

**DE ESCARABAJOS Y OTROS BICHOS:
INTIMIDADES DEL PACIENTE MENTAL EN LOS
LABERINTOS DEL CAPITALISMO BIOMÉDICO ***

*Of Beetles and Other Bugs: Private Narratives of mental Patients
Caught Up in the Labyrinth of Biomedical Capitalism*

MARÍA ANGÉLICA OSPINA MARTÍNEZ **

Universidad Externado de Colombia · Bogotá

* Este artículo se deriva del proyecto de investigación “Entre el amor y el fármaco. Los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia” —realizado entre los años 2006 y 2008—, trabajo fundamentado además con pacientes psiquiátricos entre el 2006 y el 2010. Los nombres reales de las instituciones hospitalarias y de los pacientes con quienes se trabajó se velan con el objetivo de respetar su integridad. Los resultados presentados en este texto no fueron sometidos a ningún comité de ética, en la medida en que aquí la autora ejerce su derecho como paciente y usuaria del sistema de salud al hablar de su propia experiencia.

** maospinam@yahoo.es

Artículo de investigación recibido: 28 de octubre del 2010 · aprobado: 3 de diciembre del 2010

RESUMEN

El mercado global farmacéutico ha provocado en la actualidad una actitud distinta frente a la enfermedad. Médicos, enfermeros y terapeutas alópatas son hoy “ofertantes”, mientras sus pacientes se han convertido en “usuarios”, consumidores de bienes y servicios para aliviar su sufrimiento. El tratamiento de la enfermedad mental en el medio hospitalario no escapa de esta lógica mercantil de la biomedicina. A través de un relato etnográfico y de las narrativas de algunos pacientes institucionalizados, el artículo aborda algunas expresiones íntimas de la experiencia de la locura en el marco del capitalismo biomédico en Bogotá, Colombia.

Palabras clave: *autoetnografía, enfermedad mental, etnografía del capitalismo, medicalización del sufrimiento, mercado farmacéutico, psiquiatría biomédica.*

ABSTRACT

The global pharmaceutical market has given rise to a new and different attitude toward illness. Allopathic doctors, nurses, and therapists are now called “providers”, while their patients have become “users”, that is, consumers of goods and services aimed at relieving their pain. The treatment of mental illnesses in the hospital milieu does not escape this commercial logic of biomedicine. Through an ethnographic narrative and the stories of several institutionalized patients, the article addresses some of the private expressions of madness in the context of biomedical capitalism in Bogotá, Colombia.

Keywords: *auto-ethnography, mental illness, ethnography of capitalism, medicalization of suffering, pharmaceutical market, biomedical psychiatry.*

Tras una noche de sueño intranquilo, Gregorio Samsa despertó transformado en un enorme insecto.

FRANZ KAFKA, *La metamorfosis*

Sugestivos títulos en la prensa nacional han atendido, en los últimos años, a los bemoles del nuevo mercado global de la salud y su resonancia en el sistema colombiano de seguridad social: “Dávivas y regalos a médicos para que formulen drogas, cuestionados en E. U.; en Colombia son la norma” (*El Tiempo*, 2008, julio 16) y “Farmacéuticas influyen en decisiones de OMS, dice colombiano que trabajó en programa de medicamentos” (*El Tiempo*, 2010, septiembre 4), son apenas algunos ejemplos. Estos reportes han puesto mediáticamente en entredicho la supuesta objetividad del diagnóstico psiquiátrico, de cara a la tercera industria más rentable a escala mundial: la de los fármacos (Gómez, 2007).

En el mismo registro, en tanto la salud se ha vuelto mercadeable bajo el sello ideológico de la medicalización y la psicologización de la vida social (Kirmayer y Raikhel, 2009), un alto número de pacientes emerge hoy bajo el calificativo de “usuarios” o “consumidores” de bienes o de servicios que contribuyan a aliviar su sufrimiento. Desde hace décadas este tema ha captado la atención de un amplio sector de antropólogos, investigadores sociales y médicos, quienes ven en la biomedicina un franco ejemplo del capitalismo neoliberal globalizado (véanse Biehl, 2004; Dufour, 2007; Petryna et ál., 2006; Roudinesco, 1999; Van der Geest et ál., 1996; Whitaker, 2005, entre otros).

Algunos de estos autores analizan el fluido mercado farmacéutico desde la perspectiva marxista del fetichismo de la mercancía, aludiendo a la inmediatez y compulsiva relación entre sufriente y fármaco, este último como gran paradigma del consumo actual (Dufour, 2007). Otros, por su parte (véanse Bullard, 2002; Gómez, 2007), acentúan la idea de que, en el imperio contemporáneo de la bioquímica, se le ha arrancado la voz a todo sufrimiento individual y colectivo bajo el eslogan de obtener “soluciones farmacológicas a problemas psicosociales” (Jain y Jadhav, 2009). Otros más señalan la premisa del fármaco como *pharmakon*, aquel que, como señala Derrida (1997), guarda en

sí mismo la ambivalencia entre el remedio y el veneno, condición replicada hasta hoy cuando terapia, lúdica y compulsión se anudan en el eufemismo de “droga” (véanse Rivera Largacha, 2007; Uribe, 2002; Uribe y Vásquez, 2008).

Este panorama logró sorprenderme ahora, mientras mis diarios de campo de años anteriores seguían reclamando mi atención. Decidí, pues, en este artículo, revisar tal situación desde uno de mis previos trabajos etnográficos, en el que el punto de vista del sufriente fue nodal. Es la intimidad de la llamada “enfermedad mental” o, mejor, de la popular *locura*, el lugar elegido aquí para husmear por algunos vericuetos del capitalismo biomédico contemporáneo, en específico, el de la psiquiatría institucional dominante. Ese lugar de análisis —el de la etnografía, la experiencia y el relato en primera persona— es todavía muy restringido en la antropología médica en nuestro país y en otras partes del mundo, especialmente en lo atinente al campo psiquiátrico. Sin embargo, la vivencia en carne propia de la medicalización del sufrimiento nos impele día a día a indagar en su filigrana.

TARDE DE ESCARABAJOS

Entre el 2006 y el 2009 transité por el campo de la etnografía clínica con pacientes mentales institucionalizados y remitidos de algunas instituciones privadas de Bogotá. Como fruto de esa experiencia, concluí una investigación titulada *Entre el amor y el fármaco* (2010), donde me concentré en la vida cotidiana de la hospitalización psiquiátrica, en particular la de los pacientes diagnosticados con trastornos afectivos y de ansiedad¹. Durante este itinerario, a pesar de que atendí de

1 Según el vademécum dominante de la actual psiquiatría biomédica, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, por sus siglas en inglés) de la American Psychiatric Association (APA), los *trastornos afectivos* “tienen como característica principal una alteración del humor” (1995, p. 323). En esta categoría se incluyen *trastornos del estado de ánimo* como el trastorno depresivo (mayor y no especificado), el bipolar (tipos I y II, en el que se alternan la depresión y la manía), el distímico, el ciclotímico y los trastornos del estado del ánimo debidos a enfermedad médica, inducidos por sustancias o no especificados. Aunque en una categoría distinta, los *trastornos de ansiedad*, que se distinguen por crisis de angustia o de pánico, pueden asociarse con los trastornos afectivos. En esta categoría se encuentran la crisis de angustia y la agorafobia (con sus respectivas modalidades), la fobia específica y la social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno por estrés agudo y el trastorno de ansiedad generalizada y otras de sus modalidades (véase APA, 1995).

modo tangencial a los modelos explicativos del personal clínico, decidí privilegiar la palabra de los sufrientes. Mi interés era atrapado inevitablemente por sus historias acerca de la rutina diaria y la experiencia del encierro; del efecto de las medicinas y sus sensaciones corporales; de los amores y desamores con compañeros y funcionarios; de sus sentimientos, expectativas y frustraciones como hombres y mujeres estigmatizados, cuyo lastre era el desajuste social y la fragilidad de sus vínculos con otros, allá afuera. Traté sus narraciones como fuente explicativa de sus propios padecimientos²; fuente desconocida, de otra parte, por sus médicos, cuidadores, familiares y demás circunvecinos.

Aquel discurrir estaba también signado por mi propia vivencia como paciente. En medio de ella, elegí como recurso terapéutico el encuentro etnográfico, el cual, a su vez, me proporcionó una franca reflexividad, de cara a las narraciones de la experiencia hospitalaria del trastorno afectivo. Mi propia carne sabía bien de esas sensaciones relatadas por otros hospitalizados: sabía del sopor de las benzodiacepinas; de los temblores provocados por los estabilizadores del ánimo; del sentimiento de claustrofobia interna cuando los antipsicóticos provocaban rigidez muscular; de la ansiedad por una visita que solo arribaba a media tarde —si es que lo hacía— y era tan cruda como efímera³. Además de mis compañeros de internación, uno más hacía terca presencia: mi diario de campo.

En él quedaron consignadas impresiones que hoy rememoro como huella de ese sufrimiento compartido en ese único cuerpo de cuerpos: la tropa de pacientes; el rastro de una memoria que es la mía y la de otros, con mi letra y la de ellos, creativa y dolorosa en su conjunto. Sobreviene el recuerdo, por ejemplo, de esa plétora de sensaciones provocada por los hedores de la sala de cuidado psiquiátrico agudo o UCI (Unidad de Cuidado Intermedio). Un olor nauseabundo: aquel de alcoholes y desinfectantes que pretendían ocultar los miasmas de

2 En un sentido próximo, por ejemplo, a los trabajos de Das y Das (2007), Kleinman (1988), Kleinman et ál. (2006), Uribe y Vásquez (2008), quienes se acogen a la antropología médica basada en la narrativa y la experiencia.

3 Las benzodiacepinas —en tanto reductores de la ansiedad, inductores de sueño y/o relajantes musculares—, los estabilizadores del ánimo, los antipsicóticos y los antidepresivos son los tipos de psicofármacos más usados hoy en el tratamiento biomédico de los trastornos mentales.

las emanaciones corporales y la corrosión de los espacios. Un frío penetrante: aquel que inmisericorde traspasaba las delgadas batas verdes que apenas cubrían la desnudez de los enfermos, pero que bien cumplían con la indiferenciación del uniforme. Una legión de voces: delirios y lamentos, órdenes y reprimendas, todos desarticulados y mixturados a la vez. Y un inolvidable objeto: aquel gran reloj al fondo del salón, ese que a la vista de todos instalaba su *axis mundi* —como usualmente sucede en toda sala de observación clínica— y que, soberbio, desafiaba toda rutina con la tiranía del “tiempo suspendido”.

En las antípodas del reloj, mi camilla, muy cerca de las otras. La sala de la UCI no tenía intimidación alguna, reacción a lo cual era la excesiva introspección de cada paciente. Todos embebidos de psicofármacos y enredados entre sus sábanas, algunos atados de tobillos y muñecas a las barandas, recreaban una somnolienta atmósfera personal, desprendida de la vida exterior y, al tiempo, anhelante de ella. Pequeñas ventanas anunciaban tenuemente la luz del día, los aires del afuera. Adentro, un espacio reducido: un salón sin biombos que albergaba en dos hileras las camas de hombres y de mujeres; una garita en la que se apostaban los corpulentos enfermeros, guardianes del orden y de la farmacia; un baño húmedo, ureico y sin cerraduras, compartido por todos, y unas cuantas habitaciones cuyas puertas aseguradas confinaban a los enfermos más graves, presos además del sopor de los sedantes.

Uno de esos cuartos albergaba en soledad a un particular paciente. Se trataba de Roque⁴, el pequeño de nueve años que merodeaba de día, “suelto”, entre las camillas del gran salón. Sin duda, era el recluso más pequeño, más joven y, a mi juicio, más absurdo, en medio de esa misma atmósfera de absurdo que imperaba en el lugar. (¿No había acaso en la Clínica un pabellón pediátrico exclusivo para internos como él?⁵) A eso de las ocho de la mañana, Roque vagaba visitando a cada enfermo. A mí también me correspondería el turno. “Extraña visita”,

4 Nombre ficticio.

5 Esta clínica se distingue por contar con siete unidades diferenciadas: la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), el Pabellón de Hospitalización Femenino y el Masculino, el Pabellón de Hospitalización Gerontopsiquiátrico, la Clínica Diurna, el Programa de Rehabilitación Integral para Inimputables o Pacientes de Larga Estancia (PRI) y el Pabellón de Hospitalización para Enfermos Crónicos. Los menores de edad en estado agudo o grave son internados en el Pabellón Gerontopsiquiátrico. Uno de los pacientes adolescentes con quienes conversé en la institución, afirmaba

pensé al verlo aproximarse, pues era condición que solo médicos o enfermeros se acercaran a revisar las camas. Roque traía en su mano una copita anaranjada de aquellas que se usaban en la clínica para repartir las medicinas. Despacio, curioso, el chiquito buscó mis ojos y se plantó a mis pies, esperando alguna respuesta empática de mi parte. Una misión compleja la del pequeño, pues la mayoría de nosotros yacía aturdida, casi sin mirada, bajo los efectos de la farmacia y el delirio.

Al preguntar su nombre, Roque se acercó. Me susurró su edad a media lengua y se aventuró a revelarme, entre risas, el contenido del recipiente que empuñaba. No contenía ninguna píldora, por supuesto. En cambio, el pequeño había depositado en él, con cautela y picardía, su mascota particular, aquella que había cazado la tarde anterior en los prados de la Clínica mientras su madre lo visitaba. (“¿Por qué él puede salir de aquí y el resto no?”, pensaba yo en silencio, mientras me consolaba con la simple respuesta de que su condición infantil bien podía permitírsele.) Se trataba de un lánguido escarabajo pardo, azotado ya por su exceso de palabras y caricias, que intentaba infructuosamente —como nosotros— salir al mundo exterior. El fármaco había sido reemplazado por aquel animalillo y Roque se disponía a ofrecerlo como broma a algún paciente.

Dispuesto a su misión, el niño se retiró en puntillas para cumplir su cometido. Yo podía observarlo, a pesar de mi embotamiento, y pronto me hice cómplice distante de su travesura. Apenas se le acercó a una mujer que había sido recluida por adicción a las drogas y obsesión-compulsión, y que estaba amarrada a su cama, la enfermera de turno lo abordó bruscamente. Un vértigo infame me atravesó el estómago, mientras los berridos invadían toda la sala: “¡Abusivo! ¡Chino mamón! ¡Se lo advertimos! ¿Es que no quiere ver a su mamá? ¡Pues lo vamos a amarrar y se queda sin visitas!”.⁶ Entre réplicas, la enfermera y sus robustos colegas le arrebataron a Roque su mascota, lo sujetaron por los brazos y lo llevaron a rastras a uno de los cuartos cerrados. Sus sollozos y alaridos no se hicieron esperar y aumentaban a medida que lo

según su propia experiencia: “A todos los que usen pañal, los pasan al pabellón de los viejitos” (Ospina, 2006, julio [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

6 Véase Ospina (2007, abril 6 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana, Viernes Santo]).

reducían a las correas de la camilla: “¡Deje la pataleta! ¡Quédese quieto! ¡No sacuda la cabeza o, si no, se queda aquí y no ve a su mamá!”⁷.

Se escuchó un portazo que retumbó en el lugar y, acto seguido, el sonido de la llave que lo confinaba tras la puerta. El terrible silencio de la sala se doblegaba ante los gritos del pequeño, que aumentaban crudamente su volumen a lo largo del infinito tic-tac del reloj: “¡Mami, mami! ¡Me quiero ir de aquí!”⁸. No podía incorporarme, no podía reclamar; me invadió un llanto inconsolable que un irónico enfermero acudió a menguar: “¿Y por qué llora? ¡No llore!”, me profería burlón, mientras me obligaba a ingerir una pastilla. No supe en qué momento caí en un sueño profundo y desperté casi hora y media después. Con el pretexto de ir al baño me levanté lentamente y caminé cabizbaja por el corredor. Al descuido de los guardianes, logré alcanzar la puerta del cuarto de Roque, tras la cual aún se oían sus sollozos. Pero estaba bajo llave, no pude franquearla. Me eché frustrada en el suelo, consumida en lágrimas y en la idea pertinaz de “asaltar la farmacia”, quizás un delirio por disipar el dolor y la impotencia. Roque, de nueve años, cuyo único crimen había sido el de “hablar con los animales”, con los “bichos” del lugar, desolado y sometido padecía su leve condición de “retardo mental e hiperactividad” en una clínica psiquiátrica.



Al día siguiente, junto a otros cuantos, me “pasaron a piso”, expresión coloquial que se usa en la Clínica para referirse a la remisión desde la UCI a los pabellones de hospitalización. Días después, en una hora de visitas, pude advertir los brincos de Roque entre los prados. Con una bolsa en la mano, se había dedicado de nuevo a cazar incautos insectos. Apenas me vio, se me abalanzó corriendo y, tras él, su madre. Me enseñó de nuevo el contenido del empaque: cucarrones, moscas, hormigas y abejas departían a su pesar. Abrí mis ojos con expresión de alerta y le indiqué que podía sufrir una picadura de estas últimas, que era mejor que no las atrapara. Así pasó el tiempo de la visita, en medio de una inexperta clase de zoología que decidí impartirle al pequeño.

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*

Él se regodeaba en mis explicaciones, lanzaba preguntas sobre por qué unos tenían alas y otros no, y por qué él mismo no podía volar. Por ello, me pareció curioso el relato de su madre, quien aseguraba que Roque había sido diagnosticado con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Pero, más aun, me impresionaba a cada momento el hecho de que estuviera recluido allí, como un paciente mental más, mezclado entre la adultez del sufrimiento psíquico.

—¿Doña Gloria⁹, pero por qué el niño está acá? , le pregunté.

Doña Gloria: Lo traje aquí porque no me lo soporto en la casa. Él es muy agresivo, se me bota encima y me pega, no lo puedo controlar. Yo me lo aguanto la mayoría del tiempo, pero no, no... es muy berraco. No y es que el papá es el que me la tiene sentenciada. El niño es muy brusco y cada vez que ve al papá es peor... pero es que le tiene miedo. Mi marido sí que no le pasa ni media y no se lo aguanta. Cada vez que se porta mal o grita o algo, entonces lo levanta, le pega un grito y ya ahorita le está pegando muy seguido. El chino sale corriendo cada vez que lo ve, arranca a llorar y se me mete debajo de mis naguas. ¿Sabe qué? —pero no le diga a nadie... ahorita llega el papá, no le vaya a decir—. Yo me lo traje para acá porque ya no quiero que el papá me le pegue más, yo creo que el niño se ha puesto peor con eso. Y me tiene amenazada con que se va de la casa si no arreglo esto.

—Pero ¿luego no buscó institutos para que lo trataran, de esos que son especialmente para niños?

Doña Gloria: Pues sí, pero eso sale muy caro, usted no sabe lo caro que le sale a uno tener un chino con problemas... que el transporte, que no sé qué. Aquí es por la EPS y me lo atienden, no es la primera vez, y lo tienen aquí, sino que vuelve a salir y el mismo problema... Ya no sé qué más hacer.

—¿Y lo tienen con droga?

Doña Gloria: Sí, eso le dan una cosa pa'calmarlo. Y, a la larga, yo les digo: "Pues si es que está enfermo, démenle algo; si toca traerlo acá y que lo tengan un ratico pa'que se calme, yo lo traigo". Yo no tengo plata pa'gastarle en institutos, fundaciones; yo soy pobre y vivo lejos, como dicen. Además, mientras él está aquí, eso

9 Nombre ficticio.

es como un respiro para mí. No es que yo no lo quiera, pero eso es muy duro lo que le toca a uno como mamá y más con un papá desinteresado.¹⁰

Hoy recuerdo con gracia mi apelativo de “doña” al referirme a ella, pues, a todas luces, Gloria era una joven mujer humilde, de unos veintiocho años quizá, pero de apariencia envejecida y facciones de amargura. Al final de la visita, llegó el padre de Roque, joven también, quien decía trabajar en “la rusa”, como obrero de construcción. Corroboré el relato de la mujer, cuando su hijo, temeroso, salió corriendo a resguardarse tras sus piernas en el momento en que vio a su padre acercarse. Evidentemente, se trataba de un hombre recio que, para la visita, se encontraba malhumorado. En mi presencia intentó reprender a su hijo tomándolo con fuerza de un brazo porque “no se quedaba quieto”, pero a una señal de su esposa, se retractó de inmediato.

Esa tarde, tarde de escarabajos, atragantada en lágrimas entre mi cama al término de la visita, comencé de nuevo a obsesionarme —como hacía semanas— con el sollozo de un niño. Sabía bien que ese llanto no procedía de afuera; era una de mis tantas ideas obsesivas, esta vez, en la forma de un sonido imaginado. El amable psiquiatra de turno, un residente de la Universidad Nacional, llegó a verme a la habitación y me notó descompuesta. Se sentó a mi lado y me interrogó sobre mi tristeza, y yo, inocente, le revelé mi obsesión con el lloriqueo infantil. Me esmeré, no obstante, en explicarle que no provenía del exterior sino que estaba en mi cabeza, en el límite de mi oído; que era más parecido a cuando a uno se le “pega” una canción y, a veces, se le sube de más el volumen... Porque, me decía a mí misma, ¿a quién no le ha sucedido esto?

Suficiente tuvo el grupo de psiquiatras con mi relato, interpretado por ellos como “alucinatorio”. Tres días después se había decidido un nuevo diagnóstico para mi “mal”; un cuarto y distinto diagnóstico en mis tránsitos psicoterapéuticos que, por supuesto, implicaba a su vez un enésimo tratamiento farmacológico. Esta vez me comunicaron que sufría de un trastorno esquizoafectivo, siguiente parada

¹⁰ Conversación con Doña Gloria, madre de Roque (Ospina, 2007, abril 7 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

después del supuesto trastorno afectivo bipolar tipo II¹¹ que ya me estaban tratando:

Me pregunto cómo puede haber un polidiagnóstico de enfermedad mental como el mío: de depresión y ansiedad a TAB y, luego, la sorpresita de hoy [...] Me encuentro al límite de consumir antipsicóticos. “Puede ser algo neurológico”, dicen los psiquiatras. Por ahora, carbonato de litio como “estabilizador del estado de ánimo” [...] También benzodiazepinas nocturnas, en este caso, Clonazepam (Rivotril). Pero si se deciden por el “esquizoafectivo”, se me abre la puerta inmediata al Haloperidol y/o la Clozapina¹². [...] Estoy muerta de miedo por tener que tomar esas pastillas. Ni siquiera sé lo que para ellos son las tales “alucinaciones auditivas”.¹³

Bien sabía para entonces que en estos tratamientos actuales de la “locura” era definitivo el componente alucinatorio y/o delirante, el cual continúa distinguiendo a los psicóticos de los neuróticos. En la práctica psiquiátrica, la gravedad del diagnóstico y el consecuente pronóstico todavía dependen mucho de esta vieja idea, aunque en la teoría haya otros desarrollos. En algún punto, los médicos decidieron que

11 Según los criterios diagnósticos del DSM-IV, el trastorno esquizoafectivo “es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo [es decir, depresivo, maniaco, hipomaniaco o mixto] y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo” (APA, 1995, p. 280). Por su parte, el trastorno afectivo bipolar tipo II o TAB II “se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco” (APA, 1995, p. 323). El episodio hipomaniaco no debe ir acompañado por delirios ni alucinaciones y se define como “un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días [...] [acompañado por al menos tres de estos síntomas:] aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves” (APA, 1995, p. 342).

12 El clonazepam —como el diazepam (Valium) o el alprazolam (Xanax)— es una benzodiazepina, la cual, como ya expliqué, funciona primordialmente como reductor de la ansiedad e inductor del sueño; por su alto nivel de tolerancia y sus efectos casi inmediatos puede generar dependencia, razón por la cual es de amplio consumo. El haloperidol y la clozapina son antipsicóticos que, en general, se usan para el manejo de síntomas alucinatorios y delirantes.

13 Véase Ospina (2007, abril 10 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

mis ideas obsesivas —aquellas bien descritas por otra paciente como “ideas mosquito”¹⁴— no eran más que alucinaciones auditivas. Aquí no valieron mis explicaciones, menos aún dada la cualidad “sonora” de mi obsesión. Para silenciar ese llanto infantil que me perturbaba —ese que era tanto de Roque como el mío propio, pero por cuya raíz ningún facultativo indagó— debía someterme a la acción antipsicótica de un coctel de fármacos. Yo conocía bien lo que me esperaba: había pasado de ser una “dramática maniaco-depresiva” a una “loca de verdad”. Los antipsicóticos —como sus posteriores efectos secundarios— eran prueba de ello.

Entre la reclusión forzosa, las “ideas mosquito” y los efectos secundarios de las medicinas, pronto me advertiría, luego de tantas noches intranquilas, convertida en un kafkiano insecto. Uno de esos con caparazón, fabricado con la rigidez y el letargo de los psicofármacos y que apenas contenía mi terrible inquietud. Como me decía una de mis compañeras de internación, tanto la locura como la acción farmacológica provocan una conciencia inusitada sobre el propio cuerpo: “Solo hasta ser paciente de la clínica me di cuenta de cómo reaccionaba mi cuerpo, reacciones que uno nunca se imagina”¹⁵. Un cuerpo animal que, al mismo tiempo que se sensibiliza de nuevos modos, termina por habituarse compulsivamente a la anestesia de la manera más humana. Emergía así una cómoda costumbre hacia ese fármaco que parecía anular el dolor de la vida cotidiana. Y, por lo demás, aparecía en escena un “lenguaje zoológico” del cual podíamos echar mano como los pacientes que éramos, a regañadientes.

ANIMALIDADES PSIQUIÁTRICAS

Deambulando por salas y pasillos, los internos pronto advierten que son objeto ineludible de las miradas curiosas de los “cuernos”, sean éstos funcionarios de la clínica o visitantes. Miradas replicadas

14 Esta metáfora de las “ideas mosquito” era utilizada por una joven paciente universitaria diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), cuya entrevista clínica videograbada conocí alguna vez. Al hablar de esta figura, la joven se refería al carácter intrusivo, molesto y pertinaz de sus ideas obsesivas e incluso decía tener que hacer el ademán de “espantarlas”, como a los mosquitos, cuando estas la atacaban de repente.

15 Entrevista informal con Yaneth, paciente diagnosticada con trastorno afectivo bipolar I (Ospina, 2006, julio [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

en las rondas de residentes, aunque mucho más moderadas de parte de los psiquiatras en la intimidad de sus consultorios, en donde más bien ojean de soslayo a los pacientes y privilegian el primer plano de su computador, aquel que les revela las historias clínicas. Yo también notaría dicho escrutinio: tras la inquisición ocucéntrica que recibía de otros, recordaba con frecuencia *El nacimiento de la clínica* de Foucault (2003, p. 4) y su acento en la positivista mirada biomédica:

Una mirada un poco más meticulosa, un recorrido verbal más lento y mejor apoyado en las cosas, valores epitéticos finos, a veces algo enredados, ¿no es simplemente, en el lenguaje médico, la proliferación de un estilo que desde la medicina galénica ha tenido, ante el gris de las cosas y de sus formas, playas de cualidades?

Mientras que, a través del escarnio, “el facultativo reduce los problemas en la vida de su enfermo a instancias de una fisiología desordenada” (Uribe, 1999, p. 220), la respuesta de los internos toma forma en sus expresiones cotidianas, cuando interpretan este acto como una suerte de voyeurismo psiquiátrico. Pero además, en su “carrera moral”¹⁶ dentro de la clínica, emerge todo tipo de figuras con las que se califican a sí mismos y a sus inquisidores. Me era, pues, muy cotidiano escuchar a mis compañeros apodándose como “animales” o percibiéndose a sí mismos como tales, en una constante analogía entre “animalidad” y “locura”. Y, claro, esas metáforas zoológicas, esas “animalidades”, también surgían como respuesta a los técnicos lenguajes biomédicos: enfermeros, funcionarios y psiquiatras eran diariamente bautizados en esos términos, al igual que sus prácticas.

Wilmer¹⁷, reinsertado de la guerrilla y actual conserje, se encontraba interno en la clínica por una amnesia temporal derivada de un intento de suicidio: se había golpeado inmisericordemente contra las paredes cuando su esposa lo encontró en flagrancia con su amante y había amenazado luego con abandonarlo. A pesar de lo dramático del evento, Wilmer siempre me insistió en que él “no estaba loco”: “Lo que pasa es que usted me puede decir que vaya y le casque o mate a

16 Para usar el clásico término que Erving Goffman (2004) le atribuyó al tránsito de los pacientes mentales por las instituciones psiquiátricas, donde su mismidad se reduce y se modifica a través de las rutinas y espacios controlados por el personal clínico.

17 Nombre ficticio.

cualquiera, y no me importa. Pero las cosas del amor sí me dan tres vueltas, con eso no soy capaz”¹⁸. Su autodiagnóstico, además de la amnesia, era entonces una lícita e instantánea “locura por amor”, mas no una “locura de verdad” de las que son equiparables a la esquizofrenia.

De quienes transitaban a mi lado por la hospitalización, Wilmer fue quien se acercó primero a impartirme instrucciones sobre cómo debía uno moverse en la clínica. También solía advertirme de los “King-Kong” —los enfermeros que reducían a los pacientes agresivos— e insistía en que, en cuanto “especies de zoológico”, todos éramos auscultados de manera permanente por el personal clínico. Así, ante esa mirada inquisidora, había que aprender a ser hábil en la conducta cotidiana para conseguir una estadía tranquila y una muy pronta remisión: “Intégrese a las actividades; los terapeutas observan con cuidado a cada paciente y pasan reportes de su desempeño [...] Ellos registran todo lo que ven, nos observan y toman nota desde las ventanas [...] Parecen como los de *National Geographic*”¹⁹.

Y es que mi compañero se excedía en apelativos de este tipo cuando de etiquetar personajes y situaciones se trataba. Para él, por ejemplo, la UCI era una suerte de muestrario circense en el que los pacientes fungían como bestias y los médicos y enfermeros como sus domadores. Así describía las rondas de psiquiatras: “... todos se paran a mirar el león, o ‘mire ese animal tan raro’. Así veía yo que miraban a la gente. Y pasaban a mirar la otra, y este tiene esto o aquello”²⁰. Un tema central en esta relación, además de la auscultación visual, era el castigo de la agresividad de los internos, punición que Wilmer asociaba con el “maltrato animal”. De hecho, él decía haber aprendido la conducta adecuada como paciente para no recibir escarmiento alguno, a la manera de un espécimen en cautiverio:

A mí me daba miedo moverme o hacer un movimiento malo, porque de pronto me amarraban. Entonces como que yo estaba tranquilo [...] Había una [paciente] frente a mí que tenía la manía de que si veía algo en el piso, ella se levantaba, lo recogía y lo ponía

18 Entrevista informal con Wilmer (Ospina, 2006, agosto [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

19 *Ibid.*

20 Entrevista semiestructurada con Wilmer, en Bogotá (Ospina, 2006, septiembre 2 [en audio]).

allá. Le decían: “Si no se acuesta, la amarramos” [...] Además, como que no se podía hablar muy duro, porque ellos son los que mandan, son los que gritan, son los que ordenan y todos tienen que hacer eso o, si no, los amarran. [...] Sí, estuve más bien sedado. Y estuve calmado. Yo trataba de hacer los menos movimientos posibles [...] porque “ojo me amarran”. Me parecía tenaz.²¹

En otros espacios de la hospitalización solían pulular también las “animalidades”. En las tardes, después de las cinco, la rutina mutaba según el género de los pacientes cuando a hombres y mujeres nos separaban en dos pabellones distintos, aislados ambos del resto de la clínica y divididos entre sí por la enfermería y la farmacia del piso. Cada ala se componía de un largo pasillo que desembocaba en una ventana por la cual la enfermera despachaba los medicamentos de la mañana, el mediodía y la noche. Un umbral que, además, cumplía con el cometido de comunicar a los internos, muy a pesar de la enfermera que debía apostarse con paciencia en su garita. Entre las cinco y las nueve de la noche era el tiempo del ventaneo, del chisme y el chiste, del coqueteo y el cruce de papelitos entre damiselas y caballeros atrapados en el mismo encierro. Y, por supuesto, también era el tiempo obligado para departir en intimidad con los compañeros del mismo sexo, las más de las veces en torno a las telenovelas nacionales emitidas en el único televisor de cada ala.

Mi pabellón particular era el imperio de las intimidaciones femeninas: algunas veces plagadas de envidia y celos —con frecuencia por cuenta de algún paciente hombre—, otras colmadas de contacto o de silencio —como entre quienes se hallaban más sedadas—, pero, en general, a pesar de cualquier pronóstico, se distinguía una atmósfera afectuosa y solidaria. Ese espacio-tiempo femenino, aunque precario, suplía la notable escasez de interlocución, de vínculo, de estima y reconocimiento, todos arrebatados tanto por el estigma de la locura en el afuera como por la asepsia de la práctica psiquiátrica en el adentro. Aquellas historias soslayadas en el encuentro clínico por ser supuestamente “epifenoménicas” y no constituyentes de la enfermedad —o “mero ruido” (Berrios, 1996)—, afloraban por doquier en las reuniones

²¹ *Ibid.*

que los internos procuraban en patios, comedores y pabellones, igual como sucedía con todos los actos del contacto físico, desde las caricias hasta las agresiones.

En la clínica, como siempre, los “afectivos” se aman estrambóticamente, hasta el absurdo del contacto. El frío de la edificación nos acerca mucho más. Circulamos comida entre pabellones y no puede faltar el cigarrillo clandestino. Toda esa hipersensibilidad y vulnerabilidad están a flor de piel, en la cúspide de la necesidad, de la demanda, del tacto.²²

En el pabellón femenino también se hacía gala de la vanidad. Todas las internas intentábamos remediar mutuamente nuestros desaliños, nuestra fealdad de olores, de cabellos enmarañados, pieles reseca, ojos desorbitados, uñas sucias y gruesos envoltorios para el frío. De ahí que uno de los códigos predominantes de nuestra tropa fuera el intercambio de objetos como espejos, peines, accesorios o maquillaje, y de servicios cosméticos en general. Y en esa interacción cotidiana, además, hacía presencia constante aquel lenguaje zoológico por medio del cual nos nombrábamos y lidiábamos con nuestra supuesta condición mórbida. Así, durante una de mis estancias, en nuestra modesta “jaula de las locas” solían entrar en escena, por ejemplo, Pajarito, la Culeca y la Leoparda²³, tres internas que definían al grupo de pacientes como una “manada” y, en particular, a la tropa de mujeres como un manotajo de “hembras en celo que preferían estar muertas antes que feas o desarregladas”²⁴.

Pajarito había sido diagnosticada con un serio trastorno esquizoafectivo y los médicos la mantenían bajo antipsicóticos y reductores de ansiedad. Una gran parte de su tiempo permanecía alestargada y

22 Véase Ospina (2007, abril 10 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]). Las prácticas de acicalamiento mutuo o *grooming* han sido bien documentadas por los etólogos, quienes las proponen como una estrategia social para fortalecer los vínculos afectivos en las manadas de primates. Resulta ser que el acicalamiento aflora con vehemencia en los grupos de pacientes psiquiátricos, con mayor énfasis entre las mujeres o entre hombres y mujeres, hasta el punto de reemplazar la interacción verbal.

23 Sobrenombres reales con los cuales se distinguían entre los internos, mas no entre los funcionarios.

24 Véase Ospina (2007, abril [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

decía ver pasar cada minuto en cámara lenta. La recuerdo moverse despacio, sonreírse despacio; era menuda, pequeña y con una escasa cabellera negra que, al lavarla, tardaba mucho en secarse. Vivía presa del frío y del estremecimiento que este le provocaba. Como sucede con muchos otros pacientes mentales, era muy difícil calcular su edad, pues reunía la ambivalencia de unas formas femeninas bien definidas pero encapsuladas en una apariencia infantil. Sabíamos que sus crisis sobrevenían cuando se le empezaba a notar agitada y revoloteaba sin ton ni son de un lado a otro. Por todos esos atributos se había ganado el alias de *Pajarito*.

Nunca supe la historia de esta frágil mujer. A pesar de que ella siempre procuraba estar a mi lado, decía no poder hablar de sí misma: “Yo lo que soy es solo pastillas, yo soy pastillas, yo ya no tengo palabras sino pastillas... Yo no hago nada afuera, siempre tengo mucho sueño y me pesa el cuerpo que está lleno, todo lleno de pastillas...”²⁵. Pajarito era muy gustosa del contacto físico y, por ello, buscaba incesantemente que cualquier interna la acicalara, le prestara un cepillo para su pelo o le abrigara sus manos siempre heladas y sudorosas. Estas demandas se acrecentaban, incluso hasta el llanto, cuando era blanco de la ansiedad. Su interlocución con otros se restringía a la solicitud de contacto físico, en particular aquel relacionado con la cosmética. Por ello, Pajarito era la principal usuaria de la estilista del pabellón, Ruth²⁶, a quien apodaban la *Culeca*.

Esta interna no habría de tener en ese entonces más de cuarenta y cinco años, aun cuando su piel apergaminada reflejaba un envejecimiento prematuro. Le decían la Culeca porque asemejaba una gallina clueca con su escaso pelo corto, anaranjado y despeinado, y su permanente inquietud, rasgo característico —según los psiquiatras— de su bipolaridad en fase maniaca. Su familia la había engañado para recluirla en la clínica: la convencieron una tarde de permanecer en el segundo piso de su casa, mientras arribaba una ambulancia y los paramédicos subían por ella, casi como en las épocas de la cacería de locos, a pesar de que, en este caso, reemplazaron la camisa de fuerza por una

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Nombre ficticio.

inyección de lorazepam²⁷. La familia argüía que Ruth había entrado en una crisis de manía, dado su rechazo ante el tratamiento farmacológico: “Es que no me gusta tomarme la droga... ese litio me da tembladera y yo que soy estilista, ¡imagínese!, ¡no puedo hacer ni un manicure!”²⁸.

Lo cierto era que, a pesar de ese desagradable efecto sobre su cuerpo, la Culeca veía la manera de vencer la torpeza de los temblores haciendo gala de su destreza cosmetológica, esa que a cualquiera le demanda gran pericia y motricidad. A la hora de nuestro encierro vespertino, iba directo a su habitación a buscar el neceser de belleza y lo dejaba en la sala de televisión como seña pública de que, como anunciaba vigorosamente, ya había “abierto el chuzo”²⁹. Aplaudía y ofrecía sus servicios, mientras la Leoparda le ayudaba como pregonera:

¿Quién quiere estar bonita? ¿Quién se apuntó, a ver, quién quiere la uñita linda? ¿O, a lo mejor, un buen peinado, una estucadita³⁰ en la cara? Allá la chica... acuérdesese que tiene que mantener concentradito a su hombre... ¡A ver, a ver! ¿Quién se apuntó?³¹

La Culeca se aprestaba a ofrecer cuanta técnica de embellecimiento le solicitáramos, desplegando toda su agitación, verborrea e inquietud: “Es que cuando yo trabajo, me gusta hacerlo rápido, aunque no por eso lo hago mal. En este trabajo toca ser bien pulida”³², nos afirmaba siempre enfática. Y procedía entonces a humectarnos las manos con crema, a cortarnos la cutícula sobrante y a aplicarnos esmalte, todo muy, muy rápido y diestro. Nos convenía de que no había mejor técnica para secar la pintura de las uñas que meterlas entre agua fría, pero que ir hasta el baño era inoficioso, así que ella misma se encargaba de lamernos y soplarnos cada dedo. Cuando terminaba y nadie más quería sus servicios, quedaba inquieta en demasía y con la

27 El lorazepam es un ansiolítico o reductor de la ansiedad del grupo de las benzodiazepinas. Tiene efectos sedantes, hipnóticos y relajantes musculares, y se usa con frecuencia en el manejo de crisis mentales agudas.

28 Véase Ospina (2007, abril [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

29 *Ibid.*

“Abrir el chuzo” hace referencia a “abrir el propio negocio y empezar a atenderlo”.

30 “Estucarse” hace alusión a “maquillarse”.

31 Véase Ospina (2007, abril [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

32 *Ibid.*

latente conciencia del encierro. Esa era mi propia sensación también. Así que, en ese momento, yo siempre la invitaba sin falta a jugar, a hacer carreras de cabalitos por el interminable pasillo de nuestro pabellón, pegando brincos de un extremo a otro hasta que nos vencía el cansancio.

A todas, inequívocamente, mientras ciertos efectos de los psicofármacos nos complacían, otros muchos podían llegar a hacernos trizas. Así como Pajarito, la Culeca me narraba con desconsuelo las consecuencias de su tratamiento con medicinas para su trastorno afectivo bipolar:

Ruth: Yo soy estilista de profesión, eso es lo que más me gusta hacer. Pero resulta que, hace años, desde que me dijeron que soy bipolar y me están dando esta droga, mi familia dice que no puedo trabajar, que ya no me puedo hacer cargo del salón [de belleza]. Por eso es que odio tomarme las malditas pepas. Ahorita me da mucha angustia salir de aquí porque me van a encerrar en mi casa, no me van a dejar hacer nada y a mí me da mucho desespero y mucha tristeza... Si yo no trabajo, me siento morir... Yo soy estilista; si no me dejan trabajar, ya no sería nada. Pero no ve que como mi palabra no vale... Yo que soy la más vieja de la casa y nadie me respeta.³³

Impresiones como esta solían abundar. En muchos relatos de pacientes mentales bajo tratamiento psiquiátrico biomédico se vislumbra un progresivo deterioro en su calidad de vida como consecuencia del consumo de psicofármacos a largo plazo, bien sea en el plano económico, socioafectivo, físico o emocional³⁴. La Culeca correlacionaba su diagnóstico de bipolaridad y su tratamiento farmacológico con la anulación de su propia persona en los ámbitos parental y productivo. Según su criterio, el estigma de la locura había signado su vida desde el momento mismo del diagnóstico y tomó mayor fuerza en los consecuentes talleres de psicoeducación a los que ella y su familia debieron someterse

33 Conversación con Ruth, la Culeca (Ospina, 2007, abril 13 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

34 Los trabajos de Robert Whitaker (2002, 2005, 2010) tratan este tema en particular en contextos altamente (bio)medicalizados en torno a la enfermedad mental.

en su itinerario hospitalario³⁵. Allí, médicos y enfermeras se empeñaron en persuadirlos del carácter predominantemente orgánico de la manía y la depresión de Ruth, sin otorgar mayor espacio a su historia vital, ni mucho menos a sus opiniones, sentimientos, necesidades y expectativas, todos ellos excluidos del tratamiento tanto como su propia voz.

Su tribulación, además, se veía amplificada por los efectos de las medicinas sobre su cuerpo. Se le había prescrito haloperidol como antipsicótico y carbonato de litio, el cual se usa en el tratamiento de la bipolaridad por su efecto estabilizador del estado de ánimo, es decir, contribuye a reemplazar las oscilaciones abruptas entre manía y depresión por un ánimo más equilibrado. Pero, como todo fármaco —o *pharmakon*—, el alivio que éstos suponían como “remedios” implicaban, en simultánea, padecer el costo de sus propiedades como “venenos”. Además del temblor incontrolable en las manos, Ruth se percibía por momentos como “un carro a mil por hora”, pero apesado en su externa rigidez muscular. También decía haber notado un adelgazamiento en los pocos cabellos que le quedaban y sentirse desfallecer en ciertos días por cuenta del aletargamiento y la debilidad. Todas esas sensaciones le impedían desempeñarse con destreza en su labor de estilista y le afligían profundamente en su vida cotidiana, aquella que además se atiborró de controles médicos, exámenes permanentes de laboratorio³⁶ y al menos una consulta psiquiátrica mensual.

35 En los programas de tratamiento biomédico de la enfermedad mental en el sistema de salud colombiano, una parte importante la constituyen los talleres psicoeducativos. Estos son coordinados y ejecutados generalmente por psicólogas de enfoque cognitivo-conductual —y, en muy pocos casos, sistémico y psicodinámico—, quienes pretenden informar a las familias y a los pacientes sobre los síntomas característicos de cada trastorno, sus causas, su lógica, su pronóstico y su tratamiento correlativo. Los talleres se valen de charlas, psicodramas, socializaciones, elaboración de carteleras y dibujos, entre otros, con el objetivo de fortalecer lo que ellos definen como *conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento* (véase Ospina, 2010).

36 Particularmente cuando se consume carbonato de litio, el paciente debe someterse a evaluaciones del nivel de dicho químico en la sangre, dado que tiene un alto nivel de toxicidad. Además, debe hacerse chequear periódicamente sus niveles de glicemia, su peso y tensión arterial, y sus funciones cardíaca, hepática y renal, todos aspectos que reciben gran impacto de este fármaco. Esta situación de inmediato convierte a los bipolares bajo tratamiento farmacológico en pacientes crónicos, no solo mentales sino somáticos.

Y es que, en general, los síntomas agudos de trastornos como la bipolaridad, la depresión, la ansiedad o la esquizoafectividad parecen aliviarse en el primer encuentro con los fármacos, situación que para ciertos pacientes se mantiene en el largo plazo, mientras que para otros puede empeorar (véase Whitaker, 2005, 2010). Sea como fuere, los síntomas originales siempre parecen ser *reemplazados* por otros a los que en el argot técnico biomédico se les conoce como “efectos secundarios”, “colaterales” o “adversos”. Estos, a pesar de ser desagradables, incapacitantes e incluso peligrosos, suelen ser trivializados por los psiquiatras en comparación con los delirios, las alucinaciones, la manía o el insomnio, entre otros. Precisamente, otra de las internas, Carmenza³⁷, era apodada la *Leoparda* porque en sus primeros días de hospitalización vimos aparecer con asombro en sus piernas una gran cantidad de manchas violáceas. Ella manifestaba que su piel moteada, como de leopardo, era una reacción alérgica al haloperidol que le suministraban, información que ella decía haberle comentado a su psiquiatra, pero que al final se había pasado por alto al atender el protocolo burocrático del Plan Obligatorio de Salud (POS):

Carmenza: No me dan la olanzapina, que es la que mejor me sienta, porque no está en el POS. Y fuera de todo, la caja de eso está como en 300 mil pesos y nosotros con mi familia somos bien pobres. Entonces, me tienen que dar primero el haloperidol para que, cuando me haga mal, autoricen cambiar el medicamento. Y ni así, porque el doctor me dijo que después de quitarme el haloperidol seguían con la clozapina, pero que esa es muy fuerte, entonces que pa'que me dieran olanzapina tenía que poner una tutela.³⁸

Una noche, cansada de la angustia por sus manchas, Carmenza atendió remilgosa el llamado de la enfermera para el suministro diario de medicinas. Al llegar a la farmacia, levantó su falda y le enseñó a la boticaria sus piernas de leopardo, mientras vociferaba insultos y reclamos: “¡Yo no me voy a tomar más ese maldito haloperidol, mire cómo tengo las piernas! ¡Yo ya le dije al doctor, así que no me lo voy

³⁷ Nombre ficticio.

³⁸ Conversación con Carmenza, la *Leoparda* (Ospina, 2007, abril 12 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

a tomar!”³⁹. La enfermera le replicaba que ella solo cumplía órdenes y que si no recibía el medicamento o seguía exaltándose, no habría más remedio que llevarla a la UCI como castigo. Extendió la misma amenaza a las demás pacientes, quienes también mostramos signos de inconformidad con la situación de Carmenza. A ella, le insistíamos en que tenía todo el derecho de negarse a consumir una medicina que la perjudicaba y que, además, debía procurar mantenerse informada sobre los efectos y objetivos de sus prescripciones farmacéuticas. No obstante, yo bien sabía que los pacientes que realizan abiertamente dichas demandas suelen ser calificados por sus médicos como “pacientes chicharrones”, “fregados” o “jodidos”, e incluso —en especial si son mujeres— son caracterizados como “histriónicos”, rasgo que puede llegar a registrarse en su historia clínica⁴⁰.

Luego del arrebató colectivo y de las amenazas, la enfermera prometió llevar a consulta a la Leoparda con el compromiso de que recibiera su coctel de fármacos al menos por un día más. Yo, para ese entonces, había descubierto que solo me interesaba aliviar mis dolores cotidianos más íntimos y desviar mi atención de esa nueva condición de “esquizoafectiva” que los psiquiatras me habían achacado. Advertí también que a Carmenza le suministraban benzodiacepinas y me apuré a hacerle una mejor propuesta: que, al menor descuido de la boticaria en su ventana, escondiera sus pastillas y luego me las facilitara. A mi turno, yo desecharía su haloperidol y consumiría su alprazolam⁴¹ junto al mío, pues deseaba amplificar sus efectos: inducción de sueño, relajación muscular, sedación, disminución de la ansiedad y desmemoria. Me había convertido en mendicante de sus fármacos gracias a mi propia compulsión a la anestesia.

39 Véase Ospina (2007, abril 14 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

40 El llamado “rasgo histriónico de la personalidad” se deriva de la antigua noción de “histeria” y mantiene algunos de sus códigos en el ejercicio psiquiátrico: aún se le achaca con frecuencia a las mujeres y alude a un carácter expansivo, seductor, de gran dramatismo y de emocionalidad excesiva. Sin embargo, se escucha comúnmente en los medios clínicos a médicos psiquiatras que atribuyen la condición de “histrionismo” a los pacientes que saben mucho de su trastorno o que demandan más información al respecto. Este rasgo puede incluirse en uno de los ejes diagnósticos usados en la psiquiatría biomédica de inspiración norteamericana: el referido a los trastornos o rasgos de la personalidad del paciente. Este hecho puede influir también en el tratamiento.

41 Véase la nota de pie de página 12.

PACIENTES IMPACIENTES O LA PREMURA DEL ALIVIO

[...] el camino de los ISRS⁴² a la enfermedad mental incapacitante puede evidenciarse fácilmente. Un paciente deprimido tratado con un antidepresivo sufre un episodio maniaco o psicótico y, en ese entonces, su diagnóstico es cambiado por el de trastorno bipolar. En este punto, a la persona se le prescribe un antipsicótico en compañía del antidepresivo y, una vez bajo ese coctel de drogas, se encamina a la discapacidad permanente. (Whitaker, 2005, p. 32, la traducción es mía)

No pasó ni un día desde que los psiquiatras me informaron sobre mi nuevo diagnóstico hasta que comenzaron a tratarme con su coctel correlativo: haloperidol, alprazolam y carbonato de litio. Para contrarrestar los posibles efectos secundarios o colaterales, me formularon además biperideno y omeprazol⁴³. Una vez me suministraron aquella lista de fármacos, mi cuerpo empezó a sufrir una transformación. Simplemente, comenzó a volverse otro: un cuerpo pesado, torpe, rígido. Padecía en silencio la constante sensación de llevar encima una antigua escafandra de cobre o una armadura de hierro y, al mismo tiempo, sufrir de claustrofobia. Me acosaban una inmisericorde acatisia y una terrible discinesia⁴⁴ que solo podía sobrellevar brincando sin cesar o corriendo de un lado a otro. No podía controlar los vaivenes

42 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los ISRS hacen parte del grupo de antidepresivos de tercera generación, los desarrollados más recientemente para el tratamiento bioquímico de la depresión. En este grupo se encuentra, por ejemplo, la fluoxetina, comercializada como Prozac y promovida como la nueva “droga de la felicidad” o la “píldora mágica”, dado que, en teoría, su acción es más rápida y sus efectos secundarios son mínimos respecto a sus antecesores, los antidepresivos de primera y segunda generación.

43 El biperideno es un medicamento antiparkinsoniano usado para contrarrestar los efectos extrapiramidales del haloperidol como los temblores, la inquietud y la rigidez muscular. El omeprazol es un antiácido prescrito junto al resto de la fórmula para evitar las afecciones gástricas que puede desencadenar el consumo de los otros fármacos.

44 Con acatisia se hace referencia a la sensación permanente de inquietud interior, agitación y ansiedad, combinada con una percepción subjetiva de entumecimiento en las extremidades. La discinesia alude a movimientos involuntarios, especialmente faciales, como gesticulación, oscilaciones en la mandíbula, masticaciones y tensión en la lengua. Tanto la acatisia como la discinesia son efectos secundarios de antipsicóticos como el haloperidol.

involuntarios de mi mandíbula, los progresivos temblores en mis manos, mi lengua apelmazada, mi humillante salivación.

Parece que quedan pocos días para mi salida de aquí... Consumo medicamentos que me tienen babeando y con la boca constantemente semiabierta... Somnolienta, triste y agotada, inquieta en las tardes, estreñida y con dolor de estómago, así vivo cada día.⁴⁵

Este nuevo estado era indignante. Toda mi actividad y entusiasmo habían cesado. Se me prometía que estos efectos mermarían con el tiempo, siempre y cuando nunca renunciara al tratamiento. Mientras tanto, veía con terror el estado de mis compañeros de internación, algunos de los cuales habían emprendido ineludiblemente el camino de la cronicidad hacía mucho tiempo. Los psiquiatras signaban ese trecho con un asiduo mandato: “Recuerde que su trastorno es como si tuviera diabetes e hipertensión: debe aprender a vivir con él toda la vida y nunca dejar la medicación”⁴⁶. Yo me rehusaba a aceptar esta proclama, más aun cuando notaba esa progresiva metamorfosis corporal que, de repente, había hecho de mí una entidad insulsa, de movimientos estereotípicos y sin sentido, de pensar lento y sentir anestesiado. Ya no podía discernir entre mi aflicción y los efectos farmacológicos.

Entre los internos, recuerdo a Bernardo⁴⁷, un prestigioso médico cirujano que había recibido el diagnóstico de trastorno bipolar. Para él fue imposible después de ello seguir ejerciendo su profesión: “Es que mire... ¡mire mis manos! ¡Con esta hijueputa tembladera, quién va a poder operar!”⁴⁸. Solíamos reunirnos con él y otros más a contarnos las historias que nos habían conducido a ese “lugar de la locura”. Alguna vez, indagando por mi letargo, Bernardo me preguntó por los síntomas que sostenían mi supuesta condición esquizoafectiva. Yo sólo

45 Véase Ospina (2007, abril 15 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

46 Véanse los diarios de campo de la autora (Ospina, 2006-2008). La alusión a la irrecuperabilidad o incurabilidad del enfermo mental es una constante en la psiquiatría biomédica y su institucionalidad, por lo que hace parte indisoluble del proceso de inscripción de la locura en el total de la identidad de los pacientes (véanse Goffman, 2004; Pinzón y Suárez, 1989-1990; Uribe, 1999, 2006; Uribe y Vásquez, 2008).

47 Nombre ficticio.

48 Véase Ospina (2007, abril 16 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

atiné a responderle que me sentía triste, ansiosa y sin sueño, pero que los médicos se habían alertado cuando les hablé de mi idea obsesiva con el llanto infantil.

¿Sabe qué? —me replicó—. Cuando usted salga de aquí debería hacerse unos potenciales evocados⁴⁹ para ver si es un problema del oído y no alucinaciones. Eso de la tristeza y el estrés se le quita haciendo ejercicio. ¡Pero no se deje dar más esa droga, que esa sí la enloquece! Usted no me parece loca, usted está es como triste. Es que los psiquiatras son felices haciéndole plata a los laboratorios, definitivamente...⁵⁰

“¡Qué paradoja!”, pensé en el instante. El único médico de la clínica que me había dicho algo semejante era un paciente. Pero, allí mismo, yo ya no tenía ni pizca de aliento, ya no podía resistirme al mentado tratamiento, ya no sabía a ciencia cierta quién tenía la razón sobre mi malestar. Dos meses después de salir de hospitalización y de continuar con el protocolo farmacéutico para trastorno esquizoafectivo, regresé a una consulta externa con una psiquiatra que jamás me había visto. Apenas crucé la puerta de su consultorio, contrastó sorprendida mi actitud y apariencia con el diagnóstico registrado en mi historia clínica. En sus palabras, yo no le parecía esquizoide. Para ese entonces, ya me habían cambiado el haloperidol por el siguiente antipsicótico en la lista del POS, la clozapina, medicina que me había literalmente tirado a la cama por sus frontales efectos secundarios: no había mañana en que no me desvaneciera al levantarme, nunca pude volver a salir sola a la calle por mi excesivo aletargamiento y estaba subiendo de peso de modo alarmante.

Recuerdo, pues, la clozapina con especial desdén, con el mismo sentimiento que me narraban aquellos compañeros de internación que la consumían. Se trata de un fármaco altamente tóxico, peligroso, al cual debe hacerse constante seguimiento por medio de exámenes de sangre. Nunca logré entender cómo el reemplazo de unos síntomas por

49 Se le llama potenciales evocados auditivos a un examen neurofisiológico del oído a través de estímulos sonoros y su repercusión en el nervio auditivo. Puede recomendarse, en algunos casos, para distinguir entre una disfunción del oído y una alucinación psicótica.

50 Véase Ospina (2007, abril 16 [diario de campo, clínica psiquiátrica bogotana]).

otros de igual o mayor gravedad, era tan fácilmente aceptado como terapéutico por los médicos. Para los pacientes, en cambio, era percibido como nocivo. Y es que este antipsicótico, en especial, controla estados alucinatorios y delirantes a cambio de una gran dosis de sufrimiento orgánico: hipotensión, incremento de los niveles de triglicéridos, excesivas sedación, fatiga y somnolencia, aumento de peso e importante riesgo de agranulocitosis, aparte de posibles consecuencias renales, hepáticas y en la glicemia, afecciones todas que incluso pueden causar la muerte.

Solo a esa última psiquiatra de la consulta externa pude replicarle mi inestable proceso diagnóstico y su consecuente polifarmacia: “¿Uno qué puede decir, qué puede hacer? ¡Ustedes son los que supuestamente saben!”. Para ella, resultó que ni yo tenía un trastorno esquizoafectivo, ni debía recibir dicha prescripción médica. Además, según afirmó, me encontraba al borde de un “*shock* metabólico” como consecuencia de mi ya mencionado coctel de drogas. Salí de ahí, de nuevo, degradada al rango de bipolar y con una nueva fórmula, aun cuando en las siguientes semanas mis capacidades laborales e intelectuales seguían muy diezgadas, condición que multiplicaba mi tristeza cotidiana. Estaba, en palabras de Whitaker (2005), encaminada en la ruta de la discapacidad y la cronicidad del trastorno psiquiátrico.



A lo largo de estas andadas terapéuticas y etnográficas, advertí otra faceta de la experiencia íntima de los pacientes mentales en el mundo de los psicofármacos. Me refiero a la que he denominado “compulsión a la anestesia” (Ospina, 2010). A partir de una concienzuda revisión de la literatura científica desde 1960 hasta el presente, Robert Whitaker ha afirmado de forma contundente que las drogas psiquiátricas son altamente iatrogénicas⁵¹, es decir, que poseen una alta probabilidad de “inducir una patología” (2005, p. 27; véase Whitaker, 2010). Según el autor, esto constituye la base para comprender “por qué su uso extendido habría precipitado una epidemia de enfermedad mental”, sentada

51 Según la Real Academia Española, iatrogénico se refiere a “toda alteración del estado del paciente producida por el médico”; se extiende entonces a todos los aspectos del “acto médico”, incluyendo la acción de los fármacos.

sobre el imperio de “nuestro paradigma de tratamiento basado en la droga”⁵² (Whitaker, 2005, pp. 27, 33). Así, no solo nos enfrentamos a un alto incremento en los índices mundiales de enfermedad mental, a su agudo proceso de cronificación y a su tendencia al agravamiento. Vemos también un aumento indiscriminado de demandas psicoterapéuticas y prescripciones médicas relacionadas principalmente con los efectos que producen los antidepresivos, las benzodiacepinas, los inductores de sueño y los estimulantes (véase Kirmayer y Raikhel, 2009).

Junto a mis compañeros de internación y a otros cuantos pacientes mentales que conocí en el ámbito del tratamiento de adicciones, manifesté una afición a la ingesta de dichos medicamentos. Su legalidad nos ofrecía el fuero para consumirlos sin censura, con el único y lícito objetivo de paliar nuestras angustias, aquella bola de nieve en la que nuestro malestar se había convertido con el agravante del tratamiento farmacológico. Una vez suspendí los antipsicóticos y con el cuerpo hecho retazos de lo que antes creía ser, con mi aflicción viva y aún más vívida que nunca, quedé prendada de la magia de las píldoras ansiolíticas y los inductores del sueño. Otros pacientes optaron por combinarlas con antidepresivos o estimulantes a su voluntad y otros más terminaron deglutiéndolas con un buen trago de licor, a pesar de las indicaciones médicas de no hacerlo.

En este camino, la biomedicina nos otorgaba un discurso legítimo e incontrovertible y el mercado farmacéutico nos hacía la venia. No éramos más que pacientes demandantes de alivio, suscritos a un sistema de salud que mes a mes nos ofrecía una consulta psiquiátrica de control, de la cual, después de 15 minutos de preguntas técnicas —si estábamos durmiendo bien o no, si nos sentíamos más o menos agitados o tristes, etc.—, salíamos con las manos llenas de fármacos para “dormir, trabajar y no sentir” (Ospina, 2010). Quienes no podían esperar a su próxima cita, se volvían expertos en la manipulación de los médicos, institucionales o particulares, para conseguir fórmulas de manera legal⁵³. Si no lo lograban, sencillamente acudían al mercado

52 Todos los fragmentos citados en el párrafo han sido traducidos por la autora.

53 En Colombia, el Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de la Protección social regula la distribución, venta y consumo de 57 tipos de fármacos que califica dentro de la categoría de “Medicamentos de control especial para uso humano”.

Las benzodiacepinas y algunos otros psicofármacos se encuentran en esta lista (FNE,

negro, cada vez más sofisticado en el tráfico de psicofármacos y extendidamente solicitado en tanto la medicalización de la vida cotidiana y la popularización del conocimiento psiquiátrico van en exagerado aumento en países como el nuestro.

Esta otra cara de la intimidad del paciente psiquiátrico termina siendo una más de las facetas del mercado capitalista. En los acertados términos de Kirmayer y Raikhel (2009, pp. 5-6), en la nueva economía política de la salud mental, el síntoma es hoy altamente mercadeable y la medicalización es su marco ideológico de base:

Las psicofarmacéuticas son un gran negocio y están en el centro de la globalización de la psiquiatría. [...] [Los medicamentos] son importantes mercancías, ampliamente consumidas, por lo cual generan beneficios astronómicos para las corporaciones multinacionales. Este consumo es promovido por un activo mercadeo, estimulado por los cambios en la cultura popular que promueven el uso de medicamentos para manejar tanto trastornos psiquiátricos como formas más moderadas de angustia. [...] En muchos casos, tales medicinas no son usadas para tratar trastornos sino para mejorar la actividad u obtener experiencias específicas.⁵⁴

Como sufrientes, nuestra demanda incontrolable de anestesia frente al inescapable dolor que la vida humana inflige, había terminado por ceder nuestros cuerpos al mercado del alivio farmacológico. De todas las drogas, las preferidas por el consumidor doliente son, sin duda, aquellas que fungen como analgésicos orgánicos y psíquicos (véase Maugeais, 2000). No en vano, las tecnologías de la química farmacéutica se han desarrollado fundamentalmente en esa dirección. En cuanto a los psicofármacos, la quimera del milagro inmediato de la cura ha signado la lógica entera de su mercantilización: desde los caminos de la investigación científica hasta el ejercicio médico y psiquiátrico; desde la sumisión del paciente a un tratamiento hasta su combinación

2010 [documento en línea]. Toda prescripción y compra de tales medicamentos debe ser reportada al Ministerio con los datos completos del médico y el consumidor, y la dosis bien especificada. Por ello, las benzodiazepinas solo pueden ser adquiridas legalmente con una fórmula médica original de esas características, marcada con los datos personales y presentada en las farmacias junto al documento de identidad del paciente.

54 La traducción es mía.

deliberada de sustancias; desde las campañas publicitarias farmacéuticas hasta el tráfico ilícito de sus mismas mercancías. Éramos, pues, parte indisoluble de la mercantilización del sufrimiento psíquico.

Por ello, nuestras permanentes intenciones de adueñarnos de nuestro malestar no pasaban de ser simples ilusiones de agencia. Aquel deseo constante en mí y en otros internos acerca de “robar la farmacia” de la institución, apelaba a dominar la clínica ejercida sobre nuestros cuerpos. Queríamos ser capaces de prescribirnos, ya que nadie sabía mejor que nosotros de qué naturaleza y cualidad era el dolor que nos aquejaba. Coreábamos todos, con Antonin Artaud, nuestro derecho a disponer de la propia angustia: “...soy mucho más dueño de mi sufrimiento que de mi muerte. Todo hombre es juez, y único juez, del grado de sufrimiento físico, o también de vacuidad mental que pueda verdaderamente tolerar” (2007, p. 296). Pero nuestra única agencia, en últimas, había terminado por ser la del libre consumo de drogas, paradigma del fetichismo mercantil contemporáneo. Y, embebidos por el ensueño farmacéutico, éramos ahora fieles consumidores del “rápido alivio”.

Sujetos del mercado y sujetos al mercado, esa era nuestra cotidiana condición que se sumaba a la de “ciudadanos” y “consumidores”, para consumir la pretendida triada del habitante capitalista neoliberal. Pronto seríamos esclavos de los efectos secundarios, adversos y colaterales de ese *pharmakon* que oscilaba entre sus propiedades milagrosas y sus altos niveles tóxicos. Con el pasar del tiempo, ya era casi imposible distinguir si alguna vez habíamos estado “enfermos” o si nos había enfermado la droga, fuera esta prescrita o consumida ilegalmente. Ya ni siquiera había diferencia entre el encierro en una unidad mental y la cárcel de los efectos farmacológicos que, bien fuese adentro o afuera del sistema hospitalario, algunos sufrían por coacción, otros por elección y otros más por la necesidad compulsiva del alivio. El silencio, el *grooming*, la distancia emocional, la irascibilidad, el letargo, la confusión mental, todos habían reemplazado, con sus extremos picos, la diversidad de acciones, pensamientos y sentimientos que alguna vez nos habían caracterizado. En palabras de Pinzón y Suárez (1989-1990, p. 101)

Droguerías enteras para consumir, cuerpo químico entregado al mundo puro de las sustancias sin conciencia humana, cuerpo absoluto, todo está allí, en el mismo momento, deslizándose sobre la superficie del puro acontecer y qué no decir del lenguaje que ya

no es palabra sino cosa, sin describir nada, solo gradientes por los cuales se deslizan las sustancias del ser, no para reconocer propiedades sino para crearlas.

A MODO DE DESENLACE

Las conexiones entre enfermedad, biomedicina y capitalismo parecen seguir caminos más intrincados de lo que se aprecia a simple vista. Muestra de ello es la delicada trama de experiencias y relatos que he presentado a lo largo de este texto. Es esta la ocasión para confesar que hubiese sido más cómodo trasladar explícitamente esta información a marcos teóricos como el de la biopolítica, la antipsiquiatría, los estudios sociales de la medicina e incluso la epidemiología social, entre otros. Sin embargo, considero que es necesario emprender con mayor rigor e intensidad, en especial en nuestro país, itinerarios etnográficos sobre la cuestión de la enfermedad mental en primera persona —la cual incluye, por supuesto, al propio investigador—. Esto con el fin de conseguir el nivel de sutileza que se requiere al establecer relaciones entre el sufrimiento personal y colectivo, y sus inscripciones en la cultura, la historia y la economía política.

Y es que una de las preguntas socioantropológicas sobre el capitalismo contemporáneo radica en cómo la cultura se amolda a la lógica del mercado y, por supuesto, cómo las sociedades responden históricamente a ella. Un ejemplo de ello es la industria farmacéutica. Este sector hace tiempo perdió su neutralidad mercantil bajo esa pretendida máscara altruista que el progreso le había imputado. Hoy en día, las relaciones entre la oferta y la demanda de medicamentos pueden dilucidar las formas como se mercantiliza el sufrimiento y cómo diversos sectores terminan vinculándose a dicho proceso. Este tema es de suma importancia, además, en tanto el objeto de esa industria —la salud y la enfermedad— alude a la primera condición material de la existencia humana —la vida, el cuerpo viviente— y, por ende, atiende a uno de los más básicos temores de la especie —la muerte, la finitud, el deterioro—.

Que los farmacéutas y terapeutas se hayan convertido en mercaderes, la biomedicina en una oferta de alivio y los pacientes en usuarios o consumidores, es ya sintomático. La investigación científica sobre la

cura de todo mal está cada vez más vinculada con la diversificación mercantil capitalista. Y, en el mismo sentido, operan las nosografías cada vez más sofisticadas que, una vez operan como diagnósticos, se correlacionan con tratamientos específicos que, en la biomedicina dominante, fundan su eficacia en una supuesta evidencia terapéutica experimental (Kirmayer y Raikhel, 2009). Para el caso particular de la psiquiatría biomédica, con la proliferación de diagnósticos viene la diversificación de tratamientos, los cuales, parafraseando a Illouz (2008), terminan produciendo y multiplicando por doquier el sufrimiento. El historiador social de la locura Roy Porter (2002, p. 201) comenta irónicamente a propósito del DSM, vademécum hegemónico en la psiquiatría norteamericana —y, por supuesto, en el sistema de salud colombiano—:

Lo más revelador del manual es la abrupta explosión en la escala de esta empresa editorial: la primera edición tenía unas cien páginas, [la segunda] llegó a las 134 páginas, [la tercera] a casi 500 y la última revisión [DSM-IV-TR] (2000) ¡alcanza la asombrosa cifra de 943 páginas! Al parecer ahora se diagnostica a más personas como víctimas de trastornos psiquiátricos que nunca antes en la historia: ¿es eso un avance?

Los diversos tipos de mercancías psicotrópicas se conectan así con la psiquiatría biomédica como una tecnología terapéutica suprema en el manejo de cada trastorno y de cada síntoma, incluso más allá de los muros hospitalarios. A su turno, este mercado se hace extensivo a las demandas de bienestar de sectores más amplios de la población, no solo por la vía directa de la institución psiquiátrica sino también a través de la popularización de su conocimiento experto, predominantemente por medio de la publicidad y las distintas redes de información. Tanto “enfermedad mental” como “bienestar psíquico” se componen de elementos mercadeables, uno de los cuales tiene que ver con su expresión física, traducida en sensaciones orgánicas de placer o displacer. En últimas, la enfermedad se reconoce, se expresa y, por tanto, se cura como tal cuando involucra la materialidad corporal: popularmente, es el cuerpo el que se enferma, así sea consecuencia de los dolores del alma.

Este argumento organicista es compartido tanto por bioquímicos y psiquiatras biomédicos como por farmacéutas y pacientes. Y, en su intersección, el psicofármaco se asienta de manera incontrovertible como “solución terapéutica de avanzada” para un cuerpo enfermo, cada vez más lejos de la cura por la palabra. A través de este artículo, he mostrado de distintas maneras cómo la acción tangible de ese *pharmakon* en el cuerpo se convierte en prueba de salud o enfermedad, de placer o dolor, de mortificación o alivio, dependiendo del complejo de relaciones donde se instale. En cualquier caso, se dilucida en ellas la rectoría del mercado: una economía política de la salud y la enfermedad mental plagada de protocolos, proveedores, burocracias clínicas, manuales diagnósticos y estadísticos, acceso desigual a bienes y servicios, sobrediagnósticos y polifarmacias, intoxicaciones y cronicidades que garantizan el consumo.

La acción de esta mercancía particular sobre el cuerpo de los usuarios garantiza un vínculo permanente entre consumidor y fármaco, cuyo sustento ideológico es la medicalización de la vida cotidiana: por una parte, respecto a la patologización de estados de ánimo, hábitos y cambios en el comportamiento, y por otra, respecto a su obligado y perpetuo tratamiento por la vía farmacéutica. La promesa de la felicidad y del alivio parece tan sólida que el usuario debe estar dispuesto a asumir el reemplazo de sus síntomas iniciales por otros, no menos graves, molestos o riesgosos. A pesar de los llamados efectos secundarios, colaterales o adversos, quien ingresa al sistema de salud debe someterse a los protocolos de tratamiento correspondientes con su trastorno. Por lo demás, los consumidores de psicofármacos pueden o no ser pacientes psiquiátricos, gracias al mercado negro y a la relajación de la vigilancia estatal sobre la prescripción, distribución, compra y venta de tales drogas. Gran parte de esa población, simplemente, se ha vuelto adicta a ellas en el despliegue de su compulsión a la anestesia y de su incapacidad ética para enfrentar la tragedia como parte de su condición humana (Gómez, 2007; Uribe y Vásquez, 2008).

¿A qué se atribuye la trivialización de estas consecuencias del uso a largo plazo de dichos medicamentos (cronificación, inducción de nuevas patologías, empeoramiento de síntomas, adicción)? Recordemos algunos casos. La fluoxetina, comercializada como Prozac, ha sido sometida a una serie de estudios que han comprobado su relación con la

ideación y la acción suicida, así como otros ISRS⁵⁵. Otros efectos comprobados en este grupo de antidepresivos son inducción de manía o psicosis, depresión, ansiedad, temblores, insomnio, impotencia sexual, convulsiones, pérdida de memoria, entre otros (Whitaker, 2005). El famoso metilfenidato o Ritalina, estimulante usado en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes, ha recibido críticas por su uso indiscriminado en menores para “curar” una afección de cuño más social que neuroquímico (véase Uribe y Vásquez, 2008). Según Whitaker (2005, 2010), el consumo de antidepresivos, benzodiacepinas, antipsicóticos y estimulantes a largo plazo incrementa la posibilidad de que una persona se vuelva enferma crónica, padezca recaídas o sufra nuevos o más severos síntomas.

Bajo este panorama y aun cuando produzcan el alivio de ciertos síntomas agudos, los psicofármacos son comercializados casi exclusivamente como “píldoras maravillosas”, ocultando tras de sí —como toda mercancía, según Marx (1970)— sus relaciones de producción, distribución y uso. Su apariencia vela, por ejemplo, la experiencia íntima de los sufrientes psíquicos, hoy sujetos del mercado, pacientes impacientes, consumidores compulsivos del alivio, quienes deben mantenerse en pie probando a diario su productividad y sus habilidades en la reproducción social. De allí la necesidad de una perspectiva aguda, vívida, cercana, que apueste por comprender ese fetichismo mercantil contemporáneo, aquel que asigna un poder inusitado a la farmacología en la solución del sufrimiento personal y colectivo. Como he propuesto aquí, es precisamente la proximidad etnográfica uno de los caminos posibles en esta contienda.

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer a la Red de Etnopsiquiatría y Estudios Sociales en Salud-Enfermedad por su retroalimentación permanente, en especial a su coordinador Carlos Alberto Uribe —quien además fungió como director de este proyecto— y a los antropólogos Luis Carlos Castro y Santiago Martínez.

55 Esta situación obligó a Eli Lilly and Company, la farmacéutica productora y distribuidora del Prozac, a incluir una serie de indicaciones al respecto en su sitio web oficial (*Prozac*, s. f. [documento en línea]).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Edición española dirigida y coordinada por P. Pichot, J. J. López Ibor-Aliño y M. Valdés Miyar. Barcelona: Masson.
- Artaud, A. ([1925] 2007). Carta al señor legislador de la ley de estupefacientes. *Revista Desde el Jardín de Freud*, 7, 295-296.
- Berrios, G. E. (1996). *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology Since Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Biehl, J. (2004). The Activist State. Global Pharmaceuticals, AIDS, and Citizenship in Brazil. *Social Text* 80, 22(3), 105-132.
- Bullard, A. (2002). From Vastation to Prozac Nation. *Transcultural Psychiatry*, 39(3), 267-294.
- Das, V. y Das, R. K. (2007). How the Body Speaks: Illness and the Lifeworld among the Urban Poor. En J. Biehl, B. Good y A. Kleinman (eds.), *Subjectivity. Ethnographic Investigations* (pp. 66-97). Berkeley, LA: University of California Press.
- Derrida, J. ([1972] 1997). La farmacia de Platón. En *La diseminación* (pp. 93-262). Madrid: Fundamentos.
- Dufour, D. R. (2007). El inconsciente es la política. *Revista Desde el Jardín de Freud*, 7, 241-256.
- El Tiempo* (2008, julio 16). Dádivas y regalos a médicos para que formulen drogas, cuestionados en E. U.; en Colombia son la norma [documento en línea]. Consultado el 7 de octubre del 2010 en www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4380322
- El Tiempo* (2010, septiembre 4). Farmacéuticas influyen en decisiones de OMS, dice colombiano que trabajó en programa de medicamentos [documento en línea]. Consultado el 15 de septiembre del 2010 en www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4126956
- Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE). (2010). Medicamentos de control especial de uso humano [documento en línea]. Consultado el 5 de noviembre del 2010 en www.fne.gov.co/Index.aspx?Id=12836
- Foucault, M. ([1963] 2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Goffman, E. ([1961] 2004). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gómez Botero, G. E. (2007). Tratamientos de la depresión: clínica del medicamento y/o clínica por la palabra. *Revista Desde el Jardín de Freud*, 7, 75-94.
- Illouz, E. (2008). *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Jain, S. y Jadhav, S. (2009). Pills that Swallow Policy: Clinical Ethnography of a Community Mental Health Program in Northern India. *Transcultural Psychiatry*, 46(1), 60-85.
- Kirmayer, L. J. y Raikhel, E. (2009). From *Amrita* to Substance D: Psychopharmacology, Political Economy, and Technologies of the Self. *Transcultural Psychiatry*, 46(1), 5-15.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Washington: Basic Books.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. ([1978] 2006). Culture, Illness, and Care: Clinical Lesson from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus*, 4(1), 140-149. (Versión original en *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258).
- Marx, C. ([1867] 1970). La mercancía. En *El capital. Crítica de la economía política* (t. I, pp. 39-86). Madrid: EDAF.
- Maugeais, P. (2000). Los estupefacientes en el siglo XIX, nacimiento de las toxicomanías modernas. En J. Postel y C. Quérel (coords.), *Nueva historia de la psiquiatría* (pp. 263-270). México: Fondo de Cultura Económica.
- Ospina Martínez, M. A. (2010). *Entre el amor y el fármaco. Los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Petryna, A., Lakoff, A. y Kleinman, A. (2006). *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. EE. UU.: Duke University Press.
- Pinzón, C. y Suárez, R. (1989-1990). Etnocidio y locura. *Revista Colombiana de Antropología*, 27, 91-115.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner.
- Prozac [documento en línea]. (s. f.). Consultado el 5 de noviembre del 2010 en www.prozac.com
- Rivera Largacha, S. (2007). La paradoja del recurso al *pharmakon* en su forma contemporánea. *Revista Desde el Jardín de Freud*, 7, 119-136.
- Roudinesco, E. (1999). *¿Por qué el psicoanálisis?* París: Fayard.
- Uribe Tobón, C. A. (1999). Narración, mito y enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(4), 345-366.

- Uribe Tobón, C. A. (2002). *El yajé como sistema emergente. Discusiones y controversias*. Bogotá: Universidad de los Andes, CESO.
- Uribe Tobón, C. A. (2006). Virgindad, anorexia y brujería: el caso de la pequeña Ismenia. *Antípoda*, 3, 51-90.
- Uribe Tobón, C. A. y Vásquez, R. (2008). *Historias de La Misericordia. Narrativas maternas de hiperactividad infantil*. Bogotá: Universidad de los Andes, CESO.
- Van der Geest, S., Reynolds Whyte, S. y Hardon, A. (1996). The Anthropology of Pharmaceuticals. A Biographical Approach. *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America. Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally III*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Whitaker, R. (2005). Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(1), 23-35.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. EE. UU.: Crown.

OTRAS REFERENCIAS

- Diarios de campo de la autora. (2006-2010). Bogotá.
- Entrevista semiestructurada a Wilmer (2006, septiembre 2). [Audio]. Bogotá.