que Yo quería, lo que Yo quería, era mantener a la familia, ya habíamos tenido a la niña, ahorita tiene 19 años, Yo quería que nuestra familia, se mantuviera unida, lo que Yo no tuve, quería tener; porque mis padres no vivieron juntos, mi mamá nos llevaba a que nos cuidaran, nos cuidaran mientras ella trabajaba, entrecomillas, así es, Yo pienso que cuando vivió con él con mis hermanas, las hijas de mi mamá, ósea mi 	GETJ

		<p><i>mamá se pudo dar cuenta de algo de lo que pasaba entonces decidió vivir aparte, pero pues nos levaba de todas maneras; no tenía opción, sin familia, sin dinero...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>desarrolló la adicción, claro que no me di cuenta, hasta los 16, hasta después, porque se salió de la escuela, por su conducta, por las mentiras, porque tomaba cosas, dinero; entonces mi esposo me ayudo a pues a buscarlo porque luego, no venía a la casa, y ya una mamá de un compañero de él, le dijo, su hijo andaba igual; sabes que dice están haciendo esto, se están drogando</i> 	
		<ul style="list-style-type: none"> <i>ya nosotros nos fuimos con él, con mi papa y ya todo acabo, pero fue muy poquito tiempo porque ya Yo me casé, de quince años, y ya empezó, salí de una, para empezar con otra, problema, peor, tuve a mi hija a los quince años, casi los 16, y luego ya la siguiente la segunda y la tercera, las tuve seguiditas. ya después la cuarta y la quinta.</i> 	MJ
	Tuve que casarme	<ul style="list-style-type: none"> <i>y ese día me fui con él, lo vi y nos quedamos a adormir juntos, y al otro día me dijo que me quedara a vivir con él, Yo le dije sí. Eran unos momentos en los que no me importaba nada, lo único que quería, era como sentirme protegida, tener una estabilidad, no lo sé; y pues ahí me quede en Puebla con él. a los 18 años. (...) ya después conocí a una persona, y me junté con esa persona. me junte con un soldado, era una vida de, a lo mejor estaba a gusto porque estaba sola (...) pues me tuve que juntar, ahora sí, que lo vi más de obligación, porque pues ya no hallaba la puerta, ya no estaba a gusto ahí, pues fui a, ahora sí que a venderme, prácticamente (...) pues me dolía, pero pues... siempre estaba sola y es bien difícil, tomar una decisión; es bien difícil no poder agarrar el teléfono, y decir; mamá ayúdame; o papá necesito tu ayuda, o hermana, o algún tío, o no sé, es muy difícil, el no tener más que amistades y amistades, que siempre lo van a mal aconsejar a uno.</i> 	DYTJ
		<ul style="list-style-type: none"> <i>en ese momento me sentí muy mal, me sentí el mal, en el sentido de no protegida, no apoyada, no... está bien te quieres ir.. Yo era lo que esperaba; no te quieres ir no te preocupes, aquí te quedas, sigue en la escuela, porque Yo pretendía seguir en la escuela, y ella fue lo que me dijo: no hay manera de que sigas estudiando mi papa ya no quiere que hagas nada más en la escuela, entonces te vas a salir de la escuela. vas a terminar la prepa y te vas a queda aquí; y tú te vas a encargar de todo, y no me gustó la idea. entonces se me presenta esa oportunidad y me voy, me caso (...) tuve que casarme; ¡fue así, tuve que hacerlo!! tiene que ver con una cuestión cultural, Yo ahora que ya estoy, poquito, no un poquito, más de otro lado, me doy cuenta de que eso tenía que ver con la cultura;</i> <i>Yo me imaginaba que eso padre se iba a traducir en acciones como, Yo te voy a cuidar Yo te voy a proteger, Yo voy a estar contigo todo el tiempo, lo que tu hagas está bien, Yo voy a estar de acuerdo, porque Yo quiero que tu seas feliz. Y Yo también y bla, bla bla. ese castillo empieza, de alguna manera, a tomar otra forma, no era lo que Yo esperaba. ya desde ahí...</i> 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> <i>No. Yo me case por una persona que Yo quería mucho, porque el me exigía que me casara... y fuimos amantes. que...? 10 años, 12, 15... sí, sí en Guerrero.... pero él...él... si... bueno, tratamos de esconderlo siempre.</i> 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> <i>y pues ya me casé Yo bien chiquita, a los 15 años, por los problemas de mi papa y de mi mama, que se divorciaron, nos quedamos solas y Yo todo el tiempo me peleaba con mi hermana la más grande; Yo creí que me iba ir mejor casándome y no, fue peor, porque todo el tiempo peleaba con mi esposo. discutíamos, él me pelaba mucho, me trataba con palabras fuertes.</i> 	MJ
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Yo sentí que el empezó a mentirme, Yo le decía que él me decía mentiras, y él decía que no, y a mí me costaba mucho trabajo querérmelo cachar con las manos en la masa, porque entonces Yo pues ni siquiera manejaba, ni salía ni conocía Guadalajara. Con las manos en la masa porque me ponía los cuernos desde entonces, porque él tenía una amante antes de casarnos. (...)Empecé a recibir llamadas de ella y él me decía que no, él me decía que eran mentiras mías, él me decía que todo era una imaginación mía, y que no era cierto, y por otro lado, mi suegra me decía, vimos a la niña... era un bombardeo por todos lados, pero él decía que no, él decía que Yo estaba loca, y hubo un momento en que si sentí que estaba loca, dije: "cuál es la realidad"", es eso, o soy Yo, o es mi imaginación, que me</i> 	RE

	Me jugo rudo	<p><i>está pasando, y dentro de esa locura que Yo empecé a sentir, lloraba, y lloraba y lloraba, y lloraba, y ya en la facultad mis amigas me decían, "no, es que no te sientas así, mira que no sé qué, tu estas bien, bla bla bla", pero pues Yo no vivía con ellas, Yo vivía en otro lado. (...) me ponía los cuernos desde entonces, porque él tenía una amante antes de casarnos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>el empezó a tener una relación con alguien, con otra persona, con una mujer muy joven; más joven, si muy joven. pues Yo creo que, entonces Yo te estoy hablando que Yo tendría unos 45 años, y la mujer tendría 30, más joven en comparación conmigo, y eso me dolió mucho también (...) muy mal, me sentí, avergonzada, ridiculizada, porque todo mundo sabía, menos Yo, todos los que estaban ahí sabían, la mamá sabía, el papá sabio, de ella, todos, incluso, Yo después a ella me la llegue a encontrar en otros lugares, Yo andaba con mis hijos, y haz de cuenta que me hacía de la vista gorda, Yo. fueron</i> 	
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Me venía sintiendo triste, por infidelidad de mi esposo; todos los años que viví con él, fueron 21, me di cuenta de que él era un hombre... que tenía problemas, que le gustaba el sexo, con mujeres de afuera, pues algunas veces me trajo algunas infecciones, pienso que eran mujeres que no eran limpias, pagadas, prostitutas, Yo creo... descubrí a mi esposo que había tenido que ver con una novia de mi hijo, fue entonces cuando me empecé a poner triste, primero enojada, luego triste. Me volví a sentir enojada y triste, una mezcla bien fea; ya en ese momento, ya no era por lo que me hubiera hecho a mí, como mujer, sino por mi hijo, porque no tenía límites este hombre. (...) él se empezó a ver con mi sobrina, hija de mi hermana, y tuvieron algo (...) me restaba importancia, este hombre ve otras cosas en otras mujeres, ósea entonces no lo ve en mí, no soy suficiente entonces, me decía a mí misma, todas esas cosas, ¿qué paso, en que falle? para el colmo de mis males, a ese hombre Yo nunca le fui infiel, en tantos años, eso también me dolía;</i> 	GETJ
		<ul style="list-style-type: none"> <i>¿Pa' qué?... a chillar a una persona que...que me jugo rudo. Una persona que, ¿según él también me quiso? eso fue una tortura muy fuerte (...) Justino, pues ... ese si me lastimo hasta la madre... pero fíjate que... a pesar de que, lo que hizo... no lo odio. (...) una traición, porque lo que hizo no fue... no fue de amigos, simplemente. si Yo hubiera hablado la boca, decir la verdad, explicárselo como fue la relación.</i> 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> <i>la infidelidad con una prima, y que cambien decía respecto a la infidelidad, no necesariamente culpaba a la mujer, sino más bien hacia responsable al marido, y decía... sí tengo que matar a alguien mataría a mi marido; y que ya no quiso seguir insistiendo en el tema de los reclamos respecto a esa infidelidad, porque parece ser que esta prima era muy allegada a la suegra de la mujer entrevistada, entonces parece ser que iba a haber un conflicto de intereses y opto por renunciar y ya no seguir insistiendo y dice que a partir de ahí su matrimonio se ha venido empeorando.</i> <i>Uno de ellos era la infidelidad de su esposo, a lo que refiere que ella algún tiempo se fue a trabajar estados unidos por cuestiones de deudas, y ella advertía que su esposo tenía ciertas prácticas con una prima, una prima del esposo entonces ella se llega a enterar y al momento que regresa lo confronta, al preguntarle que fue lo doloroso de eso, dice que no necesariamente fue la infidelidad sino, lo doloroso es el orgullo, y es una frase respecto a que fue envidia lo que sintió, y dice que normalmente en las infidelidades, lo que se pone en juego es la envidia, porque parece ser, dice que la amante envidia a la esposa, por ser la principal, y la esposa envidia a la amante ante la duda de porque esta con ella y no con la esposa o con ella misma, entonces dice que eso es un dolor muy significativo y que hasta ese momento había sido uno de los dolores más, más grandes de su vida. También</i> 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Pero siempre, siempre, o me roban, se llevan dineros, se llevan cosas que Yo tengo ahí de valor; siempre me han pagado mal, pero ni modo, así es la vida, la gente no sabe ser agradecida, nadie es agradecido.</i> 	DYTJ

9.1.3 La formación de los médicos psiquiatras

RELATOS			
ANTES DEL ENCUENTRO – LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS PSIQUIATRAS			
TEMAS	CATEGORÍAS	CITA DEMOSTRATIVA	CASO
Trabajo con el enfermo	Así lo aprendí	<ul style="list-style-type: none"> • La especialidad la hice en la Ciudad de México, por parte de la UNAM, en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Es un hospital psiquiátrico de mucha tradición, tiene muchos años aquí en México. Cuando se derrumbe, se derrumba la Castañeda como sistema manicomial de pre-, se construye este hospital en los años sesentas, y es ahí uno de mis maestros de psiquiatría en la carrera de medicina estudió ahí, él me dio como la oportunidad de conocerlo • Pero fue difícil porque llegando ahí habíamos más, más aspirantes, había solamente 15 lugares y éramos alrededor de 40. Entonces se hizo otra selección. Llegué, el hospital tiene dos opciones de ingresar: aspirantes, la primera vuelta que le llaman, la primera opción. Eligen a los que ellos consideran los mejores candidatos. Bajo criterios académicos, en las entrevistas que hacen, nos guían a seis, siete entrevistas con personal de ahí: psiquiatras, psicólogos, de ahí del hospital; de Salud Mental de la UNAM también allá nos entrevistan. Y todo va girando a entrevistas y más que exámenes de conocimiento, es entrevista. (...), no queda muy claro los criterios ¿Siempre queda la duda de ¿"por qué a mí sí y al otro no?" " Quién sabe. Supongo que buscan no patologías severas, o no disfunciones severas de la persona. (...) No sé, quizás psicopatías, no sé, adicciones severas. Me imagino, digo, eso es lo que... • No, fíjate, en el Fray Bernardino Álvarez inicia el primer año de la residencia, todas las guardias son en el área de urgencias psiquiátricas y ahí tenemos pues, más residentes de más años que nos van asesorando, ¿no? pero realmente el trabajo es prácticamente solo. Digo, si tenemos ciertos apoyos y hay que recurrir a ellos en un principio: los primeros tres meses del primer año de residencia estamos más asesorados, mucho más cuidados, hay alguien que constantemente nos está monitoreando, y Yo creo que más que nada en el conocimiento teórico es más bien en cómo entrevistamos. Nos empiezan a facilitar la entrevista con el paciente agudo, el agonizado, el que viene a urgencias. • Nos acompañan, estoy Yo y está el otro residente de mayor jerarquía, de más años y ellos nos van ayudando y si hay alguna duda se le comenta al encargado de urgencias, que ya es un psiquiatra egresado, formado, y ya nos va apoyando. Yo tuve la oportunidad de que el primer año el médico encargado ya estaba egresado y se metía con nosotros a las consultas, y también nos iba dando ciertos tips, ciertas guías... no sé, nos va guiando, nos va acompañando en el proceso de aprender. • Es muy desgastante. Es muy pesado, es mucho trabajo, nos incorporan a guardias, guardias de 24 horas cada tercer día y eso va generando toda una serie de desgaste en los cuatro años que uno la va haciendo. Y a la par hay cursos, hay clases, hay exámenes, hay trabajo en los servicios que nos asignan de manera matutina, también se tiene que trabajar ahí, por las propias políticas del servicio. • Así lo aprendí. En el Fray Bernardino Álvarez hay un sistema de consulta externa, donde se ve al paciente por primera vez y se le da una cita obligatoria a la semana. • Es decir, el protocolo inicial del hospital es a la semana, después de esa semana está a criterio clínico del médico. • Porque en seis meses...bueno, es que la formación psiquiátrica involucra mucho uso de fármacos entonces seis meses se vislumbra que ya puede haber cambios a nivel cerebral que sugestionan mejor y que pueda haber mejoría, a seis meses. • A criterio clínico del médico. Ya si se ve a la siguiente semana, a dos semanas, a tres o a cuatro. Lo que si se recomienda o lo que Yo aprendí es no más de cuatro semanas. • Y ya de ahí el caminito que la guía nos dice es muy facilito, porque ya está estructurada la guía. Pero son guías, no son obligaciones, son guías de referencia 	IA

		<p>de la práctica clínica del psiquiatra...no lo hacen ver así, y creo que tiene su utilidad, porque bueno, han tenido mucha experiencia y han atendido es</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • bueno de la formación como médico... como médico cirujano y partero como muy cuadrada... muy .. este... de síntomas y signos y síndromes y que esto forma este diagnóstico: y que le vas a dar este tratamiento porque es lo que tiene, mira las pruebas de laboratorio lo dicen o hay un ... (no se entiende el audio 02:33).... y ya en psiquiatría era, no ósea: el tiene a lo mejor una depresión, pero esto no se ve, ósea en ningún laboratorio lo vas a ver, o en ninguna tomografía o resonancia va a salir... y esta paciente está sufriendo y... Yo así como, a ver que... perate (sic), pero... pero... como...voy, voy manejar esto, como lo voy a tratar; y de pronto también esa parte que no era tan cuadrada o que era más subjetiva .. y de pronto también que se enfrentaba con l...las propio... los propios demonios, si se puede decir así, de uno... las situaciones personales que no... a lo mejor no estaban trabajadas. y que sí, en la residencia, se nos... invito como a trabajar... en la terapia • bueno de la formación como médico... como médico cirujano y partero como muy cuadrada... muy ... este... de síntomas y signos y síndromes y que esto forma este diagnóstico: y que le vas a dar este tratamiento porque es lo que tiene, mira las pruebas de laboratorio lo dicen o hay un ... (no se entiende el audio 02:33).... y ya en psiquiatría era, no ósea: él tiene a lo mejor una depresión, pero esto no se ve, ósea en ningún laboratorio lo vas a ver, o en ninguna tomografía o resonancia va a salir... y esta paciente está sufriendo y... 	EA
		<ul style="list-style-type: none"> • Si, exactamente, hay como esta categoría, o incluso hay un código que, pues no nos gusta mucho, que es el trastorno psiquiátrico no especificado, cuando no tiene ni idea de qué es, se usa ese código. (...) No, y por ejemplo Yo aquí a los residentes que están en formación no les permito que tengan ese diagnóstico, al menos debes tener una orientación por dónde va el cuadro, y en ocasiones si pecamos en encasillarlos, pero en la mayoría de... • Pues tiene como su doble filo: por un lado, a los residentes en formación Yo si les pido que vayan haciendo un checklist, ¿por qué? porque se están familiarizando con todos los términos, pero también conforme van avanzando en su formación, pues es riquísima esta experiencia humana. • Desde el entrenamiento cuando Yo era residente pues veíamos esa parte y pues también a lo largo de la práctica. Aunque también hay que reconocer que no todos los psiquiatras llegan como a ese entendimiento, aquí si depende mucho también desde la corriente, hay unos que son más biologicistas, y nos quedamos a nivel de neurotransmisores, hay otros que son más... 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> • además del manual, digo, las pruebas, a nivel... la clinimetría se llama, son encuestas, por ejemplo, de depresión, encuestas de psicosis, encuesta de consumo, de abstinencia, de consumo de sustancias, la experiencia clínica que uno va adquiriendo por la formación 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> • ¡Jamás! ¡Jamás es suficiente! ósea Yo no pudo creer que alguien exclusivamente eh... con una pastilla mejore su... seríamos demasiado reduccionistas al pensar que nada más una pastilla va a mejorar la depresión. • Yo conozco todavía psiquiatras muy biologicistas que es como pues ya, todo se reduce a como cualquier otra enfermedad; ¡da el tratamiento que va a mejorar el proceso fisiológico y ya está! • definitivamente mis maestros en donde Yo hice la residencia, si nos decían mmm... si solo te vas a dedicar a prescribir, probablemente te pueda ir bien. Vas a tener un cierto porcentaje de gente, porque dentro de todo si hay gente, es curioso, si hay gente que dice a mí no me gusta hablar de mis cosas ósea a mí nada más dame la pastilla para dormir bien o la pastilla para tener buena energía, pero en realidad • Yo sí creo que el DSM es mucho más práctico pero así es para mí. Los veo ósea, es más, digo cuando salió el DSM 5. Que es el más reciente; lo he leído por que si hay algunas cosas que cambiaron y es interesante ver cómo fueron cambiando pero, son eso no? Yo ya no hago como en la residencia, que estas aprendiendo y si no palomeas. 	MA

		<p><i>Yo no hago un diagnostico así. Tenía un maestro y se lo agradezco muchísimo que nos decía: "ustedes no van a ver enfermedades. Van a ver enfermos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>pero mis maestros me dijeron que el tema del contacto físico no? tienes que ser como muy precavido, no abrazar a veces al paciente, así...</i> 	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>digamos es aplicar el método científico, en Medicina, la mayoría de las cosas tienen que ser, Yo pienso que por eso se hace énfasis, hablando de que quito las separaciones, ¿no? pero psiquiatría no todo es tan cuadrado como las demás especialidades, donde 2+2 tiene que ser 4, eh... nos sirve, me sirve, nos sirve mucho para él tener una estructura, no, para saber. Hay muchos modelos de medicina, en México que son más tradicionalistas es el paternalista donde al paciente va y tiene que recibir o a lo mejor no su diagnóstico pero recibe su tratamiento, y cómo se llega al tratamiento, pues obviamente recabando información, revisando estudios, etc. etc. Y específicamente en el ámbito de psiquiatría a lo mejor esa formación no es cien por ciento fidedigna; a lo mejor hay muchas especialidades si es más confiable.</i> 	CA

9.1.4 El quiebre desde los consultantes

ANTES DEL ENCUENTRO – COMPLICACIÓN (PUNTO DE QUIEBRE)			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
Ya ando, hasta la madre de tenso	Yo no entendía qué me pasaba	<ul style="list-style-type: none"> porque empiezo a tener de trastornos en el sueño, mis hijos, ya para entonces ya todos habían nacido, tuve tres hijos, dos mujeres y un hombre, es varón el más chico, y en ese entonces, pues había una carga de hijos, me puedo expresar así, "carga!! porque si era una carga, una carga emocional, por parte del esposo. una carga en el sentido, de que no sabía que iba a hacer con mi vida (...) me case de 18 años, (...) , alrededor de 40, empezándome ya a los 40, empecé. (a ir al psiquiatra) (...) pues mientras pasan un montón de cosas ahí en la relación de matrimonio; me empiezo a dar cuenta de lo que es el matrimonio; empiezo a generar un montón de ansiedad en el matrimonio, no era lo que Yo pensaba (...) lloraba mucho Yo, lloraba mucho, lloraba y lloraba, lloraba; eras una frustración total, que empecé a ir porque me sentía mal, no dormía, y lloraba, mucho (...) Yo tenía seguido palpitaciones que se generaban a veces del enojo con él, y me bajaba la presión, me sentía muy mal, me sudaban mucho, mucho las manos, de repente se me olvidaban las cosas, de estar contenta, pasaba a un estado completamente diferente, de enojo de ira, se me olvidaba por ejemplo la responsabilidad con mis hijos; se me olvidaban en la escuela.(...) Yo sola; así sola y mi alma en todo el mundo, me sentía así, ay, qué voy a hacer. empecé a ir porque, me sentía mal, no dormía, y lloraba, mucho; y ya me dijo Miguel, me diagnostico con una depresión profunda, crónica y bla bla bla; me empezó a dar prozac. 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> pero Yo después de una operación que tuve de ovarios y matriz, se me vino una depresión muy fuerte. No me dieron, como para controlar esa parte de hormonas y Yo tuve que ir al psiquiatra. Yo asustadísima porque pensé que era lo mismo. Fui primero con el doctor Orozco, con él estuve tres años cautiva pero no salí adelante y después. Si. Yo a la semana, Yo ya empecé, estaba Yo en el templo y empecé llore y llore y llore y llore, y estaba el doctor conmigo, qué es amigo, y decía ¿"qué te pasa?" (...) Después Yo en mi casa me la pasaba acostada, completamente acostada; veía tele, pero como si no la viera, todo como que estaba muerta en vida. O sea, Yo no entendía qué me pasaba, decían que estaba metida bajo tierra, que no sabían... No me quejaba, pero nada más uno se siente uno muy solo, muy triste y muy sola. (...) Yo, ósea, sentía mucho la muerte, ¡es horrible! Todo el día es "me voy a morir, me voy a morir" es una... Si. No que me iba a matar, nunca pensé que me suicidaría, eso no, pero que la muerte ya estaba en mí en cualquier momento Yo... A mí, hay varias cosas: primero, no me gusta la soledad, para mí la soledad es tremenda... Dejé de bañarme, se me fue el apetito; ósea otra vez, no tan fuerte como la primera vez, porque ahorita no estoy anémica (...) tenía que tragar las cosas, se me atoraban aquí, porque no pasa el alimento cuando uno no tiene gusto, por el alimento se atora aquí en la garganta bien feo, tiene que estar uno, tomé y tome agua; y es horrible comer sin apetito, horrible, horrible, luego en las mañanas me despertaba con esas imágenes que le decía, de ver a mi hijo maltratado, no quería despertar en las mañanas. 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> lo mismo que traigo arrastrando de la gripa, ya tengo 20 días, estoy igual, me siento igual, me siento cansado, no me duermo, es que Yo cuando me agarra me agarra una depresión, trato de no, que entre todo. (...) La siento, principalmente cuando la espalda, ya no la aguanto, y comienzo a vomitar... ya cuando comienzo a vómito y vomito ya, osea ya, es que ya estoy hasta el tope. (...). la espalda es mi señal, de que ya ando hasta la madre, de estres, de .. de depresión de que... ese sueño que ya me estoy cayendo... es más, hay sábados o domingo que, ya no puedo con ese sueño, y tengo frio, y tengo eso, voy a la cama y me acuesto, me quedo dormido cinco minutos, y me vuelvo a levantar, "parate", me meto a bañar y vámonos, vamos a caminar, salte o vete... (...)pues no duermo, es otra, y ahorita que, toy viéndome, me están saliendo ronchas. pero ya es... que ya ando, hasta la madre de tenso. 	Fr
		<ul style="list-style-type: none"> cuando mi estado de ánimo cambio repentinamente, cuando empecé a sentir palpitaciones una mañana al llegar al trabajo, no podía respirar, me sentía angustiada y desesperada, y con mucho miedo, (...) ya había dejado de comer, ya había dejado de trabajar, ya había dejado de bañarme, había dejado de hacer mis quehaceres cotidianos, ya no pensaba vivir, ya había bajado mucho de peso, estaba anémica, ya me costaba trabajo sostenerme, y no habían encontrado que era; cuando esa doctora me dijo que tenia que ir con una especialista, pues 	GETJ

		<p><i>inmediatamente busque. ya no podía sostenerme, física, y emocionalmente; porque Yo en mi mente Yo ya no me veía en el futuro, ya no, ya mis pensamientos era, por ejemplo: le voy a arreglar una falda a mi hija porque cuando Yo no este, ósea quien se la va arreglar.(...) quería, por ejemplo: inyectarme algo o quería tomarme algo, no se, morir instantáneamente, ya no quería seguir viviendo, ya no (...)bien desesperante, nada mas de repente acostada en el sofá, me empezaban las palpitaciones fuertes y salía, y salía a tomar aire y no podía respirar, y bueno... (suspira) una desesperación tremenda. (...) me venía sintiendo triste, por infidelidad de mi esposo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>desde los 16 años más o menos; una experiencia muy dura.... lo más duro (llanto) que me ha pasado en la vida.... es un es una cosa muy fuerte, muy pesada, porque, la culpa me persigue, de hecho Yo durante años que estuve yendo a los grupos de apoyo familiar para adictos, Nar - anon -, y alanon, descanse mucho, y pensé superado esto, pero ahora que caí otra vez en depresión otra vez la culpa me despierte por las mañanas.</i> 	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>porque me deprimía. pues me dolía, pero pues... siempre estaba sola y es bien difícil, tomar una decisión; es bien difícil no poder agarrar el teléfono, y decir; mamá ayúdame; o papá necesito tu ayuda, o hermana, o algún tío, o no sé, es muy difícil, el no tener más que amistades y amistades, que siempre lo van a mal aconsejar a uno.</i> • <i>porque tuve un problema con él, vaya Yo no quiero a su familia!!!, su mamá es muy imprudente, y el día que nos casamos, todo estaba bien; el día que nos casamos me empezó a decir que su hijo no era un hombre que tomara una decisión, que la decisión de casarnos la había tomado; a lo mejor sí, a lo mejor sí, porque si es cierto, él no toma la iniciativa para nada, para nada, para nada; si Yo le digo, oye vamos para allá: Ok;</i> • <i>ya empezaron los problemas, Yo a enojarme, una vez que me estaba diciendo es que tú, y es que no sé qué, es que tu odias a todo mundo; y Yo, no es que no, Yo odio a la gente pendeja; le digo es que Yo odio a la gente pendeja, la verdad, y tu mama es una pendeja, así de fácil, tu mama es una señora ignorante, que porque cree que porque está en Estados Unidos, y que ya vivió muchos años allá, y que porque ella tiene papeles, y es ciudadana y la fregada, ya se siente superior al mundo entero, le dije, y no es así; me doy cuenta, porque si hay algo que tengo, o que la vida me ha enseñado, a lo mejor, o la calle, es a ser muy observativa; y ver a una persona, y decir, esta persona no, esta persona si, y así, soy muy selectiva, por eso no tengo amistades. Soy muy desconfiada en algunas cosas, en otras no; ahora todo lo que me ha pasado en la calle, me ha llevado a tener un gran defecto, a darle en la mano a todo el mundo, aunque después me den una patada; porque pues cuando Yo andaba así; nadie fue y me dijo que ocupas, Yo te cuido a los niños, no me pagues, ósea... nada. y ahora que puedo decir que estoy más o menos en una altura bien, si le echo la mano a todo el mundo, aunque me paguen mal.</i> • <i>tengo seis meses viniendo con la doctora. porque me deprimí porque empecé a tener problemas con mi esposo..... es que... él no acepta sus errores, igual que mi papá y mi mamá me señalan a mi ante todo, entonces me deprimí, y quise buscar ayuda. no tenía ganas de hacer nada, más que estar acostada, no hablar con nadie, bloquearme; me corte el cabello. por coraje, nada mas así; agarre con unas tijeras a cortarme todo el cabello, si.... acabe con mi cabello largo!! hace seis meses.</i> 	DYTJ
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>por depresión...porque, antes tenía depresión y Yo decía me quiero morir y me quiero morir, y ya, Yo decía pobrecita de mis hijas, como las voy a dejar solas, y le echamos ganas. Yo me fui sintiendo así, desde que mis hijas se fueron casando, de que ya me hacían falta en mi mesa cuando comía, ahí fue donde me fui para abajo, porque nada más con ellas contaba, con ellas convivía. con mi esposo no porque siempre fue muy seco, y peleonero, y pues porque ya no hay por quien echarle ganas, antes cuando estaban chiquitas por ellas Yo le echaba ganas, pero pues ya todas están casadas ya ellas ya no dependen de mí, se me hace fácil, este.. tirarme a dormir todo el tiempo, no hacer nada. Esta vez que me trajeron aquí, ahora mi hija, porque tenía una semana tomando pastillas y no me levantaba, ya, ya estaba acostada. me las tomé porque mis hijas se pelearon, discutieron, y sentí que era mi culpa.</i> 	MJ

	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la sugerencia de los maestros porque Yo me quería dedicar a la terapia clínica, así como profesionalmente, entonces tome esa porque, además respecto a todo lo que Yo iba aprendiendo, como que iba haciendo un poquito de más conciencia de mi situación, de mi situación emocional, me estaba dando cuenta de mí, de lo que era, de lo que, estaba cambiando en mí. • lloraba mucho Yo, lloraba mucho, lloraba y lloraba, lloraba; eras una frustración total, pero empecé a beber.... encontré en la bebida una salida muy padre, me encanto, porque eso mitigaba mucho gran parte, de mis emociones. cuando Yo empecé a ir con él empecé a sentirme bien, pero ya nada más iba por el medicamento con el psicólogo estábamos trabajando, era psicólogo gestaltista, ya sabrás... • Yo fui a alcohólicos anónimos, y voy cuando me siento, ahora sí que digo, estoy abusando, y esto no me va a llevar a nada bueno, ya sé a dónde ir. y voy me aplasto en las sesiones, y si puedo participar participo. • trabajo, con otras alternativas, por ejemplo, eso de Yoga, hacer ejercicio, una buena alimentación, salir con gente que verdaderamente me agrada, disfrutar en la calle, por ejemplo, salir a un café, sentarme en un café, 	Re
Tengo que saberlo manejar	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno, estoy yendo, bueno, los lunes tenemos espiritualidad con los jesuitas, como que eso me ha ayudado a entender quién es Dios, porque Yo renegaba y sigo renegando, pero... • Yo ya después si voy a, con psicólogas; ahorita estoy yendo con psicóloga, si, pero (...) amiga que está yendo con la psicóloga, y Yo en ratos me siento triste y digo "tengo que saberlo manejar" 	MC
	<ul style="list-style-type: none"> • fui a ver a un homeópata, ahí también me agarré chillando, me acorde de muchas cosas y, me dice "es que traes una cosa de años atrás y todo" • A muchos psicólogos, pero no... nadie le ha dado... remedio para, o algún.... y Yo siento que ya se cerró el ciclo. pero No!, vuelve... de repente retoña... • y trató y tomo, estoy tomando chochitos para los nervios y todo eso... • la verd... tú me has hecho muchas más preguntas que los otros psicólogos, porque la última que fui con blanca, nomás me oía y oía, y Yo hablé y hablé, y llore y llore, y hable y hable. Como que ella.. pienso que ella quería que sacara todo, y ya... y no era eso.. 	Fr
	<ul style="list-style-type: none"> • y pues fui a visitar médicos, a varios por cierto, para que encontraran cual era la razón de esa desesperación; no encontraban que era; nada, hasta que llegue con una doctora, y me dijo que estaba sufriendo de una depresión profunda... Visite , al gastroenterólogo, dos médicos generales, estuve en el hospital de aquí de rio, general se llama, que no me dijeron que tenía, nada más me pusieron una inyección, y me dijeron que el corazón no era. Fui a ver un nutriólogo (risas); le busque por todas partes (...) estuvimos yendo posteriormente con psicólogos a terapias familiares... con la psicóloga, con la psicóloga, aunque no, no, no es así como esto que he hablado; tiene unas hojas ella ahí para, como unos test, quiere saber por ejemplo ella, cual es el pensamiento que me lleva a tener la ansiedad, para enfocarse en eso. 	GETJ
	<ul style="list-style-type: none"> • ya luego me mandaron a hacer un estudio, un electroencefalograma, y a lo que a mí me dijo el psiquiatra, que lo recuerdo muy bien, que me dijo: es que, en tu cabeza, haz de cuenta que es un arbolito de navidad, tiene muchos foquitos, y los de tu lado derecho, funcionan correctamente, pero los de tu lado izquierdo, funcionan muy muy rápido, eso fue lo que él me dijo. como nueve años • pero como Yo, al principio todo el medicamento lo pone como que mal a uno, no? entonces, Yo lo tomaba y mi mamá se daba cuenta que Yo dormía todo mucho, que me mareaba el medicamento; entonces ya no quiso que lo tomara, ya nunca me llevaron con el psiquiatra, hasta después Yo, un día, ya no me quise levantar como muchas veces que me pasa; pero como mi hermana sufre de depresión, ella me llevo al hospital psiquiátrico, y ya el doctor dijo que Yo tenía un desorden de personalidad, no dijo qué, entonces me dio medicamento, después.. • pues hace como seis años; y pues ya, estuve tomando, me tomé todo el montón de pastillas que tenía ahí para quererme morir, mi hermana me vio. porque me duele que mi mamá no me quiera. (...) ya una vez lo intente, tome pastillas, pero muchas, muchas pastillas. antidepressivos, y no sé si sean tranquilizantes, no sé qué sean. • ahorita lo volví a tomar, bueno es que, desde muy chica, mi mama me llevaba con psicólogos, y el psicólogo, me mando con el psiquiatra... 	DYTJ

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>y pues ya mi hermana me llevo al hospital a que me hicieran un lavado, y de ahí, me llevo al hospital psiquiátrico, y ahí estuve internada 9 días. mm, se siente uno tranquilo estando ahí adentro (risas), ahí no hay problemas de nada.... ahí está uno bien a gusto... pues si (risas), porque uno esta relajada, aunque el doctor que me bastaba viendo, me hizo sufrir mucho, porque... pues él dice que... bueno él me dijo que Yo tenía un trastorno límite de personalidad. otro diagnostico; pues porque fui una prostituta, y he tenido muchísimos hombres en mi vida sexual, y para él, una mujer normal no tiene más de tres hombres en su vida.</i> • <i>no estoy bien al 100 por ciento, sé que si tengo un trastorno... pues en si no sé, por qué. después me dijeron que era un trastorno de personalidad emocional inestable. y pues aquí la doctora Jiménez ella si me dijo que era eso, que, si soy muy inestable, y si pues tengo muchas, muchas cosas en mi cabeza, que me hacen tener altibajo.</i> 	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lo que pasa es que Yo fui a dar, como Yo trabajaba, fui a dar al hospital San Juan de Dios, esa vez porque me dio un pánico, y la segunda vez... me internaron. y la segunda vez porque me tome una pastilla, inconscientemente me las tome. Para dormir, todo el tiempo es para dormir, para dormir. Me la daban en el seguro, porque Yo tenía pesadillas y no podía dormir. y la segunda vez fue por eso, y la tercera vez, igual por pastillas.</i> 	MJ

9.1.5 El quiebre desde los médicos psiquiatras

Tabla 11. ANTES DEL ENCUENTRO – COMPLICACIÓN PARA LOS PSIQUIATRAS

TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
		<ul style="list-style-type: none"> la vida sexual disminuye, la vida económica disminuye, la vida laboral disminuye, problemas de sueño importantes que al día siguiente trae sus consecuencias, eso es lo que a mí me toca ver. Todo este impacto, toda esta extensión que se hace del malestar o de lo que sienten como depresión 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> Si no tengo energía, si no disfruto, si tengo ideas de culpa, por ejemplo, una mamá que no atiende a los hijos, que no les da alimento, que está la casa sucia, pues esas son como sus principales formas de sentirse útil, y al no lograrlas pues tiene todavía más depresión y si esta depresión no se atiende, va empeorando con el paso del tiempo, y llega hasta el grado de perder ese sentido de la vida y es cuando ya aparecen hasta ideas de muerte, ideas de suicidio... y pues no se diga, un padre de familia, si por lo mismo no durmió y no se pudo levantar para ir a trabajar pues la misma familia no lo ve como una enfermedad, lo ve como el flojo, como el que no es responsable, más problemas familiares, más dificultades económicas... todo se va conjuntando y pues va empeorando también 	BA
	Disminución de la energía vital	<ul style="list-style-type: none"> Lo que se llama la funcionalidad socio laboral y familiar, entonces, ahí es cuando ya pareciera que es algo más serio y que hay que tomarlo más en cuenta. Cuando se empiezan a sentir tristes, empiezan a tener insomnio, sobrellevan un poco la situación, algunos de automedican o remedios alternativos con poca energía, no tengo ánimo, no me concentro, estoy irritable, nada me sale bien y se empieza sobre todo la bolita de nieve es cuando empiezan con los pensamientos de nada me sale bien, no puedo hacer las cosas bien, no sirvo para nada, y por ende si no sirvo para nada y nada me sale bien pues igual y ojala la vida me recogiera de esta mundo hasta el punto de igual Yo hago algo para irme de este mundo. creo que también el tema cultural... sobre todo en mujeres arriba de los cuarenta, cincuenta años... pero no todavía si, tengo mujeres de veintitantos, treinta y tantos años realización del matrimonio, en el que te dicen te vas a realizar como mujer porque te vas a casar y vas a tener hijos y muchas de ellas incluso con carreras. En la actualidad no las dejaron por hacerse mamás y a los tres, cuatro, ¿cinco años se empiezan a deprimir por que como que se pierden con ellas mismas no? se meten tanto en el papel de mama que creo que es uno de los papeles más hermosos y bellos que puede existir 	MATJ
	La consulta que Yo veo	<ul style="list-style-type: none"> La consulta que Yo veo día con día... día con día hago un reporte de mi productividad, el 70% son mujeres, y 30% son varones 	IA
<ul style="list-style-type: none"> ¡Mujeres!!! se puede decir un 60 mujeres y 40 varones... aha.. sí un porcentaje... 		EA	
<ul style="list-style-type: none"> todo es mucho más la atención a mujeres. Pondríamos un 60-40, un 70-30, por ahí, más mujeres que hombres. 		BA	
<ul style="list-style-type: none"> Yo considero que actualmente, sí, ligeramente más mujeres, pero cada vez es más la población masculina que accede, 		CA	
<ul style="list-style-type: none"> definitivamente la mujer; el hombre igual, mexicano, somos machos, somos fuertes, no, nos hace nada nada. Yo creo que fácil, un 70 -30 yéndome un poquito bajito con la mujer, Yo creo, voluntariamente. pues claro que la sociedad dice, ándale, eres macho, no llores, hay más peces en el agua, entonces, la misma sociedad orilla, bueno Yo siento, que orilla al hombre a ... que sea más superficial en todas sus relaciones, por mucho que quiera llegar 		HES	

Invade la desesperación		<i>a profundizar tanto en una relación afectiva, social, lo que sea, la misma condición de que eres el macho, el hombre solitario, el lobo.. como</i>	
		<ul style="list-style-type: none"> <i>No tanto porque se enfermen más las mujeres, sino que, en mi perspectiva parece que son las que más acuden a atención, a recibir atención de sus problemáticas. Como que los hombres hasta que ya sus padecimientos son más graves acuden, suelen acudir ya a una atención; pero sí parece que las mujeres, es más, mi perspectiva es más común que acudan a atención.</i> 	HEA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Acuden más mujeres, pero no por que las mujeres se depriman más. ¡Acuden más mujeres, porque la mujer dentro de toda nuestra cultura! suelen no tener tanto conflicto con decir: me siento triste, me siento mal, tengo ganas de llorar o no paró de llorar. El varón no fue culturalmente enseñado para expresar sus emociones, entonces es comúnmente, tiende más a la irritabilidad, como manifestación de la depresión y comúnmente sus formas de sobrellevar la depresión es con uso de sustancias, alcohol u otras sustancias toxicas.</i> 	MATJ
En los varones		<ul style="list-style-type: none"> <i>¿Por qué viene más mujeres? Por muchos motivos, Yo creo que entre ellos se les alienta más a buscar atención psiquiátrica en particular, los hombres no, temen mucho como a este estigma de locura, de estar loco, de cómo tú me vas a decir qué hacer. También otras ideas, van con ideas donde perciben ellos que uno va a dirigir sus vidas, donde uno va a decirles "estás bien, estás mal, haz esto", eso creo que también por eso no les gusta mucho, a los varones.</i> 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>En los hombres más bien la cuestión de preocupación económica No ganan lo suficiente, perdieron su empleo, y no son capaces de brindar el sostén adecuado para tener una familia, pero no tanto la preocupación por la familia, si, bueno, es indirectamente pero más bien la preocupación por no tener el sustento económico para mantenerlos</i> <i>los hombres en su éxito profesional o de laboral, así como " o de gano dinero o..o..o está funcionando muy bien en tal empresa o en tal trabajo, el hombre es muy dado a ser eso, a pensar que es exitoso y por qué profesionalmente le va bien.</i> 	EA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>En los hombres más bien la cuestión de preocupación económica.</i> 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>es raro que pidan ellos ayuda, tienen también estos problemas emocionales, sobre todo; pero se ve más, los problemas de adicciones</i> 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> <i>en el hombre no es tan diferente... curiosamente, separando un poquito, creo que el género masculino es cómo todavía más recomendado a que vaya por su pareja, que lo acompañe la pareja, que a lo mejor los nosotros hombres tienen menos conciencia de enfermedad y quien nos tienen que llevar es la pareja o algún familiar</i> <i>En el sexo masculino con sustancias, por ejemplo, de, que lleguen y que refieren consumo de sustancias, que refieran...</i> 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>por consumo de sustancias</i> 	MATJ
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Los hombres son mucho por uso de sustancias, trastornos ya mentales por uso de drogas, de sustancias psicótropas;</i> 	HEA
	En las mujeres		<ul style="list-style-type: none"> <i>...Con la cuestión familiar. Y cuando ellas consideran que no marcha como esperarían, aparece una sensación de malestar. ... y de su casa y de su hogar. de su esposo. así.</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Con la cuestión familiar. Y cuando ellas consideran que no marcha como esperarían, aparece una sensación de malestar.</i> 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>el sexo femenino normalmente consulta por situaciones de trastornos de ansiedad, afectivos</i> <i>El sexo femenino tiene, probablemente, más voluntad y más conciencia en cuanto a esto.</i> 	CA

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>depende de la edad de la mujer, pero si es generalmente asociado a problemas afectivos de pareja</i> • <i>los hombres son curiosos, es .. aparte de que es raro que pidan ellos ayuda, tienen también estos problemas emocionales, sobre todo; pero se ve más, los problemas de adicciones</i> 	HR
Años en decidirse		<ul style="list-style-type: none"> • <i>la gran mayoría de las personas que acuden conmigo, años, años en decidirse! Quizá esa depresión que mencionaron alguien ya les dijo que la tenían años atrás. Y me he puesto a preguntar de manera directa y he notado que entre cinco y diez años es el tiempo que tardan en asistir a un servicio de psiquiatría. Y va saliendo, y es cuando me he topado con personas que han tenido años, años, años previos a ya con estos malestares y que han tardado en asistir.</i> 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>huy... variable, pueden ser años. 6 o 7 años... estos tres años, varia. si pero a veces son años de aguantarse alguna situación.</i> 	EA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>¡se da un retraso de cuatro a siete meses! desde el primer síntoma hasta que vienen a buscar la atención.</i> 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yo creo que inclusive es raro que el paciente vaya inclusive como por "haberlo decidido en mí" Yo creo que la mayoría de ellos me comentan que pues ya por lo menos, no sé, estamos hablando si le podemos poner tiempo, Yo creo que años. A mí llama la atención cómo ponerle cuenta al paciente "¿y desde cuándo se siente así?" y las respuestas que normalmente me dan es como "pues desde que Yo recuerdo, desde que era niño, desde que..." entonces es difícil que ellos mismos no logran ubicar como tal el inici</i> 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>podrían llegar a pasar dos o tres años, aun así es mucho tiempo, para que acudan; en cambio hay personas con trastornos depresivos; recuerdo mucho a una señora que acudió a consulta de psiquiatría, por problemas que tenía desde niña, desde infancia, siete , ocho años que sufrió abuso sexual por parte de familiares, padre, eran los 55 años que tenía, y apenas estaba acudiendo porque de su hospital la mandaron</i> 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promedio, Yo creo que, si lo trato de resumir, hújole, entre seis meses y un año.</i> 	MATJ
Un perdido a todas va		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicinas naturales, sí. Valeriana, en tabletas. Pues si, hierba de San Juan, incluso la venden en mercados la hierba, se hacen té y venden brebajes. Algunos también asisten a servicios de psicología, han asistido a servicios de psicología... ¡Algunos!, los menos han asistido a servicio de psiquiatría, también. Yo creo que eso, ¿no? La mayoría si han hecho algo.</i> • <i>Si, buscan remedios caseros, buscan pues todas estas cuestiones místicas, de asistir a brujos, hechicería. Me lo hacen saber, no al principio, como conforme vamos trabajando junto, vamos trabajando me lo hacen saber: "es que fui con una persona que hace limpias, entonces fui, porque un perdido a todas va" es como una frase que muy común que "un perdido a todas van" entonces ellos buscan, buscan. Cartas, lectura de cartas, también es otra que he escuchado. Creo que la mayoría le tranquiliza, le calma y puede ser un beneficio a su malestar.</i> 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medico... general o medico familiar... que se aventuró... ahí sí (risas), a tratar la depresión... este, o la supuesta depresión y ya ellos traen como... muchas veces no traen el mote o el diagnostico, pero me dan tales medicamentos el medico familiar, el médico general, y " creo que porque estoy deprimido" te dicen el paciente.</i> • <i>¡Si! van a otros lados... al psicólogo, al Yoga...a la homeopatía...exorcismos, (risas)si!!, que va a exorcismos, claro que si!!! sí, claro... que van a qué ... una limpia, o así con los brujos... Si, la mayoría de la gente pues deja el psiquiatra como última opción, ya que provee flores de Bach, homeopatía, terapias de Reiki, de energía. Hay algunos donde tiene cierto efecto placebo,</i> 	EA

		<i>(se ríe), donde sale el veneno, pero bueno, científicamente no tiene mucho valor, y si retrasa mucho la búsqueda de la atención principal.</i>	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si me toca, curiosamente, cuando llegan conmigo a la mejor si ya son este... no los primeros, por así decirlos, ya lo vio alguna otra especialidad, definitivamente</i> 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yo creo que cuando ya llegan a psiquiatría es porque ya estuvieron buscando y buscando y buscando y ya no tienen para ellos como alternativa, entonces se da, no todos, pero si se dan la oportunidad de ir al psiquiatra. México es un país muy católico, de mucha religión, muy místico, de repente le damos muchas connotaciones a lo sucedido hacia lo místico. A veces es preferible y a la mejor también es como menos angustiante para las personas decir que tal vez me hicieron "mal de ojo". "No, pues ya fui a lo mejor con chamanes, con brujos" etc., etc.,</i> 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>ellas solicitan el apoyo, no saben hacia donde, entonces ya los familiares ahí apoyan, diciéndole, "vamos a tal lugar, vamos con alguien en salud mental", primero, casi siempre psicología, luego psiquiatría; entonces ella en una manera de manejar esa ansiedad, ese sufrimiento de no ser la persona indicada, llego a empezar a consumir medicamentos, primero empezó con pastillas de prescripción, luego fue avanzando, hasta llegar a lo intravenoso.</i> • <i>aparte de psicología si hay gente que incluso, ha , con ese pensamiento mágico, propio de la cultura mexicana, pues si que con el chamán, que le hagan una limpia, inclusive hay gente que dice: " voy con el psiquiatra, pero aparte siento que me hicieron un hechizo", entonces van a que les, estas personas les realicen...</i> 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Casi siempre primero ya pasaron por medicina alternativa, por homeopatía o incluso pues, no reconocen como una enfermedad, ósea, la depresión. Hasta que ya de plano sus familiares ven que no es posible continuar, es cuando los traen aquí. de uso más común la pasiflora, que si bien, no es como un efecto mortal o grave si tiene un importante efecto en los pacientes,</i> 	HEA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Este... té! eso es lo número uno, te de tila, te de 7 azahares, te de valeriana; de pronto van a estas tiendas naturistas y compran pastillas de los mismos té o pues lo que anuncian en la televisión, este.... lo que anuncian en las farmacias similares o estos de ... como le llaman... hay uno que se llama simipaz, que es la pasiflora bueno, en fin. Casas de sanación, Yoga, reiki, las famosas terapias estas con imanes, ¿no? que te ponen como unos imanes, he..... y Yo híjole, la parte que a mí se me hace muy complicada porque por ejemplo Yo soy de las que prescribe el ejercicio, la Yoga ósea, Yo si les digo a mis pacientes. Si puedes entrar a una terapia de Yoga o taichí ¿no? ya sea alguna disciplina en donde empieces a trabajar relajación, respiración pues creo que te va a ir muy bien, pero! pues como buena científica que uno es que no puedes evitarlo por tu formación. Utilizan eso y algunos recurren a la homeopatía, hierba de san Juan... y en algunos te lo dicen, temporalmente como que, si me pude sentir un poco mejor en este aspecto, pero, me seguí sintiendo mal</i> 	MATJ

9.2 El encuentro en la consulta psiquiátrica

9.2.1 La llegada a la consulta desde los consultantes

DURANTE EL ENCUENTRO – ACCIÓN - CONSULTANTES			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
<i>Yo lo que quería era dejar de sufrir</i>	Usted ya necesita algo	<ul style="list-style-type: none"> Es la primera vez que agarro un psiquiatra porque ya me cansé... ya me cansé de... de ver psicólogos... de hablar de lo mismo, de lo mismo...pero mi compañera es psicóloga, y me dice " no don Fr ya, ya usted, ya, ya necesita algo, porque se me va a 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> para mí era lo más normal ir al psiquiatra, no estoy así al golpe de la locura y... Fui con el doctor Orozco, me empieza a medicar. Una amiga que iba con él. Si. Y Yo lo escogí porque me iba a hacer descuento y que me iba a... no porque, ella se sentía bien, ¿pero yo fui y todas las veces que iba, entraba me decía "cómo está? Bien" y me medicaba. 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> Yo empecé a ir con Miguel, que fue el primer psiquiatra que visité porque no dormía; Cuando Yo voy con Miguel, es porque, aunado a eso del tiroides, empiezo a tener comportamientos erráticos, en el sentido de que me salía y se me olvidaba, como llegar a la casa, por ejemplo. no podía dormir, tenía insomnio, despertaba en la noche, dormía bien, pero a las dos de la mañana me despertaba y ya no me dormía, entonces para mí eso era muy cansando. cuando fui con el psiquiatra, le decía que me sentía muy sola, que sentía una soledad muy grande. por eso empecé a ir, pues muy fuerte para mis esas pérdidas, ni siquiera la soledad de esposo, era la soledad de esas mujeres, porque curiosamente la mayoría son mujeres, porque de ellas recibí mucho apoyo en mi estancia aquí, y es esa, esa es la soledad que a mí me duele mucho. 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> ahorita lo volví a tomar, bueno es que, desde muy chica, mi mama me llevaba con psicólogos, y el psicólogo, me mando con el psiquiatra... . tengo seis meses viniendo con la doctora. porque me deprimí porque empecé a tener problemas con mi esposo; (risas)..... es que... él no acepta sus errores, igual que mi papá y mi mamá me señalan a mí, ante todo, entonces me deprimí, y quise buscar ayuda. porque me deprimí porque empecé a tener problemas con mi esposo; porque me deprimía. 	DAYTJ
		<ul style="list-style-type: none"> por eso me he culpado todo este tiempo, por eso, Yo lo creí superado ,porque tuve ya bastantes terapias, y repito, estuve en los grupos para familiares, donde me dijeron, no puedes vivir atada a la culpa, porque no te va a dejar vivir... porque no puedes regresar el tiempo, solo puedes hacer por hoy, lo que creas que es conveniente, lo que creas que es correcto; pero es difícil sobrevivir a esto cuando ves que, la persona que amas, en este caso a mi hijo, se autodestruye diariamente... es difícil (llanto) no sentir ese dolor, es difícil. los síntomas habían aparecido de repente, y me dijo que lo mejor era que fuera ver a un especialista, me recomendó algunos doctores, porque Yo lo que quería era dejar de sufrir, dejar de sentirme así como me sentía, dejar de, como la estaba pasando, eso a una mujer tan activa, tan trabajadora, ósea tan positiva, tan supuestamente fuerte, ante las circunstancias de la vida que me tocó vivir... como cuatro años; tuve recaídas, porque deje de venir, tuve una recaída; ahorita estoy en una recaída 	GPE
		<ul style="list-style-type: none"> porque tenía una semana tomando pastillas y no me levantaba, ya, ya estaba acostada. me las tomé porque mis hijas se pelearon, discutieron, y sentí que era mi culpa. esta vez que me trajeron aquí, ahora mi hija, 	MJ
		<ul style="list-style-type: none"> vi a varios psiquiatras. como tres, cuatro... por iniciativa mía. pus... simplemente que era bipolar. me trajeron a la fuerza. Mi esposo...mi esposo. Yo estaba muy delgada. no comía...entonces me quise suicidar porque me quedaba sola 	CA

Lo que me dijo el psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> ya me dijo Miguel, me diagnostico con una depresión profunda, crónica y bla bla bla; ... Las preguntas que él hacía, si en mi familia hubiera habido gente con tristeza, que numero de hija era, si tomaba medicamentos, cual había sido... si había tenido cirugías...el me dijo que eso era, una depresión profunda la mía, y que bueno, esa depresión, había sido... Yo la traía desde que nací, y empezó a hacerme preguntas de mi madre, Yo las contestaba, ay, pues no sé si es... nada, no me mando a hacer nada. simplemente con la conversación que tuvimos, las preguntas... que Miguel me dijo, pero Yo empecé también a atar cabos, y mi madre fue una mujer deprimida; no podía ser de otra manera la mujer. (Otro psiquiatra) porque este doctor también me diagnostico como depresión profunda, y me tiene ahí como una deprimida... 	RE
	<ul style="list-style-type: none"> ahorita lo que me dijo el psiquiatra, pues que sí es "¿antimia, antimia?" o así, lo que traigo, porque... lo traigo pues grabado todo, y si le he batallado con eso. Por lo mismo, dice el doctor, pues, que se llama... altimia, tim.. timmia... algo de dimia.. distimia!!! que es lo que traigo, porque dice que todo, incluso, me hizo un croquis pues, como nací, y voy creciendo con donde eso... y sí. el si tiene razón, porque cuando estoy muy contento, trato de gritar... y no debo de gritar pues, si me explico. 	FRA
	<ul style="list-style-type: none"> Si, casi no me preguntaba nada, muy poco. Si, así "me siento triste, no puedo trabajar" pero nunca me sacó estudios de nada, tuve operación, tuve esto y nada, y ahí estuve tres años. ¡No! ¡Me escuchó, me dio medicamento...o, ni media hora! Como que después me di cuenta de que no le ponía atención, que iba de paso, como quien dice: "Siga tomando eso". Es que no hablaba, entonces más bien dependía del doctor que me sacara, que Yo no hablaba: ¿"Cómo está? -Muy bien." Si. Entonces decía "ah, pues siga con eso". ¡3 años estuve así, Otro psiquiatra. Como una hora, una hora; y me hacía encuestas, y preguntas, y me decía, por ejemplo, de mi familia, me preguntaba: "cómo le gusta a su esposo? - No pues, delgada, esto. - porque no está delgada?" le dije Yo "pues qué se va a esperar que este..." Era muy así, muy confrontativo, que le diga "Pinche gorda, ¡vete a enflacar!" Así era. Yo le preguntaba que si no era como una consecuencia lo de mi mamá, porque Yo veía que mi mama estaba mal, y el psiquiatra que atendía a mi mamá me dijo que no era muy probable que Yo lo padeciera pero que había una posibilidad, entonces Yo le pregunté al doctor y él me dijo que no, que esto si se debió por un cambio así repentino que sí, es como una depresión hormonal, pero sí estuve como año y medio en tratamiento. Y me decía el doctor: "usted estaba muerta en vida señora, él tenía que vivir". (EN RELACIÓN AL MARIDO) 	MC
	<ul style="list-style-type: none"> en la primera consulta, la doctora sugirió que me quedara internada, que, porque no podía estar sola, mi esposo dijo que no, que no quería que me internaran... 	GPE
	<ul style="list-style-type: none"> ya luego me mandaron a hacer un estudio, un electroencefalograma, y a lo que a mí me dijo el psiquiatra, que lo recuerdo muy bien, que me dijo: es que, en tu cabeza, haz de cuenta que es un arbolito de navidad, tiene muchos foquitos, y los de tu lado derecho, funcionan correctamente, pero los de tú la do izquierdo, funcionan muy muy rápido, eso fue lo que él me dijo.: como nueve años es personalidad emocional inestable, algo parecido al límite. otro diagnostico; pues porque fui una prostituta, y he tenido muchísimos hombres en mi vida sexual, y para él, una mujer normal no tiene más de tres hombres en su vida. Después me dijeron que era un trastorno de personalidad emocional inestable. Ella si me dijo que era eso, que soy muy inestable, y si pues tengo muchas, muchas cosas en mi cabeza, que me hacen tener altibajos 	DAYTJ
	<ul style="list-style-type: none"> es para dormir, las dos. Pues no sé con esto (pastillas), como dices que, me dio para un mes, y en el mes voy a venir otra vuelta para hacerme otra valoración, y a ver como sigo. 	FRA
	<ul style="list-style-type: none"> ¡Me escuchó, me dio medicamento...o, ni media hora! Como que después me di cuenta que no le ponía atención, que iba de paso, como quien dice: "Siga tomando eso" No me acuerdo, eso si se me fue casi completamente, no me acuerdo de ninguno...Tafil, Tafil, si, y hasta la fecha cuando así que no duermo, me resulta un cuarteroncito de 	MC

Me está dando medicamento	<p>25. Pero sí estuve medicada por mucho tiempo: 3 años con él, y con el otro doctor, con Balderrama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¡Si, me mandó con una de la que es de acá de todo eso de, se me fue el nombre de la doctora, pero Yo fui al conteo hormonal, al... y es más! Me pusieron hormonas, y ya me empecé a sentir mejor.</i> 	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>me empezó a dar prozac. Ese es el medicamento que tomo, citalopram, es para la depresión. cuando Yo empecé a ir con el empecé a sentirme bien, pero ya nada más iba por el medicamento,</i> 	Re
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>dejé de venir, primero porque me sentí bien, con el tratamiento que me dieron.</i> 	GEP
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fluoxetina, nada más eso tomo, desde hace como unos 6 meses. ahorita estoy tranquila con la fluoxetina, me hace como que pensar un poco más las cosas.</i> 	DAYTJ
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>penas, hace como dos semanas que me volví a tomar pastillas. pues ya tengo dos años así. sí, me está dando medicamento. Si, ¿no? pues Yo digo que, por la depresión, ansiedad. .</i> 	MJ
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ahorita tomo medicamento</i> 	CA

9.2.2 La llegada a la consulta desde los médicos psiquiatras

DURANTE DEL ENCUENTRO – ACCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
Me siento muy mal	Me mandan con usted	<ul style="list-style-type: none"> "me mandan con usted porque no me siento bien, tengo problemas, tengo problemas...". Pero si llegan porque alguien ya les dijo "tienen que ir." Alguien de mayor significancia para ellos, no?: un familiar cercano, un médico que realmente los ha atendido de mucho tiempo. 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> entonces muchas veces son las familias la esposa, la mamá, la hermana, la...que... que los traen. 	EA
		<ul style="list-style-type: none"> hay algunos pacientes que son enviados de otros servicios del mismo hospital, 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> la mayoría de las personas no van a la mejor a consulta de manera voluntaria, sobre todo en institución. Normalmente van referidos de otras especialidades, algo que es muy frecuente ahí en el Hospital que nos refiera, por ejemplo, el servicio de gastroenterología, servicio de cardiología también, por mencionar los que más frecuentemente lo hacen, Entonces es considerable la consulta que más bien vemos, pero por referimiento de otros médicos (...) y literalmente me lo dicen "es que el psicólogo, Yo no quería ir, pero el psicólogo me mandó", Hay muchos que también me dicen "es que el psicólogo, Yo no quería ir pero el psicólogo me mandó", entonces sí, Yo creo que cuando ya llegan a psiquiatría es porque ya estuvieron buscando y buscando y buscando y ya no tienen para ellos como alternativa, entonces se da, no todos, pero si se dan la oportunidad de ir al psiquiatra. 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> consulta externa, es más fácil, que lleguen por iniciativa familiar, o porque algún familiar les dijo, vamos a que te revisen a ver que tienes, es mas común eso. ya en el hospital, en la hospitalización, si es muuuy frecuente que los manden casi casi de que "ve a que te revisen",. 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> Casi siempre primero ya pasaron por medicina alternativa, por homeopatía o incluso pues, no reconocen como una enfermedad, ósea, la depresión. Hasta que ya de plano sus familiares ven que no es posible continuar, es cuando los traen aquí. Los familiares generalmente; es más común que los familiares traigan a los pacientes que a los mismos pacientes acudan por su propia decisión; de hecho, pues aquí en el hospital a veces se tienen que internar pacientes que no quieren ser internados, pero por su misma enfermedad, no quieren un tratamiento o simplemente no quieren vivir. En cuanto a los de psiquiatría sería que sus familiares ya no pueden contenerlos en casa y ya ven que el problema se está yendo más allá, entonces, por eso es que ya los traen. 	HEA
		<ul style="list-style-type: none"> "me mandaron! ¡mi médico primario", "mi psicólogo!", muchas veces, primero son vistos por un psicólogo y cuando el psicólogo pues, observa ciertos síntomas, quizá de más gravedad, pues, los envía al psiquiatra. la gran mayoría no llega por sí sólitos. Creo que no hay una, todavía una consciencia de la salud mental en nuestro país. Comúnmente la forma en que llegan es porque me: "dijeron! que quizá lo que traigo es una depresión" entre conocidos, amigos, familia o "me mandaron", de tal o cual institución a valorarme aquí. 	MATJ
<ul style="list-style-type: none"> Así es como la gran mayoría viene. Tengo depresión. Tengo una depresión de muchos años y no se me ha quitado, me ha empeorado y ahora me mandan con usted. La gran mayoría. Yo de manera muy empírica diría que un 80% llega así. Como autodiagnosticado, de ellos, de otros; quizá alguien le dijo "tienes depresión, tienes que ir con el psiquiatra". "Tengo problemas y ya necesito ayuda." La gran mayoría "tengo depresión", "me dijeron que tengo depresión", son como las dos frases que continuamente escucho: "Tengo" o "me dijeron". Y otro porcentaje un poco menor, quizás, no me dicen ansiedad, me dicen "tengo desesperación, me siento muy desesperado", pero haciendo alusión a una ansiedad, como a un problema de ansiedad. 	IA		

<p>Me dijeron que tenía depresión</p>	<ul style="list-style-type: none"> que ahí los motivos principales es depresión, intentos de suicidio, ahí van de la mano, y problemas de tipo psicótico como esquizofrenia y bipolares. Depresión y ansiedad quizás es cuanto a volumen es lo que más llevamos. A mí me gusta preguntarle al paciente qué fue lo que le dijo el otro médico. Algunos si llegan y ellos me dicen "no, es que me dijeron que tenía depresión" o que "tengo ansiedad" etc, etc, etc. 	<p>BA</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Probablemente el motivo número uno de consulta es depresión. La gente llega refiriendo: "creo estar deprimida", "me dijeron que lo que tengo es una depresión y por eso vengo 	<p>MATJ</p>
<p>No sirvo, no puedo dar lo mejor de mí.</p>	<ul style="list-style-type: none"> tengo desesperación, me siento muy desesperado. Problemas de pareja, en donde hay un divorcio inminente, una separación, una problemática de pareja, hubo un intento suicida, esa es otra, o hay una intención suicida presente. un factor detonante... algo, algo en los últimos meses, últimos días que generó ya la movilización para asistir. Se sentía solo, porque se sentía desaprovechado, él tiene la idea de ser un hombre muy necesitado por todos y darse cuenta de que no lo necesitaban eso le hacía sentirse excluido, no valorado, muchas cosas. Las personas que acuden a psiquiatría, o en mi experiencia realmente ya han tenido una serie de problema a lo largo de los años, donde ya es notorio el problema que trata. No le veo sentido a la vida, no sé que estoy haciendo aquí, mejor morirme, mejor aventarme, mejor que me pase algo" Problemas de pareja, problemas sexuales, problemas del trabajo. En la ciudad el tema es, otra vez vuelvo a repetir: empleo, relación de pareja, ciertas vivencias de orfandad en la infancia, abusos... 	<p>IA</p>
	<ul style="list-style-type: none"> puede ser desde...este "estoy levantándome en la mañana y siento muy acelerado el corazón... este, una sensación de que me voy a volver loco... dicen, este, como si me invade la desesperación o la ansiedad.... y este algunos con falta de energía, con falta de motivación, con ganas de llorar. Si... como el rendimiento, este... si se puede decir social, su rendimiento, laboral también, y este mmm, si su mmm, su funcionalidad en general, así más lo social y lo laboral. que, con la esposa, con la familia ya no quiero convivir, ya no quiero estar... o en el trabajo estoy, pero que, forzando mucho la máquina, así como que... por ejemplo esto "en el trabajo, trabajo ya no estoy rindiendo". el varón sobre todo: "que ya no gana lo que ganaba, ya no rinde; y la mujer como si.. "mi pareja me dice que ya no.... este... que me veo como con otro semblante, que no, este que no apporto nada a la relación o que, a lo mejor la mujer del hogar...mmm no trabajo con mis hijos o no estoy con ellos... no los procuro... no rinde. Cosas relacionadas con el trabajo, con los ingresos, son los que de alguna manera precipitan o detonan...¿en los varones!!.... y en la mujer: el que no funcionan como mamás o como esposas...en su papel pues... van como perdiendo funcionalidad, van perdiendo... la capacidad obviamente de ser felices y ... y este...y si van siendo menos Por ejemplo, el ama de casa: "ay es que mira mis hijos van bien en la escuela son buenos niños, no hay quejas como de ellos, mi esposo pues este contento conmigo". se van como... ahí lo van traduciendo. y de su casa y de su hogar. de su esposo. así. y los hombres en su éxito profesional o de laboral, así como " o de gano dinero o está funcionando muy bien en tal empresa o en tal trabajo, el hombre es muy dado a ser eso, a pensar que es exitoso y por qué profesionalmente le va bien. 	<p>EA</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Problemas, de sueño, dificultad para concentrarse, tristeza, mucha queja física, aquí al ser un Hospital General con servicio de psiquiatría nos llegan pacientes con dolor de cabeza, tensión muscular y no hay una causa que lo justifique y ya haciendo la valoración por psiquiatría pues ya tu identificas el trastorno del estado de ánimo así es como suele llegar el paciente. Pues principalmente cuestiones familiares, desde cuidado de hijos, sensaciones como de no darles la mejor de las atenciones a la familia, al esposo, es una plática muy recurrente. (en los hombres) No ganan lo suficiente, perdieron su empleo, y no son capaces de brindar el sostén adecuado para tener una familia, pero no tanto la preocupación por la familia, si, bueno, es indirectamente pero más bien la preocupación por no tener el sustento económico para mantenerlos. 	<p>BA</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Si, esta tristeza, esa sensación de inutilidad. Él en particular llegó hasta con ideas de suicidio, de decir "no sirvo, no puedo dar lo mejor de mi salvo algunas contadas ocasiones", • la verdad es que Yo lo que veo en la práctica es que no importa la clase socioeconómica es mismo, por ejemplo, consumo de sustancias es igual en ambas clases socioeconómicas, inclusive con el nivel educativo llama la atención que no necesariamente a mayor nivel educativo menor consumo, definitivamente no. Los trastornos son muy similares, ahorita haciendo esa comparación, son muy similares. 	
		<ul style="list-style-type: none"> • normalmente se solicita atención, por ejemplo, psiquiátrica cuando ya hay ahí a lo mejor alguna situación que haya dolido mucho. hablamos de una pérdida, un duelo, si, últimamente las personas suelen decir "¿sabe qué? me siento muy triste porque tuve una pelea con la pareja, el fallecimiento de algún familiar", normalmente son los motivos de consulta, digamos, de manera general. Claro que hay pacientes que específicamente refieren a lo mejor una sintomatología como "no puedo dormir", entonces si no duermo, al día siguiente disfunciona mi trabajo, estoy muy irritable 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> • Me siento triste porque paso tal o cual cosa, no se, inclusive de que, corte con mi pareja y desde que corte hace dos o tres semanas, ya no le encuentro sentido a la vida, no tengo ganas de trabajar, no tengo ganas de comer" ya NO DISFRUTO LO QUE ANTES HACIA , entonces si, como que esa pérdida de energía vital 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> • procesos desde duelos por perdidas de familiares y porque han tenido simplemente una vida muy difícil desde la infancia, 	HEA
		<ul style="list-style-type: none"> • Lo que se llama la funcionalidad socio laboral y familiar, entonces, ahí es cuando ya pareciera que es algo más serio y que hay que tomarlo más en cuenta. Cuando se empiezan a sentir tristes, empiezan a tener insomnio, sobrellevan un poco la situación, algunos de automedican o remedios alternativos. • Con poca energía, no tengo ánimo, no me concentro, estoy irritable, nada me sale bien y se empieza sobre todo la bolita de nieve es cuando empiezan con los pensamientos de nada me sale bien, no puedo hacer las cosas bien, no sirvo para nada, y por ende si no sirvo para nada y nada me sale bien pues igual y ojala la vida me recogiera de esta mundo hasta el punto de igual Yo hago algo para irme de este mundo. 	MATJ
	Hay un protocolo, un algoritmo	<ul style="list-style-type: none"> • Yo pienso que no todos están enfermos, hay gente que realmente si tiene una enfermedad ya clara y establecida, pero habrá otros que no lo están. Digo, esto por ejemplo de la depresión tiene desde mi forma de verlo muchas más maneras de entenderlo más que como enfermedad, así lo he visto, así lo he entendido con el paso de los años. Yo no me concentro en verlos como enfermos "ah, estás enfermo, deja darte esto". Yo creo que casi el 100% si. Uno: en la productividad institucional nos obligan. Si Yo pongo "sin diagnóstico" no es diagnóstico porque no hay ningún rubro en la CIE-10 que no hay diagnóstico. Si, si. Hay diagnósticos que se pueden acercar más a la problemática y bueno, son los que Yo busco "esto se acerca más". No, Yo creo que no, habrá quienes no. Habrá quienes realmente van por un problema que no es una enfermedad, que no es enfermedad, es un problema de la vida diaria que requiere otras maneras de solucionarlo, no a través de un psiquiatra precisamente, pero lo ponemos como un dx, en la CIE-10 hay diagnósticos que pueden manejar estas crisis. La institución nos obliga a codificar dx de la CIE-10, no del DSM-5, de la CIE-10. el CIE-10 me dice que con 4 ya es el dx y esta persona cumplió con 6, ya es el dx, de esa modalidad. Hay otras opciones que Yo también manejo que son las, en el cie 10 están catalogadas como reacciones de ajuste, así se llaman. Es un dx, reacción de ajuste. Con síntomas depresivos, con síntomas ansiosos, o mixtos. / Trastornos afectivos • Si, si si si, no pues otras series de opciones que, no se, desde, exámenes laboratoriales, sanguíneos, evaluaciones por otros profesionales. 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> • Así... porque para poder manejarlos para poder tratarlos tienen que tener un diagnóstico. obviamente al conocimiento o a la teoría que ya tiene uno integrada, no? y este, ... a la intuición también, porque usamos mucho la intuición y 	EA

		<p><i>obviamente basados así en lo estrictamente escrito, como el DSM IV o el CIE 10. Aquí en el hospital mmmm, Yo veo el CIE 10.. El CIE 10 es más ... los mando a muchos de ellos a hacer pruebas psicológicas, y a algunos nada más, bueno con los criterios, y ya me baso en estos criterios, y ya les, a lo mejor a algunos les quito lo de depresión, les digo, no sabes que, lo tuyo es más bien como un trastorno de la personalidad, este... a lo mejor algo que no tienen nada más que ver con la pura depresión... en algunos pacientes antidoping... perfil tiroideo mmm... como para descartar el origen de su depresión, o que pudiera contribuir a la depresión</i></p>	
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Si hay un protocolo, un algoritmo, pero así en cosas muy muy sencillitas, si corre riesgo el propio paciente, corre riesgo los que están alrededor, ese es el criterio básico. Aquí la gente no es psiquiatra ni funcionario de salud mental, a la tristeza le llama "depresión", nada más que aquí la depresión es esa tristeza profunda, con dos semanas al menos, más la pérdida del gusto, del sentido del placer, alteraciones del sueño, de apetito, irritabilidad, fallas de pensamiento, ideas de culpa, de muerte... El DSM-5 es el que se está utilizando, y para el DSM-5 que pues por continuidad con Estados Unidos, es el de la Asociación Psiquiátrica Americana, es el que utilizamos aquí. No todas las personas cumplen con criterios diagnósticos. Estos manuales son manuales estadísticos, es para llegar a tener un lenguaje común entre psiquiatras, y por lo general, pues intentamos hacerlos como encajar en alguno para tener un punto en común, pero si hay unos pacientes que no me cumple completamente para esto, no me cumple para lo otro, se le pone el diagnóstico como en cualquier institución. Se le pone el diagnóstico, como cualquier institución, te piden que tengas un diagnóstico. Dependiendo de cada caso, por ejemplo, depresión y ansiedad es un diagnóstico clínico.</i> 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Si, tenemos los manuales diagnósticos. El DSM, y la clasificación internacional de las enfermedades. Los dos, así es. Definitivamente tenemos, Yo no los aplico, pero las pruebas psicológicas de personalidad, de inteligencia y de... para descartar ansiedad. Laboratoriales también, casi nosotros si tenemos restringido tal vez la rutina temática.... los diagnósticos, muchos de los diagnósticos son longitudinales entonces es muy difícil en una primera consulta diagnosticar y decir éste es el diagnóstico</i> 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>los diagnósticos en psiquiatra tienen que ser longitudinales, tienes que pasar tiempo de conocerlo, de estar evaluando, de estar, este en contacto con esa persona, viendo los patrones que tiene, para poco a poco poder encasillarlo, a un diagnóstico. se llama el manual de enfermedades mentales, de la asociación psiquiátrica americana, la quinta versión, esa es la que usamos aquí en el hospital, o usar la clasificación internacional de enfermedades, de la organización mundial de la salud. en una manera ortodoxa, los criterios como tal, abrazarían a todos, ósea cumplirían todos, el problema es que ya, a veces las patologías, o las enfermedades, no solo una, sino son dos, tres; aparte, por ejemplo, una depresión, pues en el trastorno, un trastorno de personalidad, más un consumo de sustancias. son encuestas, por ejemplo, de depresión, encuestas de psicosis, encuesta de consumo, de abstinencia, de consumo de sustancias, la experiencia clínica que uno va adquiriendo por la formación</i> 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Por eso digamos que no se puede, en psiquiatría, dar con certeza el 100 por ciento un diagnóstico; más sin embargo, si gran certeza, pero no algo definitivo. Generalmente nos basamos en el tratado de psiquiatría que es el DSMV, que ahí vienen bien descritos, tanto como criterios para cada una de las enfermedades, donde se define cuanto tiempo deben presentar los síntomas, o cuánto tiempo no deben de presentar los síntomas y que síntomas con los que se pueden observar. Cada paciente es único así tenga 10 pacientes enfermos de depresión pues, cada uno va presentar su depresión a su manera con su contexto, y síntomas diferentes o los mismos síntomas pero en diferente grado</i> 	HEA
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Yo si creo que el DSM es mucho más práctico, pero así es para mí. Los veo ósea, es más, digo cuando salió el DSM 5. Que es el más reciente; lo he leído por que si</i> 	MATJ

		<p>hay algunas cosas que cambiaron y es interesante ver cómo fueron cambiando, pero, son eso ¿no? Yo ya no hago como en la residencia, ¿que estas aprendiendo y si no? palomeas. Yo no hago un diagnostico así. Tenía un maestro y se lo agradezco muchísimo que nos decía: "ustedes no van a ver enfermedades. Van a ver enfermos."</p>	
Tenemos guías de manejo	<ul style="list-style-type: none"> Yo creo que los mismos antidepresivos. Primera línea: antidepresivos. Fluoxetina, esos son los nombres, fluoxetina, sertralina, imipramina. Esos son antidepresivos. Primera línea antidepresivos, segunda línea ansiolíticos. Por ejemplo, en aquellos ayeres tafil, rivotril, clonazepam. / Yo estoy convencido que las personas se toman el medicamento cuando quieren, como quieren, cuando se siente más mal, no sé. No hay una continuidad fácil. Hay guías, tenemos guías de manejo nacionales e internacionales y esas son guías, son recomendaciones que un grupo de personas se reúnen para, con base a sus experiencias, elaboran algoritmos, guías. El paciente está deprimido y afecta su vida diaria, entonces primera línea es antidepresivo, segunda opción es esta, si no funciona, entonces esta. En los últimos años -cinco, siete, ocho años- casi nunca me remito a medicamento en la primera cita. Me espero a tener las evaluaciones de exámenes. Si, Yo creo que era la enseñanza, ¿no? "Hay depresión porque calificaste tantos síntomas, pues dale un antidepresivo, y empiézalo ya". Con los años mi manera de trabajar se ha modificado. en el área de Psiquiatría (...) el paciente está muy viciado al medicamento. Nos exige el medicamento. Yo se los hago ver así a los pacientes "no todo es medicina, no todo es medicamento". SI bien tiene su utilidad, no pensemos que es lo único. Porque si me he fijado que por lo menos en mi institución, las personas buscan el medicamento como lo único que los va a mejorar. Para la prescripción de medicinas. Y el psiquiatra también que lo facilita, esa es otra parte, porque es muy cómodo: "ay, quiero un medicamento" -"pues ten", y la consulta se remite a tres, cinco minutos. Para el psiquiatra... y para el paciente, porque se va tranquilo. Te expones a que no haya quejas. Esa es una historia de estira y afloja con las personas. Están tan acostumbrados a la búsqueda de medicinas y los psiquiatras también lo hemos facilitado, el medicamento para todo, y llega un punto que es difícil como el quitárselos, pero Yo les explico que no es necesario, que ya no es necesario tomarlo, y a no hay ninguna indicación, ninguna necesidad quizás hasta un 60, van al psiquiatra por medicinas. "ah, es que ya es mucho tiempo, es que es mucha medicina, es que tengo miedo de hacerme adicto", no sé, ya salen como estos temores. Yo creo que figuras familiares: padres, hermanos, esposos, parejas, esposas... ahí veces los hijos ya cuando adolescentes o adultos también les dicen "para qué, eso no, ¡es pura droga! Te tiene muy drogado". es que la consulta psiquiátrica si puede ser muy fácil de llevar prescribiendo medicamentos: "cómo te sientes con el medicamento?" como sujetarse solamente al medicamento, "cómo va el medicamento, ¿cómo te sientes? Ah, síguelo tomando, nos vemos en dos meses, tres". La consulta puede ser de diez minutos, bajo eso Y sucede ahí en la institución. Claro, hay colegas que trabajan así. 	IA	
	<ul style="list-style-type: none"> Fluoxetina, paroxetina, sertralina ... Yo creo... y ansiolíticos también... como clonazepam, diazepam...este ... no, es que es muy variable. por ejemplo, como puede ser antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado del ánimo... este y por nombre pues hay como muchos, ¿no? 	EA	
	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se ve un riesgo en la integridad de la persona o integridad para otros, es cuando decidimos el internamiento. Hay algunos casos que se llama "depresión refractaria" y tú das tratamiento, uno, otro, combinas, no hay respuestas, ya se están buscando otras formas de tratamiento desde terapias electroconvulsiva, psicocirugía, terapia psicológica, hay varias opciones, pero si hay casos donde no hay una buena respuesta. 	BA	

	<ul style="list-style-type: none"> • una mayoría llegan con duda sobre el medicamento: "qué me va a hacer? ¿me voy a volver adicto? qué consecuencias voy a tener?" si hay cierto recelo, cierta desconfianza al medicamento. "Ya vi que hasta me puede dar infartos y va a hacer que me suicide" y es pues, dedicarle tiempo para explicarle, "no va a hacer que te suicides porque te tomas el medicamento, es cuando no está bien prescrito" y bla bla bla.. y pues se van mucho más tranquilos. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • • A veces los médicos somos muy sintomáticos: los que están psicóticos, pues antipsicóticos, si está deprimido pues un antidepresivo; si veo que tienes dolor, pues un analgésico... Entonces el paciente antipsicótico, porque tenía sus episodios psicóticos. A lo mejor otro medicamento, un antidepresivo, no vaya a ser un esquizoafectivo, total, el paciente Yo creo que tuvo 10 posibilidades, entonces los medicamentos si bien a lo mejor no mitigaron temporalmente los síntomas, pues no eran la solución 	CA HES
	<ul style="list-style-type: none"> • • Se llaman los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Es un grupo de medicamentos. En los ochentas por ahí cuentan que estaba el prozac. es la fluoxetina ¿no? eh... el lexapro que es escitalopram; el paxil que es la paroxetina. • (...) te vas haciendo más cómodo tú con tu cuadro muy básico ¿no? A pesar de que todos van a funcionar, todos los medicamentos, cada uno de pronto ciertos efectos adversos y también en base a los síntomas del paciente; puedes elegir un poco más, por ejemplo: hay pacientes que tienen mucha somnolencia; no es insomnio al contrario tienen hipersomnia. Duermen de día y duermen de noche entonces, hay cierto grupo de estos mismos medicamentos que, aunque todos son los mismos, son del mismo grupo, unos suelen generar un poco más de sueño y otros un poco más de actividad • con el psiquiatra, más o menos, mensual excepto si el psiquiatra, porque no todos los psiquiatras dan psicoterapia. Entonces si el psiquiatra va a planear el mismo la estrategia psicoterapéutica puede ser semanal o hasta quincenal, pero en promedio en la institución es mensual. ¡Jamás es suficiente! ósea Yo no pudo creer que alguien exclusivamente eh... con una pastilla mejore su... seríamos demasiado reduccionistas al pensar que nada más una pastilla va a mejorar la depresión. • ¡Yo creo que sí! Yo conozco todavía psiquiatras muy biologicistas que es como pues ya, todo se reduce a como cualquier otra enfermedad; ¡da el tratamiento que va a mejorar el proceso fisiológico y ya está! pero no es así, no hay, no hay una pastilla que te haga mejorar los pensamientos así de minusvalía como tal, sólitos 	MATJ

9.2.3 Reflexiones de consultantes

DURANTE EL ENCUENTRO – EVALUACIÓN (REFLEXIÓN CONSULTANTES)			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
De no haber sufrido eso, Yo hubiera sido otra persona	Todo lo que he pasado de chiquito todavía no sale.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>simplemente ahorita retoño, y ya tenía ganas de llorar, de.. de todo lo que se me vino a la mente. de todos los recuerdos que traigo. Desde la niñez, de.... Yo con mis Hermanos. Pues Yo pienso que todo lo que he pasado de chiquito, todavía no sale. ahorita pues lo que me explicó él: que ahí viene, ahí está... no le he podido sacar... cerrar el ciclo totalmente, porque fueron muchas cosas en mi vida, fueron... fue mi papá, fueron. ¡eh! los muchachos que me quisieron violar, la calle, en la calle la gente que te humilla, fue horrible... pues hola pinche joto... mas compañeros de la escuela y todo. : no pues que, Yo traigo toda metido eso de las violaciones, de lo que sufrí con mis papás, de mis hermanos como se han portado, de.... pero si ahorita que salió otra vuelta a relucir, pues ahí lo traigo adentro, arrastrando. ahorita lo que queda de mí...el pinche bule (sic), que antes no era tanto como ahora, pero sí siempre ha existido. y si te dejas era peor...</i> 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pues Yo creo que a lo mejor mucha presión que no se habla, Yo me imagino que a veces uno trae cargando muchas cosas que no tiene con quien platicarlas así en profundidad, por ejemplo, lo que mi marido me hizo me tornó, Yo me imagino que él hijo (hijo homosexual) Presiones, Yo creo que sí, presiones de dinero, presiones de familia, de hijos... tristeza porque veo que no hay apoyo; angustia cuando no tiene el dinero, porque pues son muchos gastos, el respaldo que no lo tiene uno, que no cuente uno con la persona. Pero esa es la parte, o sea, del dinero; Pues Yo pienso que empezando conmigo y pues también todo lo que ha hecho uno de que "Chin, a lo mejor me equivoqué en esto".</i> 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>en ese entonces, pues había una carga de hijos, me puedo expresar así, "carga!! porque si era una carga, una carga emocional, por parte del esposo. una carga en el sentido, de que no sabía que iba a hacer con mi vida.</i> • <i>por un lado, estaba la tiroides; pero por otro lado estaba la parte ambiental, que estaba Yo viviendo, emocional en la casa, en la relación con el marido y de más; a que fui la numero 13 en mi casa, quizá si hubiera sido la de en medio, ni me hubiera pasado todo lo que me pasó.</i> 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>El recuerdo lo he manejado, ya no me resulta tan... ya no me lastima tanto, tanto ya no; me lastima cuando pienso que de no haber sufrido eso, Yo hubiera sido otra persona, hubiera sido otro tipo de persona, pero una mujer, una niña, luego mujer, lastimada, abusada, no comprendida, pues pienso que se convierte en una mujer con en la que Yo me convertí; en una mujer dura, en una mujer dura, enfocada a trabajar y a querer hacer cosas para mi hijo, como tener una casa... tener cosas que no tuve, prácticamente no tuve nada cuando era niña.</i> • <i>antes de llegar a este hospital, descubrí a mi esposo que había tenido que ver con una novia de mi hijo, fue entonces cuando me empecé a poner triste, primero enojada, luego triste</i> • <i>es que todavía estoy cargando culpa... no es vida esto, no es vida, es horrible, porque cada cosa cada sonido, cada olor, cada imagen, que me recuerda a lo que he vivido, no me deja escapar del pasado, de la verdad, del resultado, aunque haya hecho lo que haya hecho, pensando que hacia lo mejor, aunque me haga cargo de mi, aunque he querido hacerme cargo a fuerza de mi hijo, no lo cambié, así es; esto no es vivir</i> 	GETJ
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>. !... de lo que si estoy bien segura es que, si sufrí muchas cosas en toda la vida, toda mi vida que; bueno he sufrido, porque hasta ahorita todavía vengo con un sufrimiento, y sé que todo eso me ha hecho trastornos en mi cabeza. Todo eso que he pasado desde niña ha hecho que Yo este así, mal ... así es. porque no se tiene</i> 	DYTJ

		<p><i>el apoyo de nadie, porque anda en la vida uno solo, porque mucha gente piensa que con dejarnos ir ya es, ya no me importas, ya has lo que quieras, pero nunca se sientan a preguntar, que es lo que necesitas, que es lo ¿qué te hace falta? lo dejan a uno ahí solo; y es muy duro.</i></p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>pues problemas desde la niñez que tuve y que ahora, como ya me quedé sola, pues ya me están resultando. pues por problemas, de todo lo que viví desde chiquita, por problemas de mi esposo, que todo el tiempo nos peleamos.</i> 	MJ
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Extrañé mucho el frío, extrañé mucho la nieve. A los 14 años empezaron mis depresiones. me deprimía terriblemente. quería nada más estar en mi cuarto y llorando. y a oscuras. "Simplemente porque me quedaba sola. No. No estaba trabajando y no sabía qué hacer. Mi error fue jubilarme antes de tiempo A los 63 me quede en la casa, sola, sin que hacer."</i> • <i>me identifico más con él, porque tuvo él. Él sufrió mucho de chico, murió su papá cuando tena 7 años. Lo mandaron a vivir con unos parientes. lo quisieron becar a Londres, a una escuela de música, la tía con la que vivía no lo dejó. Entonces el también estaba frustrado. igual que Yo... no me dejaron bailar</i> 	CA
	No creo que sea mágico	<ul style="list-style-type: none"> • <i>pues a echarle ganas porque... tiene que estabilizarse esto...pues, si lo necesito, como dice él. Si lo necesito porque hay noches que nomás no, anoche, camine me fui temprano a caminar, me bañe... estuve leyendo, me encanto leer, las doce, la una y media, todavía vi el reloj a las dos: "francisco, tienes que trabajar mañana y hay evento, duérmete, duérmete" y ya me dormí.</i> • <i>pero si ahorita que salió otra vuelta a relucir, pues ahí lo traigo adentro, arrastrando. ahorita lo que queda de mi, pues no se con esto (pastillas), como dices que, me dio para un mes, y en el mes voy a venir otra vuelta para hacerme otra valoración, y a ver como sigo.</i> 	FR
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yo en ratos me siento triste y digo "tengo que saberlo manejar". Bien, bien. Nada más si tengo a veces tristeza, pero por lo mismo de las broncas diarias del dinero y de los hijos, de todo.</i> • <i>... "pero si esa pastillita, si tú vas a vivir cien años infeliz y si una pastilla te va a hacer feliz por un día, Yo voy y me la tomo". Entonces como que todos piensan ¿"pues sí, ¿verdad? vas a hacer infeliz a toda tu familia y a tí" entonces si ellos tienen esa preparación y ahorita los ocupamos, Yo diría, ¡bueno a mí me encanta! A mí me encanta, le digo, Sales como con otros ánimos, ves la vida diferente y eso... Yo digo que las dos cosas, para mí eran las dos cosas. Porque el psiquiatra nos da ramas</i> • <i>Que la diferencia, por ejemplo, que uno se interesó hasta hormonalmente, hacía test, si Yo no hablaba él me preguntaba; eso es muy importante porque uno no habla, Yo estaba muda, Yo no hablaba y él empieza: "oiga y esto, y con su esposo esto" y saca sus propias conclusiones con lo que Yo estoy contestando, sus hijos, de todo. Entonces cuando él toma la decisión de por dónde irse, pero el otro doctor no, nomás llegaba a la medicina y adiós; pero a no todo mundo le resulta lo mismo, eso pensé, pero duré tres años.</i> • <i>Yo como me había quitado esa angustia de la muerte ya hasta ahí, ya mi vida va a ser así.</i> 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>aquí lo tengo... pero es un medicamento, porque este doctor también me diagnostico como depresión profunda, y me tiene ahí como una deprimida. El medicamento me ayudado para dormir, y para equilibrarme en el punto de cuestiones de atención, si? de eso, para el sueño es fundamental, necesito dormir, necesito dormir en el sentido de, descansar. para otro día seguir adelante, continuar, con ganas de hacer las cosas, motivada. que nazca de aquí para poder hacer las cosas afuera, entonces ha contribuido. entonces Yo diría que si ha contribuido, y cuando he leído sobre la bioquímica cerebral y demás, creo que si contribuye en esa parte... obviamente, no</i> 	RE

		<i>obviamente; creo que también no puedo decir que gracias al medicamento, al 100 por ciento del medicamento, es que me siento como me siento, no.</i>	
		<ul style="list-style-type: none"> <i>pues que es como una ayuda, una ayuda. Porque no creo que sea mágico, porque hay mucho más en mi dolor en mi sentir que... y hay muchos años ahí, muchas vivencias como para que una píldora lo cambie, no creo; tuve ya bastantes terapias, y repito, estuve en los grupos para familiares, donde me dijeron, no puedes vivir atada a la culpa, porque no te va a dejar vivir... porque no puedes regresar el tiempo, solo puedes hacer por hoy, lo que creas que es conveniente, lo que creas que es correcto; pero es difícil sobrevivir a esto cuando ves que, la persona que amas, en este caso a mi hijo, se autodestruye diariamente... es difícil (llanto) no sentir ese dolor, es difícil.</i> 	GETJ
		<ul style="list-style-type: none"> <i>ahorita estoy tranquila con la fluoxetina, me hace como que pensar un poco más las cosas. pues sí... pero... quisiera estar bien, y no tener la necesidad de tomar medicamento, pero si me ayuda, porque me relaja muchísimo, y Yo sé que en algún momento no la voy a tomar, la doctora dijo que mi problema no era algo... con lo que pueda estar toda la vida, dijo que es más bien de superación. pues sí, pero pues para superarme necesito que lo que me rodea me apoye, y lo que me rodea nada más me da dinero.</i> <i>, y eso es lo que Yo necesito, y es lo que siempre he peleado, el no sentirme sola, el sentirme apapachado por alguien...(llanto) eso es lo que más me hace falta, Yo si siento que he sufrido demasiado.</i> 	DYTJ
		<ul style="list-style-type: none"> <i>si entiendo que es una ayuda, porque Yo deje el tratamiento y recaí, sino lo hubiera dejado; tal vez ahorita fuera otra cosa, trajera mi vida conmigo, pero no con tanto dolor; eso es lo que pienso.</i> <i>pues que es como una ayuda, una ayuda. Porque no creo que sea mágico, porque hay mucho más en mi dolor en mi sentir que... y hay muchos años ahí, muchas vivencias como para que una píldora lo cambie. pues ya la verdad no se exactamente qué es lo que tenga, ya no sé a quién creerle...</i> 	GE
		<ul style="list-style-type: none"> <i>pues..... ahí la llevo, pues es que apenas tengo como dos semanas, tres, pero si me he sentido mejor</i> 	MJ
		<ul style="list-style-type: none"> <i>enteramente igual, porque era... nomás, porque era frustrante, no, nada ha cambiado...</i> 	CA

9.2.4 Reflexiones de médicos psiquiatras

DURANTE EL ENCUENTRO – EVALUACIÓN (MÉDICOS PSIQUIATRAS)			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
Factores que se van acumulando	Yo creo que están anclados en su vida personal	<ul style="list-style-type: none"> Yo creo que están anclados en su vida personal y en el hospital de una manera u otra se van detonando algunos más. Si, separaciones, divorcios, infidelidades, drogas, violencia. Lo atribuyó a muchas razones a muchos factores, una serie de factores multifactores que se han agregado y que confluyen en un momento donde viene el problema percibido por las personas. Una serie de factores, digo factores personales factores familiares, factores del contexto, en su entorno... Un empleo para las personas no segurizante para un futuro inmediato. Empleos donde se vive al día, y hay muchas personas que se angustian o se preocupan de más por el futuro, Porque entonces, ¿qué va a pasar ¿después? Como un futuro desesperanzador, un futuro así. Un futuro incierto un futuro de no saber qué va a pasar a un año, a cinco, y están en esa desesperación continua de no saber qué va a pasar en 5 años, por el empleo por la pareja por los hijos. Pues los propios de la persona, de personas también que han vivido situaciones de vida difíciles, pues, orfandad en infancia. orfandad, orfandad literalmente ya sea de uno o ambos padres, y ese que quedó pues también, no, generó mucho desapego. Digo, de orfandad, violencia, abusos. Pues abusos que vivieron en su infancia, adolescencia, de tipo físico, sexuales, golpes, eso lo que Yo creo son factores que he considerado que se van acumulando a lo largo de la trayectoria de vida. 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> muchas situaciones de crianza, muchas situaciones de índole de ... personal de su crianza, de su desarrollo. Este... sí de su desarrollo personal, de su familia... este ... hay muchas situaciones, como vicios que se cargan desde los abuelos, los papas. ellos mismos los presentan, mucho dolor en la infancia, Yo diría que eso. 	EA
		<ul style="list-style-type: none"> Ahí ya es como otra cuestión más insatisfacción laboral, también problemas familiares, este... cierta insatisfacción con los proyectos que se tenían previamente de la vida, el mismo estrés laboral. En general, aquí y en todos lados, las encuestas de epidemiología son los padecimientos más frecuentes, pues no hay una causa única, hay desde factores genéticos, pero también toda la cuestión de estrés, ritmo de vida que llevamos, cada vez más presión desde económica, laboral, familiar, pues todo eso pues ya se tiene una vulnerabilidad, todo este ritmo de vida pues hace que se exprese esta vulnerabilidad y aparezca la enfermedad. Yo no puedo decir que una persona que tiene baja serotonina reacciona diferente a la otra que también tiene niveles bajos de serotonina. A mí no me explica por completo la enfermedad. Yo creo que esta vivencia, cómo cada una de las personas hacemos frente a los procesos difíciles de la vida es lo que nos da esta riqueza, 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> Entonces pues nadie, es difícil de primera intención, aun sabiendo pues el problema que vivimos cada vez mayores, en todas las esferas de la sociedad, pero es como difícil reconocer que nuestros problemas pudieras tener algún origen psicógeno, es más como "a mí me duele esto, Yo siento esto, Yo si considero que tengo que ir con el médico. tener algún estresor de la vida. A lo mejor por algunos problemas de pareja, problemas familiares, problemas con los papás; el consumo de la mayoría inicia en la adolescencia, secundaria, o comentan mucho esto de curiosidad, para pertenecer un grupo de amigos o sociales, es más o menos, se inician en la adolescencia, pero obviamente si le rascamos hay un trasfondo mucho más de disfunción en varias esferas, la familiar es prácticamente. Y otra cosa es la, casi casi es muy difícil separar el consumo sin que haya otro problema psiquiátrico. ya venía con una cadenita de muchísimos trastornos que desde la infancia se pudieron haber diagnosticado. pero desde el enfoque, Yo pienso que psicosocial hay muchos problemas de pareja, o sea, las familias son normalmente como muy disfuncionales; hay mucho 	CA

		<p><i>maltrato, muchísimo maltrato, violencia, básicamente es porque Yo veo es raro que lleguen preguntando, rascándole un poquito a cómo están en la familia, obviamente si mencionan que a lo mejor desde antes de que la propia familia, desde con los papás ya había un caos, muy desintegrada la familia... ese es el pan de cada día, normalmente los problemas de familia, los problemas de pareja, problemas económicos no se diga! Esos son los principales.</i></p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>procesos desde duelos por pérdidas de familiares y porque han tenido simplemente una vida muy difícil desde la infancia es que llega un momento en que ya no puede</i> 	HESJ D
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>historias difíciles, con malas relaciones de pareja, malas relaciones con los padres, situaciones económicas adversas, muchas condiciones que van provocando poco a poco que vayan desarrollando sus enfermedades. No todos los casos son así, algunos quizás sin factores claros externos desarrollan las enfermedades, pero, generalmente por lo menos en este hospital si cargan con historias complicadas.</i> 	HFAA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Híjole, la estadística de abuso sexual en mis pacientes, y a veces ni si quiera van para algo de depresión y van por otra cosa, pero cuando estoy haciendo la historia clínica y pregunto: ¿fue abusado sexualmente?, más de la mitad de mis pacientes !!! que entrevisto tuvieron un abuso sexual. El abuso sexual es un claro ejemplo ¿no? de un trauma, de un trauma muy complicado de asimilar de procesar. Que si te sucede sobre todo en la infancia o en la adolescencia te deja también predispuesto ¿no? Ósea, no hay mayor factor de riesgo para una depresión que haber vivido un trauma con una carga afectiva muy importante en tu vida. Te deja como inestable, ¿no? como, como que recursos tienes para defenderte de los demás simbólicamente y también literalmente ¿no? ósea Familias disfuncionales, padres divorciados, este... Lazos muy flexibles con la familia, no había como ese apego importante entonces ahora ellos como hombres, padres de familia también con muchos conflictos para relacionarse con su esposa, con sus hijos ¿no? y pues finalmente terminan en el abuso de algunas sustancias si ¿no?</i> 	MATJ

9.3 La salida del dispositivo psiquiátrico

9.3.1 Perspectivas del trayecto desde los consultantes

Tabla 16. DESPUÉS DEL ENCUENTRO			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
Las personas me señalan	Me veían raro.	<ul style="list-style-type: none"> no, no saben. mi esposo no sabe, él nunca supo, de nada ni que Yo iba con el.. a una vez me dijo que, si iba con el psicólogo, porque igual de loca que ellos, y era igual de problemática, que porque estudiamos, en su teoría de él, estudiamos psicología porque tenemos tantos problemas, que queremos solucionarlos. entonces no tenía caso que Yo le platicara nada. éramos dos extraños en la misma casa, no se puede vivir así, toda la vida... 	RE
		<ul style="list-style-type: none"> No, desde siempre, para él es como agredirme ir al psiquiatra, parece una agresión; pues Yo si estoy bien contenta, si tú no estás Yo si, si esa pastillita va a hacer que cambie mi vida, encantada. Yo creo que él se desesperó con mi enfermedad, porque Yo creo que nos desesperamos, nos cansamos, es una realidad. Todas mis amigas que se han enfermado, cansamos a los hijos, cansamos al marido, porque ya no, nos ven como tristes, como sin ganas, pero esa parte no la entienden porque ellos no han pasado eso Muy mal porque Yo pienso que de ahí Yo perdí mi familia realmente, o sea, que ya no hubo esa compenetración entre marido y mujer, y de muchas cosas ya no. Si, eso Yo creo que es muy raro porque recupero son muchos años de tratamiento sin que a él realmente nunca tuvo un acercamiento con los doctores como decirle "esto es una enfermedad, esto se va a desarrollar así", o sea, lo dejaron como fuera de mi enfermedad 	MC
		<ul style="list-style-type: none"> En la familia, y culturalmente de dónde venimos de Veracruz, ósea, esto de depresión, y que angustia, y que todo esto que le pasa a uno en la mente, no se toma muy en serio, se finge, piensan ellos que uno está fingiendo, que uno ya está loco, que oye, cómo? para que tanto medicamento, Yo deje de creer en esas cosas cuando me puse así, cuando probé el tratamiento que me dio la doctora; porque en realidad me ayudo, y porque pensé que nunca me iba a recuperar ya, Yo pensé que ya no iba, a recuperar el ánimo por vivir primero me veían raro, mi hermano y su familia, sus hijos, son testigos de jehová ellos; que no, que las cosas las arreglaba dios 	GETJ
	<ul style="list-style-type: none"> A veces las personas me señalan como en una ocasión, que estaba Yo cuidando a la niña de una amiga, Yo le dije que iba empezar a venir al psiquiatra; y le dije que iba a tomar medicamento, y ya no quiso que cuidara a su hija; que por los efectos del medicamento; me da risa los comentarios que hacen. al principio si me daba un poco de pena decir voy con el psiquiatra, pero ya me dan risa porque pues, me doy cuenta de que hay muchas personas en la calle trastornadas como Yo 	DYTJ	
	De mi vida	<ul style="list-style-type: none"> lo único que sé es que, si le he batallado, pero si se puede lograr... con las personas que me han ayudado, y con las personas que me.... simplemente tu ahorita, saque muchas cosas que a nadie le había contado... 	FR
<ul style="list-style-type: none"> sé que sin elecciones que uno a veces toma, pero que también te ves orillado por las mismas circunstancias que vives, que dices si me quedo aquí, me voy a morir; por ejemplo, a mí, mi situación, si me quedo aquí, Yo voy a matar este cabrón, del marido, lo voy matar un día en la noche, o va anochecer y no va amanecer; Yo pensé en matarlo. también he aprendido que, en la vida, no es difícil, tomar decisiones, lo difícil es vivir con esas decisiones que tomas; 		RE	

	<ul style="list-style-type: none"> • fue un gusto, y también que me hayas permitido decir cosas que nunca había dicho, como esa historia de mi madre, es una historia que Yo ahora la veo con nostalgia, teñida con un poquito de tristeza, pero más bien con nostalgia. • R: como mujeres, esa sororidad que debe de haber entre las mujeres, como me hubiera gustado mejor, no haber sido su hija, haber estado a un lado de ella como lo estuve con otras mujeres aquí en la vida, mis amigas que ya no están, por ejemplo, la de hace dos años, que ya no está. y esa historia nunca la había hablado, y creo que con esto la cierro, no es necesario que otra gente la conozca, y te agradezco mucho a ti también, creo que, que bueno que se dio esto, no se si tu creas en las coincidencias o qué, pero creo que era una necesidad mía, esto también y me siento muy ligera, me siento muy bien, gracias. y ojalá que le sirva de algo todo esto 	
	<ul style="list-style-type: none"> • ...Yo hubiera sido otra persona, hubiera sido otro tipo de persona, pero una mujer, una niña, luego mujer, lastimada, abusada, no comprendida, pues pienso que se convierte en una mujer con en la que Yo me convertí; en una mujer dura, en una mujer dura, enfocada a trabajar y a querer hacer cosas para mi hijo, como tener una casa... tener cosas que no tuve, prácticamente no tuve nada cuando era niña, 	GE
Existe el otro lado	<ul style="list-style-type: none"> • La gente señala a todo el mundo, sin saber qué es lo que trae arrastrando, así es. Por eso digo que las personas dicen que Yo he sufrido, pero no han sufrido realmente nada, nada, nada. Yo a veces me tuve que tener que ir a la central camionera, a con mis hijos a dormir ahí, aquí en México, en Puebla, en Sinaloa, porque no tenía a donde irme. La gente señala a todo el mundo, sin saber qué es lo que trae arrastrando, así es. 	DYTJ
	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser hasta indeseable la vida... hasta indeseable; a lo contrario que todos aquellos que piensan que la vida es lo más valioso, que la vida es buena, que la vida es para vivirla y disfrutarla, no, existe el otro lado, puede ser lo indeseable para personas como Yo; porque a veces he pensado en eso, en no haber nacido, he deseado no haber nacido, he deseado que no hubiera nacido mi hijo, he deseado cosas, quitarme la vida, la primera vez que recaí; ósea, porque no le veo nada de eso que dice la gente, de bonito de bella de que.. cada vez que oigo una cosa de esas digo, esta gente está loca, la vida es dolor; 	GETJ
	<ul style="list-style-type: none"> • ¡Porque así somos! Por qué, porque pensamos que está haciendo mal el otro, y a lo mejor no sabemos lo que trae atrás. Todo es por lo que trae uno atrás, por ejemplo, en mi caso, ¡que todo mundo me decía "Pues divórciate! ¿Por qué no te divorcias? si tu marido es así y así". 	MC

9.3.2 Perspectivas del trayecto desde los médicos psiquiatras

DESPUÉS DEL ENCUENTRO (PERSPECTIVAS MÉDICOS PSIQUIATRAS)			
TEMAS	CATEGORÍAS	RELATOS	CASO
<i>Me van a decir que estoy bien loco</i>	Si es muy estigmatizado	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Póngamele otro servicio, que no diga psiquiatría, porque si Yo lo llevo con mi jefe inmediato me puede correr, me va a quitar el trabajo, me va a cambiar de funciones, me va a decir que estoy bien loco y que ya no puedo ejercer". Amenaza de empleo, amenaza de roles "ah, tu como mamá pues ya no los puedes cuidar entonces vamos a ver quién te cuide a ti y que cuide a los hijos, ¿no? porque tú no puedes cuidarlos, cuando la mujer realmente puede cuidarlos, puede atenderlos, pero la percepción del marido, de los hermanos es esa.</i> 	IA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>sí es muy estigmatizado, si todavía sigue siendo muy estigmatizado...es que vengo, pero le dije a mi familia, que no venía para acá, le dije que venía con un doctor internista, con un internista o un cardiograma, que porque me siento mal" no?, y ya..."pero por favor no les diga que Usted es psiquiatra" (risas)... si, si me ha pasado... este ¿por qué?, pues, porque... no quiero que se espanten o que vayan a pensar que estoy loco... ¡Si! de pronto sí, en la familia, a lo mejor en la pareja, de pronto utiliza eso como, "ay, es que tú estás loca, o estás loco, es que vas con el psiquiatra"</i> 	EA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>De inicio "ya hasta a psiquiatría te mandaron, ya te estás volviendo loco y nos vas a volver locos a todo. Y al ir viendo los cambios a nivel positivo en cuanto a esta depresión, a esta ansiedad dirigiéndome a esas patologías, pues ellos mismos son los que fomentan que no se pierdan las citas, que sigan acudiendo al doctor.</i> 	BA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yo creo también médicos, el médico también, de repente la psiquiatría es como un poquito o un muchito estigmatizada. Algunos definitivamente prefieren no decir a la pareja, a la familia, y me lo dicen "¡por favor, no le diga! Si tiene que platicar con el familiar, no le diga la situación". Es muy frecuente, eso si que probablemente un paciente lo cataloguen como loco.</i> 	CA
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>. chin me y van a ver que estoy aquí, que van a decir de mi", entonces conforme vayan progresando en su proceso terapéutico, si he apreciado que van con más tranquilidad, con más felicidad, inclusive cuando llegan un punto, cuando das consulta, no tiene que ser tan frecuente te dicen: " hay apoco ya me va a dejar de ver tanto",</i> 	HES
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>"me van a drogar", "me quieren hacer dependiente a una sustancia" o "quieren modificar mi cerebro". Es parte complicado, a veces, digo, complicado pero padre, un reto siempre estar explicándole a la gente como funciona las sustancias en el cerebro, como cuando uno está deprimido.</i> 	MATJ