CENTRO DE INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS SUPERIORES EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Construcción social de la enfermedad mental:
experiencia sobre casos de depresión en mujeres internadas en un hospital del tercer nivel de atención.

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

Frida Erika Jacobo Herrera

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Sergio Lerín Piñon

MEXICO, D.F. **Diciembre de 2007**

Agradecimientos

Esta investigación se llevo a cabo gracias a la colaboración de muchas personas. Primero quiero agradecer a todas la mujeres que participaron compartiendo conmigo eventos dolorosos y difíciles de recordar. A todas ellas mis más sincero reconocimiento por la fuerza y valentía de permanecer en un hospital y reconocer el malestar. Agradezco también a los médicos que aceptaron ser entrevistados y que me permitieron acercarme a sus pacientes. Al Hospital en donde realicé la investigación, a todo el personal de salud y muy en especial a la Dra. Ingrid Vargas que me permitió el acceso a su área de trabajo y a la Dra. Shoshana Berenzon por interesarse en mi trabajo y apoyarme durante mi estancia en la institución. No puedo dejar de mencionar a toda las personas que integran la terapia ocupacional del Hospital. Su amabilidad y generosidad hicieron que mi trabajo de campo fuera muy placentero….Gracias

Agradezco a CONACYT la posibilidad de realizar un estudio de posgrado de calidad y con apoyo económico. Asimismo al CIESAS-DF por todas la oportunidades que me brinda: conocer investigadores valiosos y compañeros estudiantes que compartieron y vivieron conmigo el difícil pero gratificante proceso de investigación. En particular a mis compañeras de la línea médica y a todos los investigadores que la integran, en especial a mi director de tesis por apoyarme siempre en mis decisiones y en los momentos difíciles del trabajo de campo.

Esta tesis representa el inicio de una etapa muy importante en mi vida y no sería posible sin el apoyo de mi familia. Este trabajo es para mis padres, hermanos, sobrinos y cuñados… Su fuerza, motivación y cariño hacen que todo sea más sencillo.
A mis amigos siempre presentes en los momentos importantes y que saben lo difícil que fue este proceso…. ¡Y lo que falta!

Alejandro: la maestría representó el inicio de una vida juntos y estar contigo ha sido mi mayor aprendizaje. Gracias por confiar en mi ideas, apoyarme en mis proyectos y ser parte de mi vida.

ÍNDICE.

Introducción i

a) Dimensión cultural de la enfermedad iii

b) Depresión y enfermedad: del desarrollo natural de la enfermedad al punto de vista antropológico iv

Capítulo I. Marco Teórico 1

1. Aproximaciones teóricas 1
2. Corrientes teóricas 2
3. Construcción social de la realidad 4
4. El concepto de estigma y carrera del enfermo en Erving Goffman 13
5. Antropología Médica 17
6. Antropología médica y salud mental 28
7. Conclusiones del marco teórico 32
8. Metodología de la investigación 36
   - 8.1. ¿Cómo llevar a cabo una investigación antropológica en una institución psiquiátrica? 36
   - 8.2. Perfil entrevistados 39
   - 8.3. Etnografía hospitalaria y entrevistas 40

Capítulo II. Etnografía del Hospital 46

1. El Hospital 47
2. Rutina hospitalaria 48
3. Ingreso hospitalario 54
4. Internamiento 56
5. Diagnóstico 57
6. Lenguaje hospitalario 61
7. Relación médico-paciente 63
8. Terapia ocupacional 66

Capítulo III. Presentación participantes 72

1. Miriam 74
2. Estela 76
3. Emilia 77
4. Luz 77
5. María 78
6. Elisa 79
7. Eugenia 79
8. Antonia 81
9. Clara 83
10. Rosa 87
11. Laura 91
12. Ana 95
13. Conclusiones del capítulo 98

Capítulo IV. La depresión desde el punto de vista del actor 101

1. ¿Cómo definen su malestar? 102
2. Causas de la depresión 108
3. Experiencia en el Hospital 114
   3.1. El medicamento 123
4. Locura y estigma 126
5. Embarazo 133
6. Depresión y mujeres 136
7. Ansiedad 137
8. Conclusiones del capítulo 138

Capítulo V. Médicos 143

1. Experiencia psiquiátrica 144
2. Depresión desde el punto de vista psiquiátrico 147
3. Causas de la depresión 150
4. Diagnóstico médico 152

4.1. ¿Cómo transmiten el diagnóstico? 157
5. Tratamiento psiquiátrico para la depresión 160
5.1. El internamiento como parte del tratamiento psiquiátrico 162
6. Éxito en el tratamiento 166
7. Depresión en nuestras sociedades 168
7.1. Depresión en mujeres 171
8. El concepto de locura en los médicos psiquiatras 172
9. Conclusiones del capítulo 174

Reflexiones finales 179

Bibliografía 188

Anexo 1. Matriz de datos-guía entrevistas 192

Anexo 2. Guía de observación 195

Anexo 3. Consentimiento informado 197

Introducción

La tesis que presento es resultado de un trabajo de investigación realizado en un Hospital psiquiátrico en el sur de la Ciudad de México de enero a mayo del 2007. El tema de estudio se enfocó al análisis de la *depresión* desde el punto de vista antropológico. Realicé entrevistas a doce mujeres internadas en el Hospital diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor[1] (TDM), con el objetivo de entender esta enfermedad desde un marco sociocultural que de cuenta del proceso vivido y la manera en que las entrevistadas construyen y significan su padecimiento. Si bien me enfoqué principalmente en el punto de vista de quien la padece – el enfermo –, también entrevisté a cuatro médicos psiquiatras que trabajan y realizan su especialidad en la institución, con la finalidad de incluir la perspectiva técnica-médica de la enfermedad a través de quien la atiende y la diagnostica[2].

Los objetivos generales que guiaron la investigación fueron los siguientes:

1) Describir y analizar cómo se construye el padecimiento desde el punto de vista de quien lo sufre una vez ingresado en la institución y familiarizado con el saber médico psiquiátrico.
2) Describir y analizar la perspectiva técnico-médica del Trastorno Depresivo Mayor a través de médicos que trabajan en el hospital psiquiátrico.
3) Describir y analizar si está presente en el enfermo la noción de estigmatización por padecer una enfermedad mental y permanecer en una institución psiquiátrica.

Estos objetivos ayudan a contestar cuatro preguntas centrales:

1. ¿Cómo influye el discurso médico sobre la depresión en la percepción de las pacientes respecto a su padecimiento?
2. ¿Cambia la percepción de la mujer-paciente sobre su enfermedad al familiarizarse con el discurso psiquiátrico que explica su padecimiento?

---

[1] La investigación se realizó en una institución psiquiátrica que diagnostica a sus pacientes a partir del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV). En el cual se señala que el trastorno depresivo se puede clasificar en leve, moderado o grave. Los cuadros depresivos que atienden en el área de internamiento del Hospital, son los que se conocen como Trastorno Depresivo Mayor que refiere a un estado grave del mismo.

[2] Todos los nombres de los entrevistados fueron cambiados para respetar su anonimato.

3. ¿Cuál es el proceso de estigmatización social relacionado con este tipo de padecimiento?
4. ¿Cuál es la perspectiva técnica-médica empleada en la institución para explicar el TDM?

El trastorno depresivo es una enfermedad que en los últimos años ha llamado la atención de las diferentes disciplinas que estudian la salud mental por estar entre las quince principales causas de pérdida de años de vida saludable en México. Sin embargo, este no es un problema exclusivo del país, se calcula que para el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. En los últimos años La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto especial énfasis en la salud mental proponiendo que este tipo de padecimientos sean atendidos en el primer nivel de atención. (Lara, 2002:11). Otros estudios señalan que la *depresión* es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia con condiciones de vulnerabilidad social. En México, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y los hombres es de 2.5%. Una escasa proporción de personas recurre a los servicios de salud por problemas de *depresión*, solicitando ayuda principalmente a familiares y amigos. (Belló, Puentes-Rosas, 2005:9)

La antropología médica permite abordar la problemática del trastorno depresivo desde otro punto de vista. A partir de ella se pueden aportar elementos socioculturales que contribuyan a una explicación más completa de la enfermedad. La perspectiva biomédica enfatiza que la depresión responde a causas principalmente orgánicas y localizadas en el individuo que la padece. Este enfoque minimiza los factores sociales, culturales y económicos relativos al individuo que pueden contribuir a la aparición de la enfermedad. Entender cómo el individuo y su entorno social significan la enfermedad y la construyen así como, conocer quién la padece, en qué contexto aparece y cómo se experimenta el padecimiento, puede contribuir a un acercamiento a la enfermedad desde una dimensión que beneficia la inclusión de las especificidades sociales e individuales en el tratamiento y en la comprensión de la enfermedad.

a) Dimensión cultural de la enfermedad.

La antropología médica y en particular Eduardo Menéndez, aportaron una nueva forma de acercarse a la salud y la enfermedad desde el punto de vista social. Este autor propuso entender la problemática como un proceso al que llama salud/enfermedad/atención (s/e/a). Para Menéndez éste constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. "La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento se constituye e instituye, en parte, a partir del proceso de s/e/a. Por lo tanto, enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente…Los padecimientos constituyen uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, que pueden ser referidos al proceso específico o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa". (Menéndez, 1994: 72). La propuesta del autor permite que los antropólogos médicos construyan investigaciones y objetos de estudio en un área que aparentemente sólo pertenece a los médicos, la enfermedad y la salud. Agregando un elemento nuevo: las diversas formas de atención que genera cada sociedad. Así se completa el proceso para poder ser abarcado y analizado desde la disciplina antropológica como un hecho social.

La investigación que realicé la llevé a cabo en una institución psiquiátrica. La psiquiatría, siguiendo la propuesta teórica formulada por Eduardo Menéndez, se puede insertar en el Modelo Médico Hegemónico. Este Modelo Médico se refiere a la medicina que denominamos científica y "constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso de s/e/a." Para este autor "tanto esta como las otras formas académicas o populares de atender los padecimientos, tienen el carácter de instituciones, es decir, instituyen una determinada manera de pensar e intervenir sobre las enfermedades y los enfermos… En todos los casos, sean curadores populares o

representantes del saber biomédico, su saber se aplica a sujetos y grupos y en consecuencia, entran en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas… Debemos por lo tanto recordar que el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan". (Menéndez, 1994: 73)

Lo expuesto por Menéndez me permite señalar que en el caso de estudio que presento, asistimos a un proceso de construcción del padecimiento a partir de la apropiación que hacen, las mujeres entrevistadas, del discurso médico respecto a su enfermedad. Es decir, al estar internadas en una institución psiquiátrica, su manera de pensar, entender y atender su enfermedad es modificada e influida por el modelo de atención elegido en su búsqueda de ayuda. Me incliné por el estudio del proceso s/e/a en una institución biomédica porque actualmente es la práctica que más expansión y credibilidad tiene no sólo en el país si no en las sociedades occidentales. Esto obedece a varias circunstancias que Menéndez explica de la siguiente forma:

"La medicina biomédica ha encontrado siempre soluciones que siguen asegurando su expansión, y donde reiteradamente el eje de su impulso y justificación está centrado en la biologización de su enfoque profesional y técnico… La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso de s/e/a". (Menéndez, 2003: 11). De igual forma el autor señala que la expansión de este modelo también tiene que ver con la capacidad de cobertura de atención y con un proceso que denomina **medicalización**: "Éste, es un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente eran acontecimientos ciudadanos". (Menéndez, 2003: 11)

La investigación se enmarca en el estudio de la depresión desde el punto de vista de la psiquiatría como una especialidad de la biomedicina. Ésta como cualquier campo científico-teórico, explica Martínez-Hernáez, es un sistema de y para la realidad. Esto es, "un sistema que permite dar significado al paisaje psicopatológico y a la vez modificarlo mediante determinadas incursiones empíricas, tratamientos…Se "naturaliza" el propio sistema cultural convirtiéndolo en la representación de la realidad más que en una representación de la realidad". (Martínez-Hernáez, 2006: 11) Este autor introduce la noción de cultura como un concepto de vital importancia para entender tanto a la psiquiatría como a los padecimientos que atiende. Señala que "la psiquiatría como conjunto de saberes y de prácticas es también un sistema cultural. El cual utiliza como herramienta principal el DSM-IV[3], que parte de la ilusión de una clasificación a-teórica, a-social y a-cultural de los trastornos mentales…tiene que ver con la idea de que el conocimiento científico es la copia de los hechos, la asunción de un saber neutral y sin interferencias del mundo social, cultural y económico-político donde se ha producido". (Martínez-Hernánez, 2006:4.)

La propuesta de este autor permite comprender que el conocimiento psiquiátrico es, en sí mismo, un sistema cultural que tiene como referencia un manual diagnóstico para clasificar las enfermedades que atiende. Estas pueden reconocerse y diagnosticarse en individuos que habiten cualquier lugar, que pertenezcan a cualquier clase social y sin distinciones de edad o género. Es decir, no responde a particularidades culturales, sociales e individuales. El estudio antropológico aporta la visión desde la singularidad a partir de analizar las causas y explicaciones que atribuyen los sujetos a su padecimiento. Esto permite acercarnos a contextos específicos que pueden producir diferentes explicaciones y soluciones a estos males mentales. Con esto no niego que el DSM-IV basa su clasificación en estudios que permiten encontrar sintomatologías similares en muchas personas pertenecientes a contextos distintos. Pero no hacen el énfasis debido a la dimensión sociocultural.

En este sentido me parece pertinente que toda investigación antropológica retome el concepto de cultura para mostrar los contextos específicos y evitar generalizaciones.

[3] El DSM-IV (por sus siglas en inglés) es el manual diagnóstico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas y se encuentra actualmente, en su cuarta revisión.

Retomo la definición de Martínez-Hernáez quien señala que "la cultura no es sólo un esquema cognitivo de representaciones, símbolos y formas de pensar, sino también un sistema que modela la experiencia y emocionalidad humanas". Esta definición se contrapone a "las pretensiones de homogeneidad del saber técnico médico que se tornan precarias porque los instrumentos se enfrentan a realidades autóctonas poco compatibles con los criterios diagnósticos." (Martínez-Hernáez, 2006: 9)

El saber médico apela constantemente a la universalidad de sus descubrimientos y clasificaciones. Pero en la realidad, los grupos sociales y los individuos atribuyen a causas particulares que responden a contextos específicos, las explicaciones de sus diferentes males. Abordar la dimensión cultural en los estudios sobre enfermedades permite aliviar la tensión generada entre estas dos posturas, la universal y la particular; al comprender que el proceso de salud/enfermedad/atención involucra un sistema de significados construidos socialmente.

b) Depresión y enfermedad: del desarrollo natural de la enfermedad al punto de vista antropológico.

Existen registros de la depresión como enfermedad desde hace más de 25 siglos. Inicialmente se asociaba con la locura, la intervención de espíritus malignos o con manifestaciones de ánimo como la tristeza, el duelo o la aflicción. "Los griegos fueron los primeros en utilizar el concepto de melancolía…Hipócrates hizo la primera descripción de la melancolía, para referirse al desorden mental, que implicaba un prolongado y exagerado estado de tristeza. Los griegos asociaban la melancolía con la aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad". (Galindo, 2005:28). Los romanos también la estudiaron y la describieron como una enfermedad crónica, pensaban que la bilis negra (como se le llamaba) era un factor fundamental de la melancolía. De hecho, el concepto de depresión se deriva del latín "depremiere": apretar, oprimir o empujar hacia abajo.

En la Edad Media Tomas de Aquino y otros autores consideraron la melancolía como una enfermedad originada por las influencias demoníacas. En el siglo XVII la melancolía era un síndrome clínico establecido en íntima asociación con la teoría de los humores vigente desde hacía 200 años. Sin embargo, a mediados de ese siglo aparecieron nuevas teorías y conceptos para explicar la melancolía, éstas anunciaban una decadencia de la teoría de los humores. Pero no fue hasta el siglo XIX "cuando se despertó formalmente el interés por estudiar e identificar la melancolía desde el punto de vista médico y científico. Con estas investigaciones se comenzó a considerar su posible origen con base en alteraciones biológicas y de pensamiento; el estado de ánimo o de humor fueron consideradas como consecuencias de estas alteraciones". (Galindo, 2005:31).

Las interpretaciones psicodinámicas son las que predominan hasta nuestros días para definir la depresión. "En 1980 se hizo una clasificación de las depresiones en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Dentro de los trastornos del estado del ánimo. Se consideró que existían depresiones originadas por algún factor externo o por algún factor interno. Éste ultimo es el que le interesa a la perspectiva médico-biológica. En este modelo se sostiene que las enfermedades se atribuyen a causas naturales y el tratamiento queda a cargo de un médico. Al parecer en las características de un depresivo que muestran estos estudios médico-científicos no hay diferencias entre sexos pero si muestran, estadísticamente, el hecho de que se presenta más en mujeres que en hombres. La enseñanza de la psiquiatría se inició a fines del siglo XIX y se definió por la necesidad de contar con criterios diagnósticos para enfermedades mentales. El cuerpo de la patología mental elegido fue el cerebro". (Galindo, 2005:42). La *depresión* desde este discurso es considerada con una etiología múltiple y compleja. Esto lo veremos con más detalle en los próximos capítulos.

La *depresión* puede definirse tanto desde el punto de vista social el cual le da un uso cotidiano y que en general se emplea como sinónimo de frustración, tristeza, duelo o desengaño. Como del biológico el cual ha registrado el padecimiento a lo largo de los años hasta que logró establecer una especialidad encargada de atenderla y definirla: la

psiquiatría. A continuación recupero la definición que se encuentra en el DSM-IV por ser el manual empleado en la institución donde realicé el trabajo de campo.

"Es la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo depresivo[4] o dos, la pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Las características son:

1). Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2). Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3). Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4). Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5). Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6). Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7). Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8). Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9). Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse". (DSM-IV, 1996: 161).
María Asunción Lara, traduce la definición del DSM-IV de la siguiente forma: "Es un trastorno afectivo que puede consistir en tristeza o infelicidad sin que afecte el

[4] El DSM-IV define depresión recurriendo a variantes del mismo vocablo que pretende definir. (Ánimo depresivo)

funcionamiento cotidiano o manifestarse con numerosos síntomas físicos y psicológicos que interfieren con las actividades de la persona e incluso la incapacitan para realizarlas. Debido a sus características y a la persistencia de signos y síntomas por un periodo determinado de tiempo, algunos autores la consideran una enfermedad o trastorno que debe distinguirse de los cambios en afecto de breve duración, que son consecuencia de las experiencias de vida". (Lara, 2002:32)

Para la antropología la enfermedad se estudia considerando el contexto sociocultural en donde surge privilegiando la experiencia y la perspectiva de quien la padece. Esto nos permite entender que son los grupos sociales los que construyen, según su momento histórico y su contexto cultural, conceptos y categorías de salud y enfermedad. Por lo tanto, en este proyecto, retomo la antropología médica para considerar "la enfermedad como un proceso que se construye socialmente y que puede ser estudiado a través de actividades interpretativas. Lo cual no niega la parte biológica de la misma, simplemente la sitúa en una posición relacional: biología, prácticas sociales y significados que actúan recíprocamente en la organización del padecimiento como experiencia vivida y como objeto social". (Ramírez, 2005:42)

La enfermedad se presenta dentro de una cultura particular que conforma e influye de manera fundamental en el modo en que se experimenta la misma. "Las creencias sobre las enfermedades dan forma a las respuestas de los síntomas de quien los sufre y limita los tipos de ayuda buscados y las percepciones de las ventajas del tratamiento… La enfermedad son los aspectos experienciales de un trastorno corporal que son conformados por factores culturales que rigen la percepción, el nombre y la explicación de la experiencia desagradable". (Fitzpatrick, 1990:19).

Una vez entendida la enfermedad, desde una perspectiva social, puedo señalar que la *depresión* en este trabajo se considera como una construcción social que realizan los sujetos que la padecen y los médicos que la atienden. Con esto me refiero a que a través de las mujeres entrevistadas se puede observar el proceso en el cuál lograron traducir el conjunto de sus malestares en síntomas de una enfermedad. De esta forma se gesta la construcción de

un nuevo concepto de *depresión* creado por ellas mismas. En el se reúnen los sucesos relativos a la crisis que las llevó a un internamiento hospitalario y el conocimiento psiquiátrico adquirido durante su estancia en la institución. En el momento en que se nombra y se identifica la enfermedad tanto por el paciente como por el profesional, nos encontramos frente a un proceso social en donde los actores involucrados comparten, cada quien desde su posición, una noción de enfermedad común a ambos.

La tesis está conformada por cinco capítulos. En el primero expongo el marco teórico, el construccionismo social, en el que me inscribo para el análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo. En este mismo capítulo expongo la metodología implementada a lo largo de la investigación. En el segundo presento una etnografía del hospital donde se realizó el trabajo de campo. En el tercer capítulo conoceremos a las mujeres que participaron en la investigación. En el cuarto exploro el punto de vista de las pacientes entrevistadas. En él son ellas las que nos proporcionan su concepto de depresión, cómo identificaron el malestar, su reacción ante el diagnóstico médico y su experiencia durante su internamiento en el hospital psiquiátrico. En el quinto capítulo la voz es de los médicos, son ellos los que definen la enfermedad, explican cómo realizan el diagnóstico y lo transmiten a sus pacientes. Termino la tesis presentando un apartado dedicado a las reflexiones finales de todo el proceso de investigación.

Capítulo I

Marco teórico.

1). Aproximaciones teóricas

Una vez reunidos los datos obtenidos en el trabajo de campo y hecha la sistematización de los mismos mi tarea consistió en trabajar el marco teórico adecuado para mi análisis. La corriente teórica que utilicé para esta investigación fue el construccionismo social a partir de dos de sus representantes más importantes: Peter Berger y Thomas Luckmann. Esta propuesta teórica se inserta dentro del paradigma interpretativo el cual se desarrolló en la década de los sesenta del siglo XX con gran fuerza sobre todo en Estados Unidos.

El paradigma interpretativo "comprende el proceso de salud/enfermedad como parte de la vida cotidiana, por lo cual está mediado por relaciones sociales, culturales e históricas. De esta forma la salud no es entendida como un estado, es un proceso en construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprenden todas las relaciones del hombre y por lo tanto de su vida. En el campo de la salud implica una intervención sobre la vida más que sobre la enfermedad". (Berenzon, 2003:45). Retomando esta postura, el construccionismo social parte de la concepción de un sujeto que desempeña un papel activo guiado por su cultura; y señala, que no acepta un modelo único de salud y enfermedad sino una gran diversidad de sistemas determinados por la misma. Esta perspectiva permite al investigador hacer un acercamiento al proceso de salud/enfermedad/atención en donde el sujeto que estudia genera su conocimiento a partir de lo que conoce como realidad. Esta se construye en la práctica cotidiana y en la interacción simbólica. Por esta razón mi investigación está centrada en el discurso de las pacientes internadas en el Hospital para que sean ellas las que a través de la experiencia de la enfermedad construyan un concepto propio de depresión.

Para alcanzar los objetivos planteados en el estudio, particularmente los que se refieren a cómo se construye el padecimiento desde el punto de vista de quien lo sufre – una vez

ingresado en una institución psiquiátrica –, y a la descripción de la perspectiva técnico-médica de la enfermedad, recurro principalmente a la corriente teórica mencionada anteriormente. Para el caso del tercer objetivo, que tiene que ver con la percepción de las mujeres sobre un hospital psiquiátrico y las enfermedades que atiende, incluyo a Erving Goffman quien aporta reflexiones relevantes acerca de la estigmatización como una construcción social que, generalmente, tiene una carga negativa sobre quien sufre un padecimiento mental. Las propuestas teóricas surgidas de la antropología médica, en particular las formuladas por Arthur Kleinman, y también las de Eduardo Menéndez, son de gran importancia para esta investigación.

2). Corrientes teóricas.

El paradigma interpretativo surgió con gran importancia en la década de los sesenta del siglo XX en los Estados Unidos. Su aparición responde a diversos cambios que experimentó la sociedad en esa época y en particular a dos situaciones fundamentales: por un lado, la sociedad norteamericana vivía un proceso importante de transformación, y por otro, se vivía una crisis en el modelo funcionalista en las ciencias sociales. "Hasta ese momento las condiciones de vida norteamericanas, presionadas por un sistema estabilizado del capitalismo, se habían cristalizado. Las metas del éxito material y del consumo habían provocado una especie de alienación que no dejaba espacio a alternativas culturales capaces de proponer nuevos valores sociales. Esto se vio alterado por las condiciones sociales de la época: movimiento estudiantil, guerra de Vietnam. De tal forma que la concepción del *american way of life* entraron en crisis produciéndose el cambio de análisis sociológico desde los aspectos comunitarios hacia los significados que tienen las relaciones individuales". (Bergalli, 1983:174).

El modelo funcionalista norteamericano había impuesto un "paradigma normativo por el cual las expectativas de roles sociales eran supuestamente compartidas por la mayoría, lo que supone la existencia de un sistema de símbolos estables. Como una manera de contrarrestar esto, apareció un nuevo paradigma, el interpretativo. Éste impuso la necesidad de reconstruir el significado de una expectativa de rol, a partir del análisis del

comportamiento efectivo de los individuos mediante la interpretación de la interacción". (Bergalli, 1983:176). Este modelo retomaba las preocupaciones de la época y proponía una manera más versátil de atender y estudiar las problemáticas sociales. En donde el individuo tuviera un papel más activo y permitiera pensar que la sociedad se transforma y construye constantemente.

Alfred Shutz (1899-1959), una de las influencias más importantes de los citados Berger y Luckmann, propuso "un tipo de microsociología que se centra en el individuo y en su interpretación del mundo que lo rodea. Shutz desarrolla está teoría fuertemente en Estados Unidos con la intención de dotar a la sociología de las herramientas necesarias para analizar la acción social en el mundo de la vida cotidiana como resultado de la relación intersubjetiva entre los actores. Para Shutz la sociología debe resituar al individuo y sus acciones en el centro de atención y, a partir de ahí, presentar una teoría de la estructura del mundo social". (Coller, 2003:265).

La sociología fenomenológica de Shutz hace énfasis en la idea de la acción individual y la importancia del contexto en donde esta se lleva a cabo, propone un análisis de los actos significativos en la experiencia cotidiana y en la interacción social; de esta forma busca comprender los significados de esta última mediante el lenguaje. Es en el donde se encuentran esas categorías y ordenamientos sociales de la realidad. Shutz trasladó estas ideas a la formación de una nueva sociología, que se tendría que concentrar en entender lo que piensan del mundo social los que viven en él. Para esto propuso dos formas de ver al mundo real: una de ellas es la comprensión directa de la realidad que se lleva a cabo en la interacción, la llamada relación "cara a cara"; y la otra, es la que se refiere a la interpretación de esa realidad que pueden experimentar o no, de manera directa las personas.

Shutz introdujo la intersubjetividad al análisis sociológico: existen otros que influyen en la manera en que yo experimento la realidad y viceversa. En consecuencia, el mundo es algo compartido por mis coetáneos, es social; pero no homogéneo y se compone de varios dominios o regiones. Las relaciones directamente experimentadas en el mundo social por

el actor son del tipo “cara a cara”. Se caracterizan por su inmediatez espacial y temporal. “De aquí nace la intersujbetividad, ésta consiste en que los actores en las relaciones cara a cara interpretan el significado (motivos) de las acciones de los otros. Tal interpretación está mediada por los esquemas de la experiencia que el individuo lleva consigo a la interacción”. (Coller, 2003:269). La intersubjetividad en el campo del estudio de la enfermedad entra en juego en el momento en que los actores involucrados (médicos y pacientes) se posicionan frente al padecimiento. El paciente interpreta a través de su experiencia y malestares vividos lo que el médico les explica sobre la enfermedad. El médico logra construir un diagnóstico y busca el tratamiento más adecuado a partir de lo que el paciente narra como malestar y experiencia.

3). Construcción social de la realidad

Berger y Luckmann fueron discípulos de Shutz y como tales retomaron la fenomenología sociológica del autor. Entienden que la realidad es una construcción social, un orden negociado a través de interacciones continuas cuya cohesión precaria se mantiene gracias al conocimiento compartido por los individuos y al lenguaje común. “Conciben a la sociedad como un ente con una naturaleza dual. Por un lado encontramos la que es externa al individuo y por el otro, aquella que está construida por el individuo por lo que tiene un significado subjetivo. La tarea de la sociología del conocimiento es indagar la manera en que se lleva a cabo este proceso de construcción objetiva y de subjetivación”. (Coller, 2003:272). Por realidad entienden una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia voluntad, que no podemos hacerlos desaparecer. Y por conocimiento la certidumbre de que los fenómenos son realidades que poseen características específicas. Proponen construir una sociología del conocimiento que trate no sólo las variaciones empíricas del “conocimiento” en las sociedades humanas, sino también los procesos por los que cualquier cuerpo de conocimiento llega a quedar establecido socialmente como realidad (Berger, Luckmann, 2005). Con esto se refieren a que hay un cierto relativismo en materia de realidad y conocimiento ya que los contextos específicos sociales son los que construyen esas categorías. Un estudio sociológico debe contemplar la

diversidad y adecuarse a dichos contextos. Sostienen que la sociología del conocimiento se ocupa del análisis de la construcción social de la realidad.

Esta teoría sociológica permite analizar la realidad de la vida cotidiana y el conocimiento que orienta la conducta desde una perspectiva no intelectual sino de quien ofrece ese sentido común: los que componen ordinariamente a la sociedad. Este conocimiento, para los autores, constituye el edificio de significados sin los cuales ninguna sociedad puede existir. Para lograr llegar a ella, definen vida cotidiana como una realidad interpretada por los hombres que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente. "El mundo de la vida cotidiana no sólo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por éstos. Por lo tanto, tratan de clarificar los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana, las objetivaciones de los procesos y significados subjetivos por medio de los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común" (Berger y Luckmann, 2005:35).

El análisis fenomenológico de la vida cotidiana, o la experiencia subjetiva de la vida cotidiana, se concentra en la interpretación de la realidad situada en el sentido común. Esto "encierra innumerables interpretaciones precientíficas y cuasi-científicas sobre la realidad cotidiana, a la que se da por establecida. Si vamos a describir la realidad del sentido común, tendremos que referirnos a estas interpretaciones, así como también tendremos que tomar en cuenta su carácter presupuesto pero lo hacemos colocándolo entre paréntesis fenomenológicos". (Berger y Luckmann, 2005:36). Para esta corriente no serán tomadas en cuenta las normas o leyes biológicas para explicar los fenómenos sociales. Es en este punto en el que los autores se separan del paradigma normativo y proponen un estudio social que entienda a la realidad y a los fenómenos biológicos como construcciones sociales. Lo que permite relacionar esta teoría con el problema de investigación planteado. Abordo una enfermedad pero no sólo desde una dimensión biológica sino incluyendo la perspectiva social de la misma.

Los autores señalan la posibilidad de existencia de múltiples realidades. Sin embargo, hay una que podemos denominar La Realidad. La que se presenta al individuo como normal, evidente y constituye la actitud normal de la persona. La realidad se aprehende como ordenada, objetivada y constituida en objetos que han sido nombrados así desde antes. Es a través del lenguaje que adquiere sentido y significado. "El lenguaje marca las coordenadas de mi vida en la sociedad y llena esa vida de objetos significativos." (Berger y Luckmann, 2005:37). El lenguaje es fundamental en esta teoría, los autores lo definen como el sistema de signos más importante de la sociedad humana. Se presenta como un hecho externo al individuo. Es coercitivo en la medida en que para emplearlo me tengo que adecuar a sus reglas, a sus pautas que son las que me permiten interactuar con los otros. Permite objetivar las experiencias vividas, tipificarlas e incluirlas en términos que tienen significado tanto para mí como para los otros.

En este sentido se puede señalar que el elemento fundamental para que se lleve a cabo la relación médico-paciente es el lenguaje. Este es el vínculo por el cual aparecen los signos, se esconden los motivos, se evidencian los etiquetamientos, e incluso se puede rechazar el diagnóstico. Esto nos habla de una permanente construcción de la enfermedad.

Los autores señalan que La Realidad se organiza alrededor del aquí y el ahora de mi cuerpo y de mi presente. Pero también es pasado y futuro, y corre paralela a mi realidad. Existe una parte de ella que puedo manipular porque es cercana a mí, pero esto no quiere decir que no existan otras realidades que no veo diariamente o con las que no interactúo. La realidad de la vida cotidiana es un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros. "Esta intersubjetividad establece una señalada diferencia entre la vida cotidiana y otras realidades de las que tengo conciencia. No puedo existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarme con otros. Quienes tienen una perspectiva que no es idéntica a la mia… Sin embargo, vivo en un mundo que nos es común a todos, en donde hay una continua correspondencia entre mis significados y sus significados, que compartimos un sentido común de la realidad… El conocimiento del sentido común es el que comparto con otros en las rutinas normales y auto-evidentes de la vida cotidiana" (Berger y Luckmann, 2005:39).

Berger y Luckmann retoman de Shutz que la interacción es la parte mas importante en la vida cotidiana. El mejor ejemplo de esto es la situación "cara a cara". En este caso la subjetividad del otro se hace accesible mediante la expresividad: gestos que pueden ser interpretados, y al presentarse directamente, son reales. Esto provoca que las relaciones sean flexibles y nos permiten hacer tipificaciones del sujeto que tengo enfrente, así como el otro me tipifica a mí. Obteniendo un mayor conocimiento que en otras relaciones no tan directas o profundas. "La realidad social de la vida cotidiana es aprehendida en un *continuum* de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del aquí y del ahora de la situación cara a cara… La estructura social es la suma total de esas tipificaciones y de las pautas recurrentes de interacción establecidas por intermedio de ellas". (Berger y Luckmann, 2005:51).

Hasta ahora expuse los principales elementos que permiten a los autores construir una teoría sociológica. Estos son: la realidad de la vida cotidiana con sus características, y el lenguaje, portador de esa realidad, que permite la comunicación e interacción de los individuos que la comparten. Ahora bien, un proceso fundamental del hombre es su interrelación con el ambiente. La humanidad es variable desde el punto de vista socio-cultural. "No hay naturaleza humana en el sentido de un substrato establecido biológicamente que determine la variabilidad de las formaciones socio-culturales. Sólo hay naturaleza humana en el sentido de ciertas constantes antropológicas que delimitan y permiten sus formaciones socio-culturales. Pero la forma específica dentro de la cual se moldea esta humanidad está determinada por dichas formaciones socio-culturales y tiene relación con sus numerosas variaciones". (Berger y Luckmann, 2005:67). De lo que se desprende que los hombres producen juntos un ambiente social con la totalidad de sus formaciones socio-culturales y psicológicas. Ninguna de las cuales debe considerarse como un producto de la constitución biológica del hombre, estas sólo proporcionan los límites exteriores para la actividad productiva humana.

En este sentido señalan que el orden social es un producto humano, una producción constante realizada por el hombre en el curso de su continua externalización. Con este argumento proporcionan otra de las grandes ideas de su tesis: la institucionalización. "Ésta

aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores… Las instituciones implican historicidad y control". (Berger y Luckmann, 2005:75). Las instituciones están ahí antecediendo al individuo y no son accesibles a su memoria biográfica. Son hechos innegables, existen como realidad externa y son una actividad humana objetivada. La relación entre hombre, productor y el mundo social es y sigue siendo dialéctica, el hombre y el mundo social interactúan. Los autores señalan tres momentos de este proceso: externalización, objetivación e internalización. Ésta última se refiere al momento en que el mundo social objetivado vuelve a proyectarse en la conciencia durante la socialización.

En este orden institucional señalado por Berger y Luckmann destaca un concepto por su pertinencia para esta investigación, el de rol: en los orígenes de cualquier orden institucional se encuentran las tipificaciones de los quehaceres propios y de los otros. El actor identifica el comportamiento que tiene que realizar y la conducta que debe adoptar. Internaliza su rol y al hacerlo participa y hace real el mundo social en el que vive. Los roles que desempeña un individuo lo hacen pertenecer a una zona específica de conocimiento, a un espacio con normas, valores y emociones propias que tiene que aprender. Lo cual implica la existencia de una distribución social del conocimiento. No todos conocemos esas normas específicas, sólo las que nos conciernen. Sin embargo, "Todo comportamiento institucionalizado produce roles y éstos comparten el carácter controlador de la institución. Tan pronto como los actores se tipifican como desempeñando roles, su comportamiento se vuelve susceptible de coacción". (Berger y Luckmann, 2005:97). [5]

El conocimiento es un producto social y un factor de cambio social. La legitimidad del conocimiento puede deberse al convencimiento que hace un especialista sobre los otros: el saber médico. El saber de los médicos se construye socialmente y corresponde a un contexto particular. Responde a situaciones históricas que han reforzado su poder y legitimidad en la sociedad. Como señalan Berger y Luckmann, la legitimación justifica el

[5] Esta idea se puede relaciona con la propuesta de E. Goffman, quien señala que dentro de una institución hospitalaria se construyen roles como por ejemplo, el del enfermo, este punto será tratado más adelante.

orden institucional y es tanto cognitiva como normativa: no sólo es cuestión de valores, implica también conocimiento. Le indica al individuo por qué debe realizar una acción y no otra y por qué las cosas son lo que son. En términos médicos podríamos decir que es el doctor quien señala como enfermo a una persona y ésta, a su vez, asume esa etiqueta y se comporta como tal desempeñando su rol de enfermo. El médico hace lo propio, juega su rol como portador del conocimiento de la enfermedad de quien atiende.

Todo rol se juega dentro de un universo simbólico. Para Berger y Luckmann estos se conciben como "una matriz de todos los significados objetivados social y subjetivamente reales. Todo lo que ocurre en un individuo, su historia, su experiencia ocurren dentro de ese universo. La función del universo simbólico es poner "cada cosa en su lugar". Cada vez que alguien se desvía, el universo simbólico le permite volver a la realidad, ofrece también un alto nivel de integración a los significados discrepantes dentro de la vida cotidiana, legitima y ordena los roles cotidianos, las prioridades y los procedimientos operativos colocándolos en el contexto del marco de referencia más general que pueda concebirse". (Berger y Luckmann, 2005:127). Los universos simbólicos ordenan la historia y ubican acontecimientos colectivos dentro de una unidad coherente que incluye el pasado, el presente y el futuro.

En la práctica, los universos simbólicos se enfrentan a dos conflictos que suceden al interior de la sociedad que conforman: la discrepancia al interior de la misma sobre su orden social, y el enfrentamiento con sociedades que tienen categorías distintas a las suyas. Para contrarrestar esto, los universos simbólicos cuentan con herramientas para atacarlos. Una de ellas puede ser fundamentar con mayor fuerza su postura o bien, calificar de peligrosa esa otra propuesta de ordenamiento social. Los autores le llaman a esto: mantenimiento de universos.

La terapia y la aniquilación son dos mecanismos adicionales propios del mantenimiento de universos. La terapia cumple con la función de hacer que los "desviados" permanezcan dentro de las definiciones institucionalizadas del orden social. "Dado que esta se ocupa de las desviaciones que se apartan de las definiciones oficiales de la realidad, tiene que

desarrollar un mecanismo conceptual que de cuenta de tales desviaciones y mantenga las realidades cuestionadas. Eso requiere un cuerpo de conocimiento que incluya una teoría de la desviación, un aparato para diagnósticos y un sistema conceptual para la "cura de almas"". (Berger y Luckmann, 2005:143).

La conducta del desviado desafía la realidad social y pone en tela de juicio los procedimientos operativos de orden cognoscitivo y normativo que se dan por establecidos. "Dicha desviación requiere una práctica terapéutica sólidamente fundada en una teoría terapéutica….debe existir una teoría de la desviación, es decir una patología que explique esa situación. Debe existir un cuerpo de conceptos diagnósticos, una sintomatología, y por último debe existir una conceptualización del proceso curativo en sí. El objetivo de la terapia eficaz es regresar al desviado a la realidad objetiva del universo simbólico de la sociedad". (Berger y Luckmann, 2005:144).

Trasladando la idea expuesta por los autores al caso de estudio, puedo señalar que la depresión se entiende y reconoce como una enfermedad. La ciencia encargada del diagnóstico es la psiquiatría. Esta tiene las herramientas conceptuales para demostrar la patología y atenderla de acuerdo a sus normas y parámetros. Sin embargo, la depresión así como otras enfermedades mentales no tiene un pronóstico muy favorable: mas que una cura, ofrece el control del malestar. Para conformarse como una ciencia, la psiquiatría construyó un cuerpo teórico sustentado por una serie de parámetros: un manual diagnóstico de las enfermedades, exámenes médicos y clínicos, estadísticas, etcétera.

Como Berger y Luckmann señalan, "la realidad se define socialmente, pero las definiciones siempre se encarnan, es decir, los individuos y grupos de individuos concretos sirven como definidores de la realidad. Por tanto, para comprender el universo construido socialmente o los cambios que sufre con el tiempo, es necesario comprender la organización social que permite a los definidores efectuar sus definiciones". (Berger y Luckmann, 2005:147). La historia es un factor importante para reconocer los posibles cambios que han surgido respecto al entendimiento de las enfermedades. Por ejemplo, la locura antes del surgimiento de la psiquiatría como especialidad de la medicina no era considerada una enfermedad

mental. Respondía a una serie de creencias religiosas que explicaban el fenómeno. Estos malestares y conductas "demoníacas" no tuvieron respuesta y entendimiento científico hasta que no se estableció el área de estudio pertinente a la psiquiatría.

El proceso de externalización, objetivación e internalización caracteriza a la sociedad y a cada sector de ella. Su punto de partida es la internalización. Ésta se refiere a la "aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, tanto para mí como para el otro… La internalización, constituye la base para la comprensión de los propios semejantes y segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa y social. Esta aprehensión comienza cuando el individuo "asume" el mundo en el que ya viven otros. "Asumir" es un proceso original para todo organismo humano y el mundo una vez asumido puede ser creativamente modificado hasta re-creado. No sólo comprendo los procesos subjetivos momentáneos del otro: comprendo el mundo en que él vive y ese mundo se vuelve mío". (Berger y Luckmann, 2005:163).

La internalización se realiza a través de la socialización. Los autores distinguen dos fases dentro de esta. La primera es la llamada socialización primaria que se refiere a la fase que el individuo atraviesa en la niñez y en la que se convierte en miembro de la sociedad. La segunda es la socialización secundaria, esta se refiere a cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad. (Berger y Luckmann, 2005). La socialización primaria es tal vez la fase de mayor importancia para el individuo porque es cuando aprende y conoce los significados, categorías y estructuras sociales en las que se desarrolla. En ella identifica los roles y asume alguno de ellos. La socialización secundaria, si bien es posterior, también implica conocer, asumir y por tanto, internalizar otros roles, lenguajes y comportamientos.

La realidad de la vida cotidiana se mantiene cohesionada por dos cuestiones fundamentales. La primera es que se concreta en rutinas, lo que constituye la esencia de la institucionalización. La segunda, es que se reafirma continuamente en la interacción del individuo con otros. (Berger y Luckmann, 2005). Uno se reafirma constantemente a través del mundo en el que vive, de las personas que nos identifican como portadores de un rol

determinado y que nos confirman continuamente que estamos ahí por alguna razón. A través del diálogo y del lenguaje se mantiene la realidad. Los autores reconocen en este punto, un proceso que llaman re-socialización y que se refiere a los cambios en el comportamiento o manera de pensar que puede experimentar una persona. Asimismo, identifican una re-socialización total en casos donde el cambio es completo: transformaciones drásticas. Pero también puede existir una re-socialización de corta duración, como integrase a una carrera militar o una hospitalización durante un periodo breve.

Berger y Luckmann añaden un último, pero no menos relevante elemento: la situación psicológica del individuo, que está en estrecha relación con el mundo social en donde se desenvuelve. "Las cuestiones referentes a la situación psicológica no pueden decidirse sin reconocer las definiciones de la realidad que se dan por establecidas en la situación social del individuo… La situación psicológica está relacionada con las definiciones sociales de la realidad en general y se define socialmente"... En este sentido, ejemplifican con el caso de un psiquiatra que, de tener cierta sensibilidad para el contexto socio-cultural de su paciente, sacará conclusiones basadas en si esa persona viene de una comunidad rural o de un ambiente urbano. "Las teorías psicológicas sirven para legitimar los procedimientos establecidos en la sociedad para el mantenimiento y reparación de la identidad, proporcionando el eslabonamiento teórico entre la identidad y el mundo ya que éstos se definen socialmente y se asumen subjetivamente". (Berger y Luckmann, 2005:218). Los psicólogos o los psiquiatras saben cómo es la realidad del mundo al que pertenecen y por eso pueden reconocer cuando alguien esta "fuera del orden social" pero este orden dependerá del contexto socio-cultural de dicho individuo.

Las teoría psicológicas también se adecuan al contexto. Lo que para un pueblo será posesión demoníaca para otro puede tratarse de neurosis. Entonces se tratará en un sentido, o en otro, a la persona que lo sufre. Esto habla del relativismo histórico-social que surge de las múltiples posibilidades que explican un mismo fenómeno. En este sentido es importante aclarar que la psiquiatría, y la biomedicina en general, están interesadas en aplicar universalmente sus diagnósticos y así evitar el relativismo. Se puede nombrar y explicar

una enfermedad de muchas formas pero al final, la biomedicina la traduce a su propio lenguaje y la entiende y explica en su términos. Siguiendo a Berger y Luckmann podríamos decir que esta Realidad se impone al resto y se acepta como la monopólica o dominante. Por lo tanto, la persona que sufre un padecimiento en una sociedad determinada, sufrirá los síntomas que son propios a su contexto y no al de una realidad que no conoce.

4). El concepto de estigma y carrera del enfermo en Erving Goffman.

Erving Goffman (1922-1982) es un autor que desde la sociología aportó categorías importantes a los estudios antropológicos. Goffman "Trabajó bajo la perspectiva del interaccionismo simbólico[6] y tuvo como principal objetivo elaborar un vocabulario capaz de describir los aspectos diferentes que caracterizan las interacciones cara a cara en la vida cotidiana. La obra de Goffman está unida a dos aspectos: el análisis de la vida cotidiana y la perspectiva dramatúrgica o teatral". (Coller, 2003:249). Para fines de esta investigación retomo, principalmente, su noción de estigma y la carrera del enfermo.

La carrera moral del enfermo mental es un concepto identificado por Goffman. "La palabra carrera empieza a utilizarse en un sentido más amplio, para referirse a cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida. La perspectiva adoptada es la de la historia natural: se desatienden los resultados singulares para atenerse a los cambios básicos y comunes que se opera, a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social, aunque ocurran independientemente uno de otro. El concepto de carrera consiste en su ambivalencia: por un lado, se relaciona con asuntos subjetivos tan íntimos como la imagen del yo y el sentimiento de identidad; por el otro, se refiere a una posición formal, a relaciones jurídicas y a un estilo de vida y forma parte de un complejo institucional accesible al público". (Goffman, 2004:133).

La carrera moral del enfermo mental puede dividirse en tres etapas: el periodo previo a su internación, que llama etapa del pre-paciente; el periodo de estadía en el hospital o etapa

[6] El interaccionismo simbólico también se encuentra inserto en el paradigma interpretativo.

del paciente; y el periodo posterior al alta del hospital – si se produce –, se conoce como etapa del expaciente.

La etapa del pre-paciente consiste en el momento previo al internamiento, que en algunos casos se da de manera voluntaria y en otros por petición de familiares cercanos al enfermo. En esta primera etapa por lo general se hace un esfuerzo por ocultar los comportamientos que la persona empieza a detectar como diferentes y se preocupa por saber si los demás lo han notado. "La impresión de estar perdiendo la cabeza se basa en interpretaciones estereotipadas, de procedencia cultural e impregnación social, sobre la significación de síntomas como oír voces, perder la orientación en el tiempo y en el espacio y sentirse perseguido". (Goffman, 2004:137).

"Los aspectos morales de esta carrera parten de una experiencia de abandono, deslealtad y resentimiento aunque para los demás resulte obvio que necesita tratamiento la persona puede tardar en reconocerlo, todo el proceso resulta doloroso". (Goffman, 2004:139). Una persona que se interna en un hospital siempre lo hace cuando trasgredió alguna estructura de su vida: casa, lugar de trabajo o un lugar público. Es ahí cuando comienza la carrera del enfermo, generalmente aparece la figura del denunciante, aquella persona que se da cuenta de esta falta y se lo hace saber al paciente o actúa para impedir que siga en esta situación. Casi siempre este denunciante es un familiar o alguien cercano al enfermo y son ellos los que buscan ayuda que lo encaminará a la siguiente etapa, la del paciente.

En el caso de la institución en la que realicé el trabajo de campo cabe recordar que las personas deben internase bajo su propia voluntad, lo que modifica la definición propuesta por Goffman, principalmente en cuanto a los posibles resentimientos que alberga la persona internada contra su voluntad. A pesar de esta divergencia, la figura del denunciante propuesta por Goffman no deja de ser importante para el enfermo en el proceso de reconocimiento de sus malestares.

"En un principio el paciente internado una vez que aceptó su nueva situación se pone en disposición de la comunidad hospitalaria y comienza otra etapa de la interacción social. Es

la misma institución con su ambiente y normas hospitalarias la que presiona al paciente para sentir que no es más que un caso patológico, que ha sufrido algún tipo de colapso social en el exterior". (Goffman, 2004:155) Es común, señala Goffman, que el paciente al ingresar a la institución no quiera relacionarse con los demás, o que construya una visión de si mismo diferente a la que tenía en el exterior. Los pacientes cuentan historias creadas por ellos mismos que les ayudan a justificar la razón por la que llegaron ahí. "En la comunidad de los pacientes se puede edificar todo un rol social, sobre la base de estas ficciones recíprocamente sostenidas… Las condiciones degradantes del ambiente hospitalario desmienten muchas de las historias sobre el yo que los pacientes brindan como reales y el mero hecho de estar internados tiende a refutar la veracidad de sus relatos." (Goffman, 2004:157) Incluso el mismo personal médico puede ser el encargado de confrontar o desmentir las historias de los pacientes. Ellos tienen acceso a los expedientes en donde están registrados los eventos que el paciente prefiere olvidar u ocultar. El individuo al convertirse en un paciente y al enfrentase a otro espacio puede llegar a modificar su historia frente a los otros. Según Goffman, el enfermero o el doctor son los que pueden llegar a desmentirlo.

Esto está en estrecha relación con la perspectiva dramatúrgica, como la llama Goffman en su: *The presentation of Self*. A través de 6 principios clave: representación, equipo, región, papeles discrepantes, manipulación de impresiones y comunicación impropia, el individuo se presenta frente a un conjunto de observadores representando un papel. El actor posee una serie de signos que contribuyen a dar una imagen de sí mismo, una fachada personal. El auditorio espera cierta compatibilidad con los componentes del actor de quien se tienen ciertas expectativas. A este proceso Goffman le llama: socialización, moldear y modificar una actuación para adecuarla a la comprensión y expectativas de la sociedad en la cual se representa". (Coller, 2003:251).

En las representaciones no sólo participa un individuo sino también un equipo en el que generalmente se encuentra un director. Todos los miembros tienen normas y un papel concreto que desempeñar, se enmarcan en una región para desarrollar sus representaciones. Estas regiones pueden ser tres: la que es visible, regida por normas reguladas y

expectativas; la privada, en la que el individuo se puede comportar libremente; y la exterior, en donde los individuos se consideran extraños y no participan ni como actores ni como audiencia. Un hospital psiquiátrico podría ser un lugar adecuado para observar cómo funcionan las representaciones señaladas por Goffman. Por esta razón me parece pertinente la propuesta del autor para suscribirme en ella. En una institución hospitalaria tenemos, por un lado, al personal médico que tiene el papel específico de identificar y nombrar las enfermedades, así como proporcionar una rutina al paciente. Por otro lado, los enfermos que al asumirse como tales comienzan a actuar en un rol que incluye cumplir con las normas establecidas por el hospital. El hospital se convierte en el escenario donde el personal médico y el enfermo aprenden a comportarse de acuerdo al contexto en el que se encuentran.

Goffman también construyó un acercamiento sociológico al concepto de estigma. Sugiere que este se puede pensar como un proceso socio-histórico: la estigmatización aparece en un contexto determinado y ha ido cambiando su significación a lo largo del tiempo. Por ejemplo, señala que para los griegos "el término estigma se utilizaba para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba… Más tarde durante el cristianismo, se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, referencia médica indirecta de esta alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física. En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido parecido al original, pero con ella se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales". (Goffman, 2003:11). En todos los casos el estigma siempre se refiere a una carga negativa que señala como diferente a la persona que lo porta.

En este sentido, Goffman señala que el estigma surge porque existen ciertas expectativas sociales de cumplir una norma social impuesta a los individuos pertenecientes a una sociedad. Reconoce la existencia de dos tipos de estigmas: los que desacreditan a la persona, que surgen cuando su discrepancia es conocida o manifiesta y por tanto daña su

identidad social; y a la que le da el nombre de desacreditable la cual puede ser escondida y enmascarada por quienes la sufren. (Goffman, 2003.)

La estigmatización es una dimensión compleja, con muchos matices y que puede provenir de diferentes actores sociales: del mismo paciente – quien puede reconocer su diferencia, aceptarla, o negarla –, del grupo social al que pertenece, e incluso en ocasiones del mismo discurso médico. Este análisis del estigma propuesto por Goffman permite pensarlo como un concepto dinámico que puede cambiar de acuerdo a la etapa en la que se encuentran los actores sociales que lo construyen.

5). Antropología médica.

De acuerdo a Josefina Ramírez la antropología ha formulado propuestas teóricas que se basan en dos fundamentos principales: "la enfermedad es considerada para su análisis como un hecho cultural que significa, representa y es un producto sociohistórico. Es decir, cada sociedad y cultura tienen sus propias formas de concebir, experimentar, usar y dar significado al cuerpo y a los hechos que se asientan sobre él. El otro fundamento tiene que ver con que no existe actor sin contexto. Es decir, los significados y representaciones que los actores elaboran, siempre deben referir al contexto que les da sustento". (Ramírez, 2005:15). De aquí podemos deducir dos cuestiones fundamentales: el proceso salud/enfermedad/atención lo encontramos en todas las sociedades, lo que varía es la manera en que nombramos, explicamos y atendemos el malestar. Por otro lado, la enfermedad se puede analizar como una construcción social; de ahí que la teoría de Berger y Luckmann resulte pertinente para el análisis antropológico.

Eduardo Menéndez y Arthur Kleinman son autores fundamentales en el sustento teórico de la antropología médica. Entre ellos hay coincidencias, pero también diferencias que intentaré explicar. Mientras Kleinman se ubica dentro del paradigma interpretativo relacionado con la antropología médica clínica, Menéndez sostiene una postura crítica y coincide con otros autores que señalan la importancia de la dimensión social de la enfermedad. Esta no sólo puede entenderse o explicarse a través de la interpretación

cultural de significados, el proceso de salud/enfermedad/atención debe considerar un análisis relacional en el que se incluyan otros factores determinantes de la enfermedad como: lo económico, político, histórico y social.

Sin embargo ambos autores observan la enfermedad como un hecho social construido culturalmente, lo que permite a la antropología crear herramientas conceptuales y metodológicas para estudiar y analizar este proceso, y así involucrase en un área que ha sido responsabilidad de la biomedicina; como señala Ramírez: "se ha desarrollado bajo la consabida razón de poseer el conocimiento universal, objetivo y científico del cuerpo y de la enfermedad, y en consecuencia ha constituido su conocimiento desde la representación objetiva del cuerpo enfermo, a partir de signos y síntomas característicos, definidos por un diagnóstico que concluye en la objetivación de la enfermedad. Así la historia de la enfermedad aparece natural y despersonalizada, individualizada y documentada más como un proyecto médico que como una historia experienciada y vivida por el paciente". (Ramírez, 2005:18). La antropología médica intenta recuperar no sólo el punto de vista de quien experimenta una enfermedad sino también el contexto socio-cultural en la que se desarrolla.

Para orientar las investigaciones en el área de la antropología médica, Eduardo Menéndez propuso la pertinencia de crear un modelo teórico-metodológico para el estudio del proceso de salud/enfermedad/atención. Aclara que un modelo es una construcción que realiza el investigador para facilitar y construir su investigación y por modelo médico entiende: "aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos y 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, 1983: 4)

Una de las ideas centrales en la propuesta teórica-metodológica de Menéndez es que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. Estos son: el Modelo Médico Hegemónico (MMH); el Modelo Alternativo Subordinado; y el

Modelo Médico basado en la Autoatención. Los tres son considerados modelos dinámicos y en proceso constante de transformación. "En dicho proceso el modelo médico hegemónico se muestra como el más expandido y con el intento constante de excluir ideológica y jurídicamente a los otros modelos. Propone que en todos los contextos la expansión del MMH se genera conflictivamente y que dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y los alternativos… Producen más que la exclusión de los sistemas alternativos, su apropiación y transformación a partir de su subordinación ideológica al MMH". (Menéndez, 1983:2)

Para fines de esta investigación expongo las características del Modelo Médico Hegemónico. Por este entiende: "el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta lograr identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos". (Menéndez y Di Pardo, 1996:59).

Dentro de los rasgos estructurales y funciones básicas que constituyen este modelo encontramos: "concepción metodológica positivista; dominio de un marco teórico evolucionista y cartesiano; a-historicidad; a-socialidad; individualismo; la salud y la enfermad como mercancías en términos directos o indirectos; eficacia pragmática; dominio de una orientación curativo-asistencial; concepción de la enfermedad como ruptura; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación asimétrica médico-paciente; concepción del paciente como ignorante o como portador de un saber médico equivocado; el paciente como responsable de su enfermedad; el paciente como consumidor pasivo; exclusión del paciente del saber médico; escasa aplicación de actividades preventivas y dominio de una prevención no estructural; no legitimación científica de otros saberes; profesión formalizada; identificación ideológica con la racionalidad científica; tendencia a la escisión teoría-práctica." (Menéndez y Di Pardo, 1996:60) Es importante

recalcar que estas características propuestas por los autores deben articularse con el momento histórico en el que se realiza la investigación.[7]

Para esta tesis el Modelo Médico Hegemónico es el más pertinente para el análisis de los datos porque todas las entrevistadas recurrieron a este, buscando una cura para su enfermedad; sin que esto excluya el hecho de que antes hayan pasado por los otros dos modelos médicos propuestos por E. Menéndez.

Para terminar con la propuesta de Menéndez y relacionar mi tema con sus planteamientos, me gustaría señalar que para este autor, "el MMH esta en continua expansión por una serie de características entre las que se encuentran: el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud, y por una función más directa del Estado, la medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo por sectores cada vez mayores de la población, entre otras cosas". (Menéndez, 1983:12) La biomedicina se ha convertido en una forma de atención hegemónica por las características estructurales que la definen. Si bien en algunas especialidades se toman en cuenta los enfoques psicológicos o sociales de los padecimientos, se tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y no hay información sistemática sobre otras formas de atención. "Es de la investigación biológica, bioquímica y genética que la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de curación". (Menéndez, 2003:12)

La psiquiatría contempla la parte social del padecimiento. Sin embargo, por muchas circunstancias, entre ellas la falta de tiempo, el poco interés en conocer y entender el contexto social del paciente, etcétera, queda en segundo término. Los médicos toman en cuenta el discurso del paciente pero únicamente para conocer los detonantes o estresores que desencadenaron la enfermedad que los aqueja, no como la causa. Ésta se busca – tal y

[7] Este modelo médico claramente pertenece al paradigma normativo el cual no considera el contexto socio-cultural para construir sus conceptos de salud y enfermedad. Lo cual no quiere decir, por lo menos en la psiquiatría, que existan corrientes interesadas en incluir estos aspectos a su práctica.

como lo indican las características estructurales del Modelo Médico Hegemónico – en factores orgánicos y biológicos. La herramienta fundamental para la práctica psiquiátrica es el DSM-IV. En este manual se encuentran los síntomas enumerados que ayudan a elaborar con mayor rapidez y certeza el diagnóstico.

El DSM-IV es un manual diagnóstico que busca agrupar las características de una enfermedad de manera que ésta puede ser reconocida e identificada sin importar el contexto en donde surge. Esto niega la posibilidad de entender la enfermedad como un hecho social y cultural construido a partir de significaciones particulares. Sin embargo, como señalaba, la psiquiatría intenta introducir estos elementos en los manuales pero no con el éxito esperado. A raíz de esto, el psiquiatra norteamericano Arthur Kleinman[8] ingresa a la antropología buscando en ella la posibilidad de introducir en la práctica psiquiátrica una dimensión poco aceptada por la misma: la cultura.

Este antropólogo-psiquiatra ha realizado estudios comparativos sobre salud y la atención a la misma. Desarrolló una propuesta teórica-metodológica sobre cómo abordar los estudios en salud desde una perspectiva social. En su libro *Patients and healers,* establece que en cualquier sociedad existen los pacientes y los curadores. Al igual que Menéndez considera que la atención a la salud y la enfermedad es común a toda sociedad y se puede establecer como un universal. Sin embargo, incluso dentro de una misma sociedad pueden convivir diferentes formas de atención a la salud que en términos de Kleinman, obedecen a contextos culturales específicos. "Sin importar qué sociedad analicemos siempre encontraremos personas que se identifican como curadores y personas que se identifican como pacientes. A pesar de las diferencias, siempre encontraremos similitudes (universales) no sólo con estos roles sino también, respecto a cómo la enfermedad es construida y experimentada; y cómo el tratamiento es seleccionado y organizado". (Kleinman, 1980:8)

El método empleado por Kleinman para analizar el panorama médico es a través de la construcción de conceptos teóricos. Se concentra para esto en tres temas interrelacionados: la experiencia de la enfermedad, las transacciones paciente-practicante y el proceso de

[8] Las citas bibliográficas de Arthur Kleinman fueron traducidas por la autora.

curación. Las diferentes formas de atención a la salud deben ser entendidas como organizaciones sociales que responden a la enfermedad y que constituyen un sistema cultural especial, lo que el autor llama: *health care system* (sistema de atención a la salud). "En la misma forma en que hablamos de religión, lenguaje o parentesco como sistemas culturales, podemos ver a la medicina como un sistema cultural, un sistema de significados simbólicos anclados en arreglos de instituciones sociales y patrones de interacciones personales. En cada cultura la enfermedad y las respuestas a ella – incluyendo las experiencias individuales, los tratamientos y las instituciones sociales – están interconectadas sistemáticamente. La totalidad de estas interrelaciones es el sistema de atención a la salud. Esto incluye patrones de creencias sobre las causas de la enfermedad; status socialmente legitimados, roles, relaciones de poder e instituciones". (Kleinman, 1980:24).

Al igual que Menéndez, Kleinman aclara que el modelo de sistema de atención a la salud es una construcción del investigador para el estudio de cómo la personas actúan, cómo perciben, etiquetan, explican y tratan una enfermedad. Por lo tanto incluye las creencias y patrones de conducta que tienen que ver con las reglas culturales establecidas por los individuos pertenecientes a un grupo social. Es por esto que para Kleinman es importante trabajar con el concepto de cultura. Retoma a Geertz al decir que "los sistemas culturales son un mapa de la conducta humana. Los sistemas de atención a la salud, como cualquier otro sistema cultural, tienen que ser entendidos en términos de actividades simbólicas". (Kleinman, 1980:26).

La propuesta fundamental de Kleinman es que los sistemas de atención a la salud están social y culturalmente construidos. "Son formas de una realidad social, esta realidad se construye o se crea en función de ciertos significados, estructuras sociales y comportamientos que son sancionados o legitimados según el caso. Durante el proceso de socialización o aculturación, el individuo absorbe o internaliza la realidad social, que es precisamente el sistema de significados simbólicos y normas que gobiernan la conducta, la percepción del mundo, la comunicación con otros y el entendimiento tanto del ambiente externo como del interno." (Kleinman, 1980:36) Por lo tanto, esa realidad social varía de

una localidad a otra e incluso de una persona a otra. Aunque es cierto que las distintas realidades sociales conviven en un mismo espacio, por lo tanto, coexisten diferentes creencias, valores e instituciones en un mismo lugar. El área de la salud es ideal para apreciar las tensiones, problemas de convivencias que pueden tener estas realidades. Este autor sugiere que la salud y la enfermedad se construyen socialmente, y añade la cultura como una herramienta para entender el universo simbólico en donde se lleva a cabo la construcción de los conceptos de salud y enfermedad.

Kleinman identifica dentro de los sistemas de atención a la salud tres sectores en estrecha relación: el sector popular, el profesional y los sectores folk. Es decir, el sistema de atención a la salud es un todo, con una estructura interna que contiene a estos sectores sobrepuestos uno con otro. A continuación expongo brevemente el popular y el profesional por ser los de mayor pertinencia en mi trabajo.

"El sector popular de atención a la salud se puede pensar como una matriz que contiene muchos niveles: individual, familiar, red social, creencias comunitarias y actividades. Es la esfera no profesional, no especializada, es la cultura popular en la que la enfermedad se define y se inician las atenciones-curaciones". (Kleinman, 1980:50) El autor aclara que a este sector se retorna después de haber recibido algún tipo de atención, es decir en el sector popular se evalúa la atención recibida y decide si es pertinente o no continuar con ella. Las personas activan su sistema de atención a la salud al decidir cuando y a quién consultar así como cuándo cambiar de tratamiento. Kleinman hace un listado de los pasos que posiblemente sigue una persona o familia: "perciben y experimentan los síntomas; etiquetan y evalúan la enfermedad; definen un rol de enfermo: crónico, médico, psiquiátrico; deciden qué hacer y se enganchan con un sistema de atención a la salud específico; aplican tratamiento; evalúan los efectos del autotratamiento y la terapia obtenida de otros sistemas". (Kleinman, 1980:51). El enfermo y su familia utilizan las creencias y valores sobre la enfermedad que están padeciendo, en ocasiones pueden no darse cuenta de los síntomas por considerarlos naturales y otras veces pueden validar el rol del enfermo.

El sector popular, está en estrecha relación con lo que Menéndez señala como modelo médico basado en la autoatención. Es el sector o modelo que da inicio al proceso de atención a la salud, y que no sólo consiste en la búsqueda de ayuda sino también en no hacer caso de la enfermedad. Es el momento en el que la persona enferma y su familia deciden si es necesario acudir con un profesional (cualquiera que sea) o bien, atenderse ellos mismos. En este primer paso ambos autores toman en cuenta la reacción social ante el malestar que inicia con la identificación de los síntomas: intentar resolverlo solo, consultar familiares, amigos, etcétera, hasta llegar a un curador profesional. Pero ahí no termina la autoatención, o en términos de Kleinman el sector popular, ya que es fundamental para la continuación del tratamiento la evaluación que se hace en este sector sobre los resultados obtenidos en disminuir los síntomas y el malestar.

En cuanto al sector profesional de atención a la salud, Kleinman señala que "casi siempre es la medicina científica, pero en otras sociedades – como la china o la india – también se incluyen en este sector sistemas médicos indígenas, medicina tradicional, ayurveda. Prácticas que en estos países se han profesionalizado e institucionalizado. El sistema médico profesional se ha convertido en el dominante en casi todas las sociedades, lo que ha provocado que se desprecien otras prácticas o sistemas de atención a la salud". (Kleinman, 1980:57) Este sector lo podemos comparar con el Modelo Médico Hegemónico de Menéndez, siempre y cuando, consideremos que éste autor separa la práctica biomédica y la práctica médica alternativa en dos modelos. Kleinman por el contrario los engloba en un mismo sector porque lo que le interesa señalar como característica de este sector es su institucionalidad y profesionalización.

El sector profesional rechaza la autoatención por considerar peligroso todo tipo de automedicación. Para Menéndez la autoatención se distingue de la automedicación porque, la autoatención es la primera reacción a la enfermedad tiene que ver con la toma de decisiones respecto al proceso de atención. Menéndez incluye en este concepto la prevención, el cuidado del cuerpo, la alimentación, la higiene y todo lo que tiene que ver con el conocimiento del cuerpo y la búsqueda de su bienestar. La automedicación por su

parte, tiene que ver con el hacer uso de medicamentos de cualquier tipo sin consultar a un profesional.

Kleinman señala otra de las razones por las que el sector profesional rechaza formas distintas de atención , al analizar que este sector "considera que los aspectos biológicos de los problemas médicos son los reales mientras que lo psicosocial y cultural son de segundo orden, por lo tanto menos reales e importantes. El encuentro entre pacientes y doctores se da entre expertos y aquellos que son ignorantes, así que el rol de doctor es el de decir y dar órdenes a los pacientes, mientras que el rol de los pacientes es escuchar pasivamente"[9]. (Kleinman, 1980:57) Por esto, para este autor, es relevante hacer estudios que tienen que ver con la relación médico-paciente ya que es en ella donde se encuentran problemas de comunicación y falta de entendimiento.

Los tres sectores distinguidos por Kleinman cumplen cinco funciones clínicas: "1) La construcción cultural de la enfermedad. 2) El establecimiento de un criterio general que guía el proceso de atención a la salud y que evalúa los acercamientos a los tratamientos. 3) El manejo de la enfermedad a través de operaciones comunicativas como etiquetar y explicar. 4) Actividades curativas que incluyan todo tipo de intervenciones terapéuticas, desde drogas hasta cirugía, psicoterapias, cuidados o rituales curativos. 5) El manejo de prácticas curativas incluyendo la cura, el tratamiento fracasado, recurrencia, las enfermedades crónicas y la muerte". (Kleinman, 1980)

Me detengo en la primera de ellas: la construcción cultural de la enfermedad. Esta primera función es la forma más temprana de atención y en ella se observan dos posibilidades de explicación a la enfermedad: *Illness* y *disease*[10]. *Disease* se refiere a un mal funcionamiento biológico o psicológico del organismo mientras que "*illness* se refiere a la experiencia psicosocial y significado de ese mal funcionamiento (*disease*) percibido. Incluye las respuestas personales y sociales, y envuelve los procesos de atención, percepción, respuestas afectivas, conocimiento y evaluación de la enfermedad y sus manifestaciones.

[9] Este punto tiene que ver con una de las características estructurantes del MMH propuesto por Menéndez: relación asimétrica entre doctor-paciente y considerar a éste como ignorante o portador de un saber médico equivocado.
[10] Illness para este trabajo se traduce como padecimiento y Disease como enfermedad.

También incluye la comunicación e interacción interpersonal particularmente de la familia y la red social". (Kleinman, 1980:72). La enfermedad y el padecimiento son modelos explicativos que existen como construcciones en configuraciones particulares de la realidad social. Por lo tanto, pueden ser entendidos solamente definiendo los contextos y los significados de las relaciones sociales.

Kleinman ejemplifica lo anterior señalando que en la historia reciente de occidente se ha vuelto común hablar de individuos que presentan sintomatologías como: pérdida de interés en el trabajo, familia y sentimientos de infelicidad. Se describen como enfermos e incluso utilizan el término psiquiátrico de depresión. "El individuo y la familia usa la etiqueta, se apropia del término para interpretar otras experiencias y comportamientos que en algunos casos ni siquiera tienen que ver con el problema. Aplicando esta etiqueta, la persona afectada y su familia hacen uso de las explicaciones disponibles en un contexto particular, cultural e histórico de atención a la salud". (Kleinman, 1980:76)

Es importante señalar que esta propuesta de Kleinman, de "entender la enfermedad en una doble dimensión, tiene su origen en otro autor llamado Fábrega. Este autor recurrió a la perspectiva *emic* y *etic* para referirse a la dimensión del paciente, la expresión de un fenómeno subjetivo y para el cual utilizó el término de *illness*. Lo *etic* esta referido a categorizaciones elaboradas desde la profesión biomédica, es decir aquellas que dan cuenta de la naturaleza objetiva y analítica que distingue con la noción de *disease"*. (Ramírez, 2005:19).

Por último, expongo el concepto de modelos explicativos propuesto por Kleinman. "Estos son las nociones sobre los episodios de la enfermedad y los tratamientos que se emplean por todos aquellos implicados en el proceso clínico. La interacción entre los modelos explicativos de los pacientes y los practicantes son centrales en la composición de los sistemas de salud. Ofrecen explicaciones de la enfermedad y una guía de las opciones de tratamiento" (Kleinman, 1980:105). Estructuralmente se distinguen cinco preguntas que estos modelos buscan explicar: 1) Etiología. 2) Tiempo y forma de los síntomas. 3) Patología. 4) Curso de la enfermedad. 5) Tratamiento. "Estos modelos deben distinguirse

de las creencias generales sobre la enfermedad y la atención. Si bien los modelos explicativos se dibujan sobre este sistema de creencias, en realidad se centran en las respuestas a episodios particulares de la enfermedad. Los modelos explicativos determinan qué es considerado relevante como evidencia clínica y cómo esa evidencia es organizada e interpretada para racionalizar tratamientos específicos. Son el principal vehículo de la construcción clínica de la realidad, revelan la especificidad cultural y la historicidad de la sociedad que produce la realidad clínica". (Kleinman, 1980:106-110).

Kleinman distingue entre los modelos explicativos de la gente común y los modelos propios de los médicos o practicantes. Entre estos últimos reconoce diferencias: uno es el modelo explicativo teórico y formal que comparte el grupo de médicos, y otro es el que el médico particulariza a partir de su experiencia. En el modelo explicativo de las personas también hace una distinción: uno es el que se comparte con la comunidad que lleva al modelo explicativo familiar y otro es el modelo explicativo individual. (Young, 1982).

El modelo explicativo popular puede ser un discurso vago, sin mucha organización, con multiplicidad de significados, cambios frecuentes y falta de fronteras entre ideas y experiencias. Emplean metáforas y lógicas dependiendo de su etnicidad, clase social y educación. Los médicos para articular los modelos explicativos y comunicarse con sus pacientes recurren a ciertas metáforas que pueden ayudar a la comprensión de la enfermedad. Sin embargo, el modelo explicativo del médico, para diferenciarse del popular o del paciente, busca ser formulado a partir de hipótesis, con pruebas y son siempre producto de circunstancias y del impulso racionalizado de las acciones. (Kleinman, 1980).

Una de las críticas que ha recibido la corriente de antropología médica clínica, a la que pertenece Kleinman, es que "los estudios que realizan están enfocados a buscar mejorar la relación entre los modelos explicativos y el poco desarrollo que hace del nivel macrosocial de las condiciones sociales, económicas, políticas e históricas que determinan el proceso de construcción de significados del padecer". (Osorio, 2001:25) Es decir, Kleinman se concentra en la relación médico-paciente como si ésta no fuera una relación jerárquica en la que hay diferencias. Desde mi punto de vista si bien estoy de acuerdo con esta crítica a la

postura de Kleinman, su propuesta teórica puede ser muy buena si sumamos los elementos que faltan como las condiciones sociales del grupo a investigar. Por otro lado, si utilizamos los modelos explicativos para el análisis de los sistemas de atención a la salud, podemos observar cómo estos discursos se relacionan, adquieren elementos nuevos al relacionarse entre sí y de este modo un modelo explicativo popular puede llenarse del discurso médico y viceversa.

Allan Young revisó la propuesta teórica de Kleinman respecto a sus conceptos de *Illness* y *Disease*. Al hacerlo construyó una crítica al autor y elaboró un término nuevo, útil para la antropología médica: *sickness*[11]. Este término se puede traducir como la enfermedad desde el punto de vista social es decir, que considere el contexto del paciente. "Eduardo Menéndez y Di Pardo refieren también a dos ordenes de expresión: la signoconstrucción médica y la sintomaexperiencia del paciente. Estos dos órdenes de saberes han sido el centro del análisis que ha dado lugar a postulados centrales que hoy rigen la investigación sobre la enfermedad desde la perspectiva sociocultural". (Ramírez, 2005:20).

Lo más importante de estas elaboraciones teóricas y conceptuales, para Ramírez, está en "destacar que existe un doble ordenamiento de las nociones y explicaciones sobre la enfermedad y su atención en función de saberes (saber de sentido común y saber profesional) que deben ser analizadas como expresiones sociales, culturales, ideológicas, económicas de determinados conjuntos sociales". (Ramírez, 2005:21).

6). Antropología médica y salud mental.

En la antropología médica el tema de salud mental ha sido tratado desde varios ángulos o posiciones. La etnopsiquiatría, por ejemplo, surge en los años setenta del siglo XX como una forma de hacer investigación multidisciplinaria. "Esta corriente intentó abarcar y comprender conjuntamente los conceptos que tienen que ver con el campo de la psiquiatría (lo normal y lo patológico) y los de etnología (cultura). El propósito era conseguir una antropología psiquiátrica". (Laplantine, 1986:11). La etnopsiquiatría distingue y articula

[11] Sickness, illness y disease son términos que no encuentran equivalentes en el español ya que todos podrían ser traducidos como enfermedad. Sin embargo, reciben diferentes connotaciones como hemos visto a lo largo de este trabajo.

entre sí dos niveles complementarios de la comprensión de la enfermedad mental, sin confundirlos o reducirlos el uno al otro. Este interés tiene que ver con la gran aceptación que tuvo sobre todo en Estado Unidos, el psicoanálisis. "Freud tuvo una gran influencia en la escuela de cultura y personalidad donde los norteamericanos buscaron integrar a su campo de estudio el punto de vista del psicólogo y es ahí donde el psicoanálisis se introduce a la etnografía". (Laplantine, 1986:27).

Esta investigación no pertenece al ámbito de la etnopsiquiatría, pero la menciono porque me parece interesante señalar que la antropología se acercó a problemáticas propias de las psicología y la psiquiatría aportando una visión culturalista del tema, lo que permite hablar de particularidades en el terreno de la salud y la enfermedad. Para Laplantine "la cultura es un conjunto de materiales que nos nutren como individuos y en tanto que sociedades, a fin de elaborar nuestras experiencias. Dichos materiales son idénticos en todas partes. Constituyen lo que Lévi-Strauss llamó el capital común del que disponen las sociedades". (Laplantine, 1986:43).

Retomo a Laplantine porque es un autor que intenta demostrar que la locura, aunque parece quedar relegada a la periferia del sistema cultural, forma parte del mismo. En él y dentro de él cumple un cometido. Señala que en todas las culturas se definen los conceptos de locura, curadores y enfermos como parte de una totalidad. El curador es el encargado de clasificar la enfermedad, descubrir sus causas y atenderla. Señala también que los criterios de normal y patológico nunca quedan fijados de manera definitiva, cambian constantemente, se redefinen.

Laplantine introduce a la antropología en el terreno de las enfermedades mentales y la personalidad a partir de la influencia psicoanalítica y de su concepto de cultura. Para Freud la cultura juega un doble papel: por un lado, proporciona al individuo aquello que le permite pertenecer a un contexto determinado, pero esto también genera cierto malestar. Sin embargo, la cultura proporciona al individuo las herramientas necesarias para contrarrestar este malestar. Por lo que para Laplantine "la enfermedad mental no es jamás un simple no-sentido. Es un contrasentido o más precisamente otros sentidos posibles

respecto de lo que una sociedad dada define como sentido primero. Sólo se la puede llamar estructuralmente a-normal en la medida en que se aleja de la norma culturalmente compartida por la mayoría de los miembros de una sociedad, para abrazar otras normas que constituyen, parte integrante del sistema total que nos proporciona modelos de comportamientos que, no por ello son menos convencionales y aceptables para el grupo entero". (Laplantine, 1986:65).

Otras posturas un poco más actuales sobre la antropología y su vinculación con la psiquiatría son la llamada psiquiatría transcultural y la psiquiatría cultural. En la primera tanto psiquiatras como antropólogos (Joseph. M. Comelles, entre otros) consideran factores sociales y culturales para el estudio y análisis de las enfermedades mentales: el género, el nivel educativo, la profesión, edad, estrato social, pertenencia rural o urbana, experiencias previas, proyectos personales, etcétera. El concepto de cultura es igualmente importante y se entiende como una fuerza homogeneizadora que actúa sobre los individuos. Es la lengua común, el aparato de poder (político, económico, científico) al que estamos sometidos. Las culturas se mueven entre dos fuerzas en tensión: una que tira hacia la individualización y la diferencia y otra hacia la grupalidad y la homogenización.

Para Martínez-Hernáez la cultura influye en la experiencia, la expresión, el curso, la evolución y el pronóstico de los trastornos mentales, así como en las terapias y las políticas de salud mental. Sin embargo, es una dimensión no muy aceptada por la psiquiatría. "La psiquiatría transcultural desde su enfoque está vinculada a la comparación de cuadros clínicos de diferentes culturas y al debate sobre la universalidad de las nosologías así como también hacen estudios comparados sobre las terapias tradicionales, entre otras. Mientras que la psiquiatría cultural hace investigaciones sobre la cultura, los tratamientos y los trastornos mentales. Puede entenderse, actualmente, como la búsqueda de respuestas ante una sociedad en donde lo exótico se ha tornado cotidiano y lo cotidiano ha adquirido un carácter híbrido y mestizo". (Martínez-Hernáez, 2006:2-3).

Además de estas posturas, Enrique Eroza Solana aborda la enfermedad mental en un contexto indígena a partir de la teoría de las representaciones sociales. En un artículo

titulado “Las crisis convulsivas entre los tzotziles y los tzeltales. Del don sagrado al estigma” explora cómo se vive y por tanto, como se representa en comunidades indígenas chiapanecas una enfermedad como la epilepsia. Este trabajo resulta muy atractivo porque muestra cómo, en otro contexto sociocultural, las convulsiones están asociadas a la creencia de que quien las sufre en realidad está siendo llamado para aprender el arte de la curación.

El acento en las investigaciones con carácter antropológico está en explicar y entender el entorno sociocultural del lugar donde se realiza la investigación. Las enfermedades pueden ser encontradas en cualquier contexto social, lo que varían son las expresiones de las mismas. Los significados que se otorgan a ese malestar pueden no ser los mismos en una sociedad o en otra, esto puede referirse a todos los padecimientos incluidos los mentales. “La tendencia dominante de la psiquiatría moderna ha dado respuesta a estas variaciones de los síntomas y trastornos psiquiátricos entre diferentes culturas con un modelo donde se hace responsable a la biología de la causa y estructura del trastorno mental, mientras que los factores culturales configuran su contenido… Este modelo ha permitido ordenar una extensa gama de síntomas disponiéndolos en sistemas manejables y coherentes de clases y diagnósticos. Sin embargo, el modelo se ha llevado a tales extremos, que resulta contraproducente cuando se trata de comprender la forma en que se manifiestan esos trastornos en países que no sean los industrializados del occidente o para entender la existencia de otros padecimientos que no se encuentran tipificados en los manuales diagnósticos”. (Berenzon, 2003:37-38).

Lo que expone Berenzon me parece interesante porque la psiquiatría, tiende a buscar enfermedades que pueden ser diagnosticadas en cualquier parte del mundo. Los manuales diagnósticos ya sea de la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría (DSM-IV), o el manual diagnóstico de la OMS (CIE-10), ofrecen una gran variedad de trastornos psiquiátricos que si bien intentan hacer las observaciones necesarias con respecto a las especificidades culturales, tienen una tendencia a implantar enfermedades universales. Olvidan las particularidades, la explicación social o individual de quien experimenta la enfermedad y se atienen a las estadísticas, a lo general de los síntomas. Lo que lleva también a la posibilidad de plantearse que no todas las enfermedades se encuentren en las sociedades. Berenzon

señala al respecto que Kleinman y otros autores consideran que "la psiquiatría no está dispuesta a conceder que la anorexia, la depresión o la fobia sean posiblemente síndromes vinculados a la cultura de occidente y que a lo mejor, la mayoría de ellos sólo se presentan en Estados Unidos o Europa con los síntomas descritos en los manuales". (Citado en Berenzon, 2003:38). Por esto se ha sugerido que el estudio de la salud mental cambie de estrategias. No se puede diagnosticar de la misma forma los trastornos mentales por muy biológicas que sean las raíces de los mismos ya que se experimentan en contextos sociales y culturales distintos.

La antropología tiene un lugar privilegiado no sólo dentro de las enfermedades mentales sino en la sociedad, porque observa los procesos sociales (incluida la enfermedad) desde una óptica que toma en consideración el contexto socio-cultural como algo construido por el hombre. En términos de Berger y Luckmann, la antropología observa la realidad construida socialmente y determinada por el momento histórico.

7). Conclusiones del marco teórico

En este capítulo presenté una de las principales corrientes teóricas en la investigación social: el construccionismo a partir de dos de sus más representativos autores, P. Berger y Th. Luckmann. Esta propuesta se enmarca dentro del paradigma interpretativo que permite pensar y analizar problemáticas sociales considerando todos los aspectos involucrados en ellas. Desde la antropología médica y aplicado al estudio de las enfermedades, el construccionismo permite pensar el proceso salud/enfermedad/atención desde el contexto sociocultural y la manera en que los individuos piensan y construyen su malestar. De este modo podemos pensar que existen muchas maneras de interpretarlo.

El construccionismo, junto con otras corrientes teóricas de la época, pone énfasis en la importancia del individuo en lo social. El sujeto vive dos procesos simultáneos: por un lado, construye su propia realidad al dotar de significado a lo que lo rodea, aprendiendo e internalizando una manera de ver el mundo que estaba ahí antes de él. Por otro lado, esa realidad es compartida, el individuo vive en sociedad y como tal comparte universos

simbólicos que le permiten interactuar con los otros. Los individuos comparten un código o sistema común, pero a la vez cada uno de ellos esta generando su propio conocimiento. En el terreno de la salud y la enfermedad observamos ejemplos concretos de este fenómeno. En el caso de estudio que presento podemos decir que las mujeres entrevistadas construyeron y reconstruyeron su propio discurso sobre su padecimiento a partir de la experiencia vivida dentro de una institución psiquiátrica. Se nutren de su propio proceso cognitivo pero también del conocimiento externo sobre su enfermedad.

La teoría construccionista me permite señalar que la enfermedad y la salud se pueden pensar como un proceso de construcción permanente. El proceso de salud/enfermedad/atención se observa como un hecho social que involucra la manera en que las personas significan y construyen explicaciones así como las maneras de atender los malestares. Este proceso comienza cuando el individuo y su grupo o red social cercana identifican malestares o conductas diferentes a las habituales que poco a poco van tomando la forma de síntomas de una enfermedad, se transforman. Esta transformación es el momento en que el proceso s/e/a se convierte en un hecho social, al involucrar a un grupo con sus significados, percepciones y conocimientos de ese malestar determinado. Es así como la salud, la enfermedad y la atención se convierte en objeto de estudio antropológico.

La antropología proporciona el punto de vista del actor e introduce una categoría conceptual indispensable para entender el contexto sociocultural en el que surge el malestar y la enfermedad: la cultura. Esta permite comprender que el proceso salud/enfermedad/atención se construye con elementos específicos de cada grupo social y sociedad. En esta tesis la forma de atención escogida para trabajar es la psiquiatría, área de la medicina que generó su propio sistema de códigos, enfermedades, formas de diagnosticar y atender e inclusive un lenguaje propio para transmitir su conocimiento y especificidad científica.

En esta investigación identifico dos formas de explicar la enfermedad, o bien, como señala Kleinman, dos modelos explicativos. Uno de ellos estaría representado por el grupo de médicos que a través de las entrevistas proporcionan una visión de la depresión, sus causas

y sus definiciones, todas ellas propias de la concepción científico-profesional a la que pertenecen. El grupo representante del otro modelo explicativo lo integran las mujeres entrevistadas, quienes entrecruzan su propia visión de la depresión con la visión médica. Este es un buen ejemplo de cómo la idea de la enfermedad es un proceso en continua construcción, en el que se relacionan las vivencias personales, los conocimientos generales y las explicaciones de los especialistas en atenderla. El individuo es el vehículo receptor de dos aproximaciones al mismo problema y malestar. Es en él en donde se espera esté la solución, o por lo menos, la reducción de los síntomas que trae consigo la depresión.

Arthur Kleinman proporcionó dos conceptos claves: *Illness* para denominar a la enfermedad desde el punto de vista de quien la padece; y *Disease* para nombrar al mismo padecimiento desde el punto de vista del profesional que la atiende. Las críticas a estos conceptos abrieron la posibilidad de ampliar el entendimiento del proceso de s/e/a, y se propuso un concepto adicional: *sickness* que se refiere al contexto sociocultural de la enfermedad. El reto de la ciencias sociales interesadas en estos fenómenos es estudiar el proceso considerando estas tres dimensiones involucradas: el actor, el saber médico-profesional y el medio social, que juegan un papel fundamental para entender el funcionamiento de la sociedad en cuanto a la salud y la enfermedad.

Kleinman y Menéndez señalan que en una misma sociedad encontramos tres posibles formas de atención: el MMH, MMAS y el MMAA (Menéndez), o sector profesional, sector popular y sector folk (Kleinman). Esta tesis estudia el Modelo Médico Hegemónico que se caracteriza por una percepción normativa de la salud, biologicista, a-histórica y que no responde a las especificidades culturales de quien acude a ella. Kleinman llama a este sistema de atención Sector Profesional y lo describe con las mismas características[12]. Pensar a la psiquiatría como un modelo o sector con una visión propia de la depresión permite que el contraste con el punto de vista del actor sea mayor, y así observemos en qué momento ambos discursos se relacionan entre si o se alejan. La influencia que tiene en las mujeres entrevistadas el discurso médico, esta influencia responde a la hegemonía que tiene este modelo de atención en nuestra sociedad.

[12] Modelos y sectores analizados y descritos anteriormente en este capítulo.

Una vez señalado el modelo médico que analiza la tesis, puedo retomar la noción de carrera del enfermo propuesta por Goffman. Este autor identifica tres momentos en esa carrera: la etapa del prepaciente, la del paciente y del expaciente. La tesis se centra en la fase del paciente, ya que es en esta categoría en donde podemos observar el proceso de entendimiento (construcción) del padecimiento y/o su aceptación. En el caso de los pacientes que se internan en una institución para solucionar el malestar (depresión), el proceso de aceptación se acelera. Permanecen 21 días encerrados bajo control médico y en un medio que los obliga a convivir las 24 horas del día con su enfermedad.

Estar internado en una institución psiquiátrica genera estigma social. Este concepto es introducido por el mismo autor, Erving Goffman; quien señala que la estigmatización es una construcción social generada a partir de las conductas o características físicas de los individuos. En el caso de este estudio encontré que el estigma está asociado a la manera en que se utiliza el término locura para referirse a una persona en tratamiento psiquiátrico o a su internación en un hospital para enfermos mentales. Ahora bien, este estigma no sólo lo resienten los pacientes, sino también los psiquiatras que pueden llegar a ser poco respetados en el ambiente médico.

Durante la investigación observé que el concepto de locura se modifica en el momento en que tanto médicos como pacientes se acercan a las enfermedades mentales. Socialmente utilizamos el término locura para referirnos a personas que tienen conductas y reacciones inesperadas o inapropiadas. Una vez que esta categoría social es atravesada por el saber médico y/o una vivencia personal se transforma y se convierte en una enfermedad que puede ser controlada y atendida. Sin embargo el estigma no desaparece por completo. Sería pertinente saber si al salir del hospital las expacientes ocultan, o no, su estancia en el mismo.

Por último me gustaría señalar que en el presente trabajo se ofrece un análisis que beneficia la experiencia y la percepción de la enfermedad a partir de las mujeres entrevistadas. El análisis relacional y la crítica al paradigma interpretativo, deberá ser abordada en una investigación posterior.

8). Metodología de investigación.

La investigación se llevó a cabo en un Hospital de tercer nivel de atención especializado en psiquiatría de enero a mayo del 2007. Trabajé con doce mujeres internadas en las institución y con cuatro médicos psiquiatras, dos de ellos se encontraban en el primer año de especialidad y dos más en el cuarto y último año. Los nombres de los entrevistados fueron cambiados para la protección y anonimato de todos los que participaron en la investigación. La herramienta metodológica fundamental implementada fue la entrevista. En el caso de las mujeres seleccionadas para la investigación realicé cuatro entrevistas formales con cada una de ellas. Con los médicos preparé entrevistas puntuales y breves que se acomodaran a sus tiempos de trabajo. Además de esto, tuve oportunidad de permanecer en el Hospital durante las mañanas. Esto me permitió hacer un trabajo de observación participante y realizar platicas informales tanto con mis informantes como con otras internas y personal de salud de la institución. Organicé por tópicos la información obtenida y posteriormente la interpreté de acuerdo al marco teórico elegido: la construcción social de la realidad y en este caso, de la enfermedad.

8.1). ¿Cómo llevar a cabo una investigación antropológica en una institución psiquiátrica?

Llegué al Hospital con la firme intención de trabajar con pacientes-mujeres que acudieran a la institución de forma voluntaria a consultas externas. Pero afortunadamente, la doctora que contacté para presentar mi investigación y pedir el permiso pertinente para instalarme cuatro meses en el Hospital desempeñaba sus labores en el área de internamiento,[13] y cordialmente me invitó a trabajar con las pacientes internadas que ella atendía. Accedí a pesar de los nervios que me provocó el enfrentarme a una situación no prevista en mi proyecto de investigación. Esto generó un cambio fundamental en mi planteamiento: además de trabajar la percepción que tenían estas mujeres sobre la depresión, habría que incluir en la investigación, la situación de internamiento en el hospital psiquiátrico a la que

[13] La institución donde realicé la investigación ofrece consulta externa, urgencias e internamiento si durante la evaluación del paciente el caso es grave se sugiere permanecer hospitalizado. El área donde trabajé es la de internamiento, en donde las mujeres con TDM permanecen un máximo de 30 días bajo cuidado, atención y tratamiento médico.

se enfrentaban. Una vez reformulado el proyecto y contempladas las nuevas situaciones a las que me podía enfrentar durante mi trabajo de campo, atendí la primera petición de la doctora para iniciar la investigación: realizar cartas de consentimiento informado para cada una de las mujeres que pretendía entrevistar.

Trabajar en el Hospital me confrontó con una forma diferente de hacer investigación antropológica. Había que establecer criterios éticos básicos que asegurarán no sólo la integridad y anonimato de mis entrevistados, sino de mi misma y de la Institución que me estaba dando el permiso. Este primer obstáculo fue difícil de vencer, escribí varias veces la carta de consentimiento informado sin mucho éxito. Fue hasta que me mostraron, como ejemplo, una versión que utilizan en el Hospital que logré realizar la mía y así iniciar la investigación.[14] Este detalle me hizo reflexionar sobre la práctica antropológica. Partimos de la idea que por el hecho de ser antropólogos estamos en nuestro derecho de investigar cualquier tema y en cualquier lugar. Sin embargo, en la realidad las cosas son diferentes, no es tan sencillo como parece, requiere de mucho compromiso sobre todo en las circunstancias en las que iba a realizar mi investigación: trabajar con personas vulnerables, que están atravesando por una crisis emocional fuerte, incluso cuestionando la idea de seguir viviendo y que a pesar del tratamiento corren el riesgo de recaer nuevamente. El tema en sí mismo es complicado, y que llegara una antropóloga a indagar en sus vidas con el objetivo de conocer su percepción sobre el padecimiento que sufrían no fue sencillo. El consentimiento informado fue el primer obstáculo que me hizo pensar en dónde me estaba metiendo, y qué tipo de tema iba a tratar para la tesis de maestría.

Una vez logrado este primer paso el siguiente era más obvio: buscar a las informantes adecuadas. Intenté seguir el esquema previsto en mi proyecto pero esto no fue posible. Trabajé en un hospital donde se atienden emergencias y no se selecciona a los pacientes que ingresan. Poco a poco comprendí que el criterio básico que debía seguir era el de entrevistar a aquellas mujeres diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor que accedieran a trabajar conmigo. Los médicos que trabajan en el Hospital me ayudaron a orientarme en la selección de informantes. Con todas ellas el hilo conductor de las

[14] Anexo el formato utilizado.

entrevistas fue el concepto de depresión, las causas que ellas le encuentran a la misma, la manera en que explican su padecimiento, la experiencia del encierro en un hospital psiquiátrico, el estigma que genera el padecimiento y el internamiento en una institución para enfermedades mentales, la ansiedad como otro de los síntomas propios de la depresión. Y en algunos casos se trató el tema del embarazo como un posible detonador del padecimiento.

Una vez iniciada la investigación me di cuenta que el discurso de estas mujeres estaba muy influenciado, evidentemente, por el saber psiquiátrico. Los médicos hablaban con ellas todos los días, les explicaban en que consistía la enfermedad y la importancia de dar continuidad a su tratamiento. Conforme avanzaba su internamiento, las pacientes incorporaron estas explicaciones a su discurso y, junto con su propia experiencia, elaboraron un concepto propio de depresión. Me pareció pertinente conocer por voz de los doctores eso que transmitían a mis entrevistadas. Entrevisté a cuatro psiquiatras: dos de ellos recién ingresados en la especialidad y dos más que estaban por terminarla. Las entrevistas se dirigieron a comprender la depresión desde el punto de vista técnico-médico con la finalidad de aprender y entender el Trastorno Depresivo Mayor tal y como lo entienden quienes diagnostican y atienden la enfermedad. Abordé los mismos puntos tratados con las mujeres: el encierro como parte del tratamiento psiquiátrico; el estigma que genera este tipo de enfermedades, y agregué un punto más: la experiencia, impresiones y vivencias de los médicos atendiendo a enfermos mentales en un hospital. Los resultados fueron muy buenos, a pesar de que en un hospital el tiempo es valioso, los médicos explicaron en sus términos la enfermedad y me transmitieron su experiencia en un hospital y percepción sobre el encierro, la atención y el estudio de los desordenes o trastornos emocionales.

Estos dos grupos de entrevistados conformaron dos visiones del mismo tema. Uno de ellos es la percepción del enfermo que describí, en el marco teórico, como *illness;* y el otro, la concepción técnica-médica, el *disease*. Tanto los médicos como las mujeres son los actores fundamentales que participan durante el internamiento y el proceso de reconocimiento de la enfermedad. Hay diferencias importantes entre los testimonios de las mujeres entrevistadas

y los médicos. Esta investigación se concentra en recuperar el proceso de construcción de la enfermedad de las pacientes. La información obtenida en las entrevistas con los médicos sirve para contrastar el punto de vista médico del punto de vista de las mujeres.

8.2). Perfil entrevistados

Participaron un total de doce mujeres que viven en la Ciudad de México y en el Estado de México. El rango de edades de las mujeres informantes va desde los 18 a los 50 años. Cuatro de ellas son casadas, ocho son solteras. De las doce, siete tienen hijos. Al pertenecer a un medio urbano tuvieron acceso a centros de salud o a médicos particulares a los que recurrieron para informarse y ser atendidas por depresión antes de ingresar al Hospital. Cuatro de ellas se atendieron en los CECOSAM[15], tres más habían asistido a consulta externa en el mismo Hospital en el que fueron internadas posteriormente. Las cinco restantes habían acudido a un médico particular. Las doce entrevistadas habían recibido un diagnóstico psiquiátrico y tratamiento para el trastorno depresivo antes de su internamiento. Para diez de ellas era la primera vez que se internaban; una había tenido una experiencia previa en el hospital psiquiátrico infantil; y otra más llevaba cuatro hospitalizaciones: dos en este Hospital y dos más en otra institución psiquiátrica.

Dentro de las causas del internamiento expresadas por las entrevistadas: seis señalaron que acudieron al Hospital por un intento de suicidio; cinco por una crisis emocional fuerte; y solamente una se internó buscando una solución definitiva a la depresión, enfermedad con la que lleva diez años diagnosticada. Además del TDM, cinco de las doce mujeres presentan trastorno limite de la personalidad[16]. Estos antecedentes de las informantes nos indican que sus respuestas y sus conocimientos de la depresión están profundamente influidas por el discurso médico. Lo veremos con más detalle en los próximos capítulos.

---

[15] Centros comunitarios de salud mental, dependen de la secretaría de salud y se encuentra uno en Iztapalapa, en Cuauhtémoc y otro más en Zacatenco.

[16] El trastorno de personalidad límite se define, según el DSM-IV de la siguiente manera: un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.

Las estadísticas epidemiológicas señalan a la mujer como el género más propenso a padecer depresión. Sin embargo, no existe una explicación satisfactoria sobre este fenómeno. Me pareció pertinente hacer un trabajo con mujeres para obtener datos que pudieran aproximarnos a una respuesta. Esto no quiere decir que los hombres no experimenten este padecimiento. Dentro de las argumentaciones de los entrevistados que explican esta problemática, sobresale la idea de que en México a la mujer le esta permitido experimentar cambios de humor, mostrar tristeza y sobre todo buscar ayuda cuando el malestar es insoportable. Es posible que este elemento cultural enunciado por los entrevistados sea el que impide que los varones se reconozcan como enfermos y decidan solucionar los malestares que pueden presentar. Esta investigación se circunscribe únicamente al problema con mujeres internadas.

En cuanto a los médicos, seleccioné a cuatro jóvenes estudiantes: una mujer y un hombre en el primer año de especialidad con dos meses de práctica en el área de internamiento; y dos mujeres en el cuarto año con tres años de experiencia en el área de internamiento, consulta externa y urgencias del mismo Hospital y de otras instituciones similares.

8.3). Etnografía hospitalaria y entrevistas

En una investigación antropológica no es el investigador, por más que quiera, el que establece los horarios o los momentos propicios en los cuales realizar una entrevista. Es el entrevistado quien determina cuando quiere hablar, más aún si nos encontramos en un hospital donde las rutinas están establecidas por el personal y no puedes "estorbar" el paso de los médicos. Como señala Comelles, "el antropólogo puede pensar inicialmente que no es un intruso pero inmediatamente cae en la cuenta que lo es doblemente: ante los locos, por ser locos, ante los cuerdos porque su papel va a referirse a su comportamiento, a sus modos de ver la realidad. El hospital mental es una institución cuyo uno de sus objetivos es el tratamiento y en el que parte de él se efectúa mediante la palabra. El vis-a-vis entre el antropólogo y el loco suponen un grado elevado de conflicto en tanto su conducta puede interferir en el proceso terapéutico." (Comelles, 1989:226).

Los antropólogos pocas veces tenemos tiempo de reflexionar sobre la influencia que podemos llegar a producir en la comunidad, grupo o persona con el que realizamos una investigación. Sin embargo lo que dices, haces, piensas o incluso preguntas produce que esa persona, grupo o comunidad reflexione en cosas en las que tal vez antes no había reparado. En una ocasión, estando en el cuarto de una de mis entrevistadas, llegaron varios doctores a realizar una visita de rutina. Me quedé en el cuarto escuchando la conversación. Para mi sorpresa la informante incorporó a sus respuestas a los médicos conceptos que había discutido conmigo minutos antes. Los doctores me miraron inquisitivamente, y fue ahí cuando comprendí la responsabilidad que representa indagar en la vida de alguien. Más aún en una persona que esta viviendo momentos difíciles y de mucha tristeza. Por lo tanto la cita de Comelles me parece relevante: se debe tomar en cuenta que la relación que establecemos con el entrevistado y los temas que tratamos pueden tener repercusiones en su proceso terapéutico, así como en la rutina y normalidad de un internamiento hospitalario.

Los encuentros con las informantes estuvieron sujetas al estado de ánimo de mis entrevistadas. Había días en los que no querían hablar o estar con nadie. Entonces había que esperar, platicar con alguien más o regresar al día siguiente. Otra limitante con la que me encontré durante la investigación fue que las informantes se encontraban bajo control y tratamiento médico: tomaban medicamento, asistían a terapias individuales o grupales, participaban en la terapia ocupacional, etcétera. El medicamento se los administraban en las mañanas y en las noches. Cuando yo entraba al Hospital ya habían tomado su primera dosis. Esto provocaba que muchas de ellas presentaran sueño y bostezaran incontrolablemente, lo que las hacia molestarse con ellas mismas por sentirse tan adormiladas. A algunas pacientes les afectaba más el medicamento, por lo que respondían más lentamente a mis interrogantes. Con el tiempo me di cuenta que tanto el medicamento como el encierro diario les producía cansancio y aburrimiento. De hecho a veces me transmitían esa “flojera” y terminaba por bostezar con ellas.

Las entrevistas con las pacientes estaban sujetas al horario de los médicos. Si mis entrevistas llegaban a coincidir con las visitas de rutina de los doctores, quedaba a juicio de la paciente si yo podía presenciarla, o si debía salir para dejarla sola con su medico. Es el

antropólogo quien debe habituarse a la rutina para incluirse en ella y lograr sus entrevistas. En mi caso pude integrarme a la terapia ocupacional que proporciona el Hospital a sus pacientes todos los días por la mañana. Esta terapia es dirigida por un grupo de jóvenes psicólogos, incluye simultáneamente a todos los pacientes del Hospital sin importar su padecimiento, es presenciada por los cuidadores[17], y fue una excelente oportunidad para conocer y relacionarme con las pacientes, sus familiares y otras personas internadas. En esos momentos me dediqué a la observación participante.

Trabajar dentro de un hospital me hizo reflexionar sobre la forma en que se debe hacer etnografía en este tipo de instituciones. Decidí observar y escribir todo lo que veía a mi alrededor que considerara pertinente para mi investigación. Los puntos más importantes sobre los cuales guié mi observación fueron los siguientes: cómo vivían las mujeres en el Hospital; cómo eran sus cuartos; con quiénes se relacionaban (otras pacientes, enfermeros); cuál era su rutina hospitalaria; con quién platicaban; en que área se reunían para comer, conversar o ver televisión; cómo era su relación con médicos, enfermeros y el resto del personal de la institución; cuáles eran sus responsabilidades y actividades. Del mismo modo observé a los médicos: en dónde se reunían, cuáles eran sus actividades, cómo se relacionaban con sus pacientes, sus colegas y personal de salud, etcétera. Esta guía de observación me permitió hacer una etnografía general del lugar donde me encontraba, misma que presento en el segundo capítulo.

¿Cómo transmite una antropóloga la sensación de encierro? ¿Cómo se transmite mediante una descripción lo que significa y representa estar enfermo, internado en un hospital psiquiátrico? ¿Cómo crear un tipo de etnografía y análisis antropológico sin recurrir a la clásica descripción de sociedades ajenas a las nuestras, a lo que conocemos? Tenía que responderme estas interrogantes para poder escuchar el discurso médico y el discurso de las entrevistadas y no perder de vista que mi interés no era resolver las causas o el origen de la depresión – ni siquiera la psiquiatría tiene estas respuestas –, sino comprenderla desde una perspectiva que incluyera ambos discursos. Intentar descubrir en qué momento y cómo la psiquiatría se presenta como una alternativa para aliviar la tristeza, la melancolía.

[17] Los cuidadores son familiares, personas cercanas o profesionales contratados externamente, que se internan junto al paciente para acompañarlo durante las primeras semanas de su hospitalización.

El modelo hospitalario de la institución en la que trabajé presenta las siguientes características: los pacientes del Hospital diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor permanecen un mínimo de 21 días y un máximo de 30 bajo estricto control médico. Las personas que se internan en él lo hacen voluntariamente y sabiendo que no pueden quedarse más allá de lo estipulado. En este Hospital se toman en cuenta los Derechos Humanos del paciente que señalan la obligación de firmar un documento que establece el internamiento voluntario. Esto también evita que esta institución se conviertan en un asilo en donde los pacientes son abandonados, o se quedan a vivir largas temporadas de su vida. Otra característica importante de este modelo es que los pacientes deben, durante su internamiento, tener a un familiar cuidador. Esta figura cumple con ciertas características y requisitos: no estar enfermo, ser mayor de edad y no exceder los 60 años, entre otros. En algunos casos el paciente no cuenta con una persona adecuada para el compromiso y se evalúa la posibilidad de contratar el servicio con personas dedicadas y entrenadas para esto.

En México existen todavía los manicomios "clásicos", que funcionan como un asilo donde los "locos" son encerrados y difícilmente vuelven a su vida normal. Este no es el caso del Hospital que tiene como objetivo reincorporar a los pacientes, en el corto plazo, a su vida normal. Muchas enfermedades mentales no permiten que esto suceda, en estos casos el Hospital no puede ayudar más que para contener momentos de crisis en el paciente.

Este modelo de hospital cambió la imagen preconcebida que yo tenía sobre los instituciones psiquiátricas: cuando uno piensa en ellas automáticamente viene a la mente la imagen de un lugar desolador, con personas abandonadas a su suerte. El Hospital proporciona un referente diferente: los pacientes no están amarrados, sucios o sin contacto con el exterior. Por el contrario, visten su propia ropa, tienen un cuarto para cada quien con baño incluido, pueden recibir visitas, etcétera. A pesar de parecer que todo esta bien y que el Hospital funciona como una alternativa efectiva para atender este tipo de enfermedades, no pude dejar de mantener una mente crítica y escéptica al respecto: ¿Existen realmente las enfermedades mentales o son una manera de control para aquellos comportamientos que están fuera de la norma social? ¿Una institución psiquiátrica es efectiva para afrontar un problema de este tipo? De acuerdo a Comelles, el antropólogo no puede eludir la realidad.

Se puede considerar distinto al recluso (en mi caso al interno), pero se asume como miembro de la sociedad que ha recluido a los reclusos. Son condiciones de su propia existencia con las que se enfrenta en su experiencia cotidiana y en su tarea profesional y que no pueden ser eludidas. (Comelles, 1989: 227). Este autor nos propone dejar de aceptar como un hecho la neutralidad del observador y nos hace una invitación a fijar posturas en las investigaciones antropológicas. En mi caso puedo decir que el malestar existe, las mujeres que entrevisté me lo transmitieron. Sin embargo, hay mucho que hacer respecto a la forma en que se formulan los criterios diagnósticos, ya que olvidan los contextos particulares y culturales que también dan respuesta a los padecimientos. Como antropóloga pretendo mostrar en esta tesis cómo se vive la enfermedad y el internamiento en un hospital psiquiátrico desde la mirada del paciente. Y cómo explica la enfermedad el saber profesional representado por los cuatro médicos entrevistados.

En este sentido la investigación tiene una aproximación cualitativa porque "subraya el contexto de las personas, sus experiencias poniendo atención a los detalles de sus vidas". (Stoppard, McMullen, 2003:4). Estos detalles que explican el por qué o cuando inició la enfermedad dan un contexto más amplio de la persona investigada. "A través de las entrevistas podemos obtener las propias palabras de quien padece una enfermedad y así comprender el significado que tiene para su vida". (Stoppard, McMullen, 2003). En el estudio cualitativo lo que la gente dice se trata como una fuente vital de información acerca de su experiencia subjetiva y de las circunstancias de sus vidas. En el caso de la antropología se utiliza la entrevista a personas o grupos y el investigador se convierte en un observador y participante de la acción. Eso fue lo que intenté realizar a lo largo del trabajo de campo conviviendo con las pacientes del Hospital. Recontextualizar la depresión permite a los investigadores y terapeutas ver la depresión no sólo como una patología individual que requiere el cambio del individuo, sino relacionada e inmersa en el terreno social.

En el proyecto de investigación elaboré una guía de entrevistas que correspondían a los objetivos generales y específicos planteados para realizar la investigación. Los pocos meses de trabajo de campo y la problemática escogida hacían ver que una guía resultaba

fundamental para cumplir en tiempo y forma mis objetivos. Sin embargo, por más que el antropólogo tenga establecidos sus intereses y tiempos para realizar la investigación, éstos se ven afectados en el momento en que se enfrenta a la realidad. Esa guía de entrevistas[18] fue un buen inicio pero no fue suficiente. Tuve que buscar otra forma de acercarme a las mujeres seleccionadas, conocer sus historias y descubrir junto con ellas los eventos que habían marcado sus vidas y que ellas relacionaban con el inicio de la enfermedad. Fueron las mismas entrevistadas las que me proporcionaron, en la medida en que las conocí, una guía de entrevista. Había preguntas comunes a todas pero la manera de preguntar, de iniciar la conversación y los tópicos que querían hablar eran marcados por ellas. Cuando regresaba del Hospital y revisaba mis notas sobre la conversación que había tenido ese día, me daba a la tarea de elaborar una guía particular para cada persona y así poder relacionar los objetivos de investigación con el caso particular. Cada una de las pacientes fue mostrándome la forma en la que podía comprender cómo ella había identificado su malestar y decidido buscar ayuda.

Por último me gustaría retomar rápidamente los conceptos que serán claves en el análisis de los datos que expondré en los siguientes capítulos. El principal, y que guía al resto se refiere a la propuesta de Berger y Luckmann de pensar que los individuos construyen constantemente su realidad y en este caso la enfermedad. Esta construcción la observaremos desde las mujeres internadas y los médicos psiquiatras. El otro concepto importante que retomaré es el que señala Kleinman respecto a los modelos explicativos de la enfermedad. En este caso los observaremos en los dos actores fundamentales de esta tesis: las pacientes y el modelo explicativo de los médicos que se refiere tanto a su conocimiento técnico sobre el TDM, como a su experiencia en el área psiquiátrica. De este autor resulta fundamental señalar que la perspectiva que guía el capítulo dedicado a las entrevistadas es el de *illness,* y el dedicado a los médicos es el de *disease*. De Goffman retomaré su noción de estigma, y su definición de la carrera del enfermo, haciendo énfasis en la etapa del paciente, etapa estudiada en esta investigación.

[18] La guía de entrevistas se encuentra como anexo.

Capítulo II.

Etnografía del Hospital

Con la finalidad de que el lector tenga una idea del ambiente en el que se llevó a cabo esta investigación, en el presente capítulo ofrezco una descripción del Hospital psiquiátrico en donde realicé trabajo de campo de enero a mayo del 2007. Esta institución es una de las diez instituciones nacionales de salud coordinados por la Secretaría de Salud y se encuentra en el tercer nivel de atención.

El ingreso a este Hospital no es tan sencillo. Existen varios filtros para que un paciente sea aceptado. Es necesario que el paciente se interne junto con un cuidador durante los primeros días de hospitalización: el cuidador puede ser un familiar o un profesional, debe ser del mismo sexo del paciente, mayor de edad y menor de 65 años, no padecer ninguna enfermedad, entre otras. Las Trabajadoras Sociales del Hospital se encargan de realizar estudios socioeconómicos a los familiares de los pacientes recién ingresados para determinar el nivel adquisitivo de la familia y la tarifa que se les cobrará por la hospitalización, los medicamentos y la alimentación. Por esta razón no se acepta tan fácilmente a personas que sean derechohabientes del ISSSTE o del IMSS. En estos casos se les suele asignar una tarifa más alta.

Este Hospital observa los Derechos Humanos del paciente psiquiátrico. En todos los casos el internamiento debe ser voluntario: el paciente firma un documento haciendo efectiva su hospitalización. No son internados pacientes que no lo desean o que sean obligadas por terceras personas. De acuerdo con la Doctora Ramos, una de mis entrevistadas, la postura del Hospital ha sido muy criticada, ya que cuando los pacientes llegan en un estado crítico y les es imposible firmar su hospitalización, no son recibidos por la institución, lo que le genera un conflicto a los familiares. En México pocos hospitales mantienen esta política respecto a los derechos humanos del paciente psiquiátrico.

Entre las enfermedades que más se atienden en el Hospital se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor y los trastornos psicóticos de diferentes gamas: esquizofrenia, trastornos bipolares, demencias con síntomas psicóticos, entre otros. No se hospitalizan pacientes con problemas de sustancias, alcoholismo, o drogadicción severo. Uno de los criterios de hospitalización más comunes es la ideación suicida, por esta razón, y por su carácter de emergencia, el trastorno depresivo es una de las enfermedades más atendidas en el Hospital. [19]

1). El Hospital

Iniciar una investigación de campo nunca es fácil. Habituarse al lugar, a las personas, al movimiento y a las rutinas, lograr que la gente se acostumbre a verte y a aceptar tus preguntas requiere de tiempo. Todo se complica un poco más si la investigación se lleva a cabo en un hospital psiquiátrico como fue el caso. Acudir al Hospital las primeras veces me llenaba de nerviosismo, no sabía a qué me enfrentaba, no sabía qué esperar. Primero tenía que vencer el prejuicio y el estigma que generan este tipo de lugares. Una vez superados los miedos, o la angustia de escuchar los gritos de Diana diciendo: ¡Doctora Flores!, ¡Doctora Flores!, ¿Le puedes hablar la doctora? O la petición de María: ¿Me das un cigarro? ¿Tienes uno? Descubres que, guardando las diferencias, es un Hospital como otros con gente esperando ser dada de alta, ansiosas por escuchar que su malestar desaparecerá con el tratamiento adecuado.

El Hospital es además un centro de investigación interesado en entender la problemática de las enfermedades mentales desde una perspectiva médica y social. Es un complejo que consta de cuatro edificios, todos resguardados por guardias de seguridad que al entrar te piden registrarte en un libro de visitas, indicar adonde te diriges, el motivo y revisan tus pertenencias. El edificio de atención a pacientes fue el lugar donde realicé mi trabajo de campo. Esta dividido en el área de consulta externa, el área internamiento y el área de urgencias. Una vez registrado(s) en el módulo de vigilancia podemos observar frente a nosotros la sala de espera. Generalmente está llena de personas sentadas en las bancas,

[19] Esta información ha sido tomada de la entrevista realizada a la Dra. Ramos el 29 de mayo de 2007.

algunas duermen y otras simplemente esperan ser atendidas. Hay quienes hacen fila en la caja para liquidar la hospitalización de algún familiar y llevarlo a casa. A la izquierda de la entrada principal se encuentran los consultorios de consulta externa y, del lado derecho, el pasillo que conduce a la zona de tratamientos donde se encuentran los pacientes internados. Los médicos, siempre de bata blanca, caminan de un lado a otro evidenciando lo que separa a una persona de otra.

Durante las primeras semanas de la investigación llegar al Hospital representó un reto. Todos los días me tenía que registrar con los policías, quienes revisaban mi mochila. Mientras estaba en la fila para llenar los datos tenía la oportunidad de observar todo lo que ocurría a mi alrededor. En las mañanas hay mucho movimiento, las consultas son temprano y las altas se dan en el transcurso del día. La gente va y viene buscando a su médico, o simplemente se sienta a esperar tomando un café de máquina. También pude observar pacientes que llegan de emergencia al Hospital, en medio de una crisis y buscando ser atendidos lo más pronto posible. O bien, aquellos pacientes que ya han estado internados y que acuden a su consulta de seguimiento donde el objetivo es evaluar qué tanto han podido reintegrase a sus actividades, si el medicamento esta teniendo el efecto adecuado, etcétera. Después de pasar por el registro se ingresa al área de internamiento. A pesar de lo restringido del acceso nunca tuve problemas para subir y bajar libremente las escaleras que conducen al área de tratamientos en el segundo piso.

2). Rutina hospitalaria

El Hospital cuenta con 5 tratamientos[20] compuestos por 10 cuartos cada uno. El tratamiento uno es para los hombres y los cuatro restantes para mujeres. Mi investigación se desarrolló en los tratamientos 3 y 4, designados para pacientes mujeres. La división por tratamientos no tiene que ver ni con la enfermedad ni con la gravedad del caso; en todos conviven padecimientos variados: esquizofrenia, trastornos ansiosos, obsesivos compulsivos, depresión, etcétera. Cada tratamiento atiende entre 8 y 9 pacientes, cada uno de los cuales

[20] Tratamiento es el nombre que recibe el área de internamiento que cuenta con 10 cuartos, un módulo de enfermería y consultorios para los doctores a cargo del mismo.

cuenta con un cuarto propio con baño. El área del comedor es compartida y ahí se encuentra también, un pequeña sala con un televisor.

Las rutinas están establecidas por las reglas del Hospital: a las 8:30 a.m. llega la encargada de la comida, abre la puerta del tratamiento con su propia llave y rápidamente le entrega las charolas con el desayuno a cada una de las pacientes, a quienes saluda antes de irse. La comida es la misma para todas, a menos que los doctores soliciten una dieta especial. Un par de horas después la misma encargada regresa a recoger las charolas y a limpiar el área del comedor. El agua caliente para el baño está abierta desde las 8:00 hasta las 10:00 a.m., a la misma hora a la que las pacientes tienen que acercarse con la enfermera de turno para que les de su medicamento. Las pacientes conocen y platican con frecuencia con las encargadas de la limpieza del Hospital. Todos los días en la mañana acuden al tratamiento para – cuarto por cuarto – barrer, limpiar, sacudir y preguntar a las pacientes cómo van, cómo se sienten. En general es así, pero también hay algunos encargados de la limpieza que procuran no hablar con nadie y hacer su trabajo lo más rápido posible. Esto lo noté principalmente en quienes se encargan del mantenimiento del Hospital (cambiar focos, arreglar plomería, etcétera). Ellos entran al cuarto indicado para hacer su trabajo, no voltean a ver a nadie y se van lo más rápido posible de las habitaciones.

Cada tratamiento está a cargo de cuatro médicos de primer año de especialidad (R1), uno más que se encuentra en el cuarto año (R4) y supervisa a los cuatro primeros, y un médico psiquiatra que es el jefe del tratamiento. Excepto este último, los otros doctores sólo están durante tres meses en el tratamiento, pasado ese tiempo son rotados a otro. Las visitas del médico tratante son todos los días por la mañana. La comida es a las 13:30 hrs. y la cena a las 20:30 hrs. Los horarios parecen regir la vida de las pacientes. Las mañanas son más activas, salen de los tratamientos a terapia y se distraen un par de horas. Las tardes son más largas, los doctores no hacen visita y no hay actividades por parte del Hospital.

Los R1 visitan y entrevistan a las pacientes todos los días. Una vez a la semana se reúnen con el R4 y con el jefe del tratamiento para llevar a cabo una visita en conjunto paciente por paciente. En el tratamiento donde me encontraba, los miércoles era el día que se hacían

estos recorridos. Ese día las pacientes no bajaban a la terapia ocupacional hasta que los médicos las evaluaban. Las visitas médicas generaban mucho nerviosismo entre las pacientes porque tenían que recibir en su cuarto a tres o cuatro doctores. Les resultaba intimidante enfrentarse en su cuarto a tantas personas vestidas de blanco, interrogándolas y observándolas. Las visitas son de la siguiente forma: el médico tratante (R1) le explica a la paciente la presencia de tantos doctores, hace una breve presentación del caso a los otros médicos, y comienza con las preguntas de rutina: ¿Cómo se siente? ¿Durmió bien? ¿Cómo esta comiendo? etcétera. Después de esta pequeña introducción el doctor a cargo del tratamiento, interviene con otras preguntas. La duración de la entrevista varía dependiendo del paciente, puede ser muy rápida, 15-20 minutos, o tardarse el doble de tiempo. Estas vistas son importantes porque, a pesar de que los R1 hacen un reporte diario y llenan el expediente de la paciente, son los médicos de mayor experiencia quienes determinan el estado en el que se encuentra, si es necesario cambiar el medicamento, aumentar o disminuir la dosis, si puede salir de alta el fin de semana o si ya está lista para el alta definitiva[21].

En varias ocasiones estuve con mis entrevistadas esperando a que llegaran los médicos R1 y R4 a su visita semanal. Ellas manifestaban sentirse ansiosas frente a la posibilidad de discutir con los especialistas algunas de sus dudas: "*ya no quiero tomar medicamento", "quiero salir de permiso", "no quiero ir de permiso este fin de semana"," cuánto me falta","cómo voy", "¿ya están listos los resultados de mis análisis?"*, entre muchas otras. Era curioso observar que al momento de estar con los doctores, todas esas dudas parecían desaparecer y rara vez los confrontaban, preferían hacerlo en las visitas diarias, con un solo médico.

Otra rutina importante consisten en salir del área de pacientes por la mañana para acudir a la central de enfermeros a que les revisen la presión y la temperatura. Esta, junto con la salida a la terapia ocupacional de 11:30 a 13:00, son los únicos momentos en los que las pacientes atraviesan la puerta que las separa de los doctores: el mundo fuera del internamiento. Los enfermeros /as están en constante contacto con las pacientes, no sólo

[21] Durante el internamiento las pacientes por recomendación médica pueden salir los fines de semana uno o dos días a sus casas. Esto con finalidad de saber cómo reaccionan al volver a su contexto.

revisan sus signos vitales sino que también les ofrecen charlas sobre varios tópicos. En una ocasión estuve presente en una de ellas que se llamó: "Apego al tratamiento". Los enfermeros/as reunieron a las pacientes en el área el comedor y la TV, les repartieron un tríptico que contenía la información sobre la plática del día, leímos los puntos a tratar, y luego fueron comentados tanto por las pacientes como por los enfermeros/as. El objetivo de la charla era informar a las internas sobre la importancia de continuar con el tratamiento una vez que regresaran a su cotidianeidad. El apego al tratamiento es de mucha importancia para la institución: si no se consume el medicamento en la dosis especificada es muy probable que las pacientes terminen regresando al Hospital. Por su parte, las pacientes externaron sus dudas sobre todo con respecto a las dificultades económicas de darle seguimiento al tratamiento. "*Los medicamentos son muy caros", "¿Podemos usar similares o genéricos*?" preguntaban algunas, otras aprovechaban el espacio para pedir un cambio de dieta: "*el desayuno es muy pesado, a veces nos dan carne, ¿me lo pueden cambiar?*" Interrogante que el enfermero rápidamente contestó: "*Todos aquí tenemos reclamaciones que hacer y se toman en cuenta pero por ahora estamos discutiendo sobre el apego al tratamiento y sólo de eso vamos a hablar, lo de la comida después lo vemos, O.K.*" Esta actividad fue grupal pero también las enfermeras/os ofrecen pláticas de autoestima dirigidas a una o dos pacientes que tengan más o menos el mismo diagnóstico. En estos casos la plática se ofrece en el cuarto de una de las pacientes.

Las enfermeras/os del Hospital, junto con las trabajadoras sociales, realizan revisiones periódicas a los cuartos de las pacientes. Una vez a la semana, o cada quince días, verifican que las mujeres no tengan guardado en su cuarto objetos prohibidos como: bolsas de plástico, pinzas para depilar, maquillaje, desodorantes, frascos de vidrio, lápices, plumas (sólo las pueden tener si el médico les da permiso), dulces, chicles o comida que algún familiar les haya llevado. Por lo general las pacientes se enteran de la revisión unos minutos antes de que las enfermeras/os y la trabajadora social ingresen al tratamiento. En ese momento corrían a sus cuartos y escondían sus objetos más preciados (casi siempre era el maquillaje). Si no les daba tiempo de hacer eso, lo más probable es que se lo llevaran y tuvieran que pedírselos a los/as enfermero/as cada vez que quisieran utilizarlo. Es una práctica invasiva desde el punto de vista de un externo: las enfermeras y trabajadoras

sociales entran al cuarto, registran el clóset, el baño, la cama, los cajones del pequeño buró y guardan en una bolsa de plástico todo aquello que consideren peligroso o fuera de lugar. Sin embargo, para las pacientes era un momento divertido, sus escondites, si lograban guardar a tiempo sus cosas, no fallaban. En el momento en que la revisión terminaba todas se juntaban para preguntarse si habían logrado rescatar cosas o lamentarse por lo que les habían quitado. Algunas se molestaban y otras más se reían de haber logrado burlar la vigilancia por una ocasión.

Al entrar a los tratamientos lo primero que encontramos son dos oficinas, una frente a la otra, asignadas a los doctores y a los jóvenes residentes del primer año de especialidad, todos ellos siempre con bata blanca y escribiendo a máquina los expedientes de sus pacientes. A un costado de la oficina se encuentra la central de enfermeros/as que, a través de una ventana y una puerta de cristal, observan lo que ocurre dentro del área de las pacientes. La ventana siempre está abierta y es el nexo entre un mundo y otro: ahí los pacientes se acercan a tomar agua, pedir cigarros, ayuda si alguna de las compañeras está en crisis llorando, gritando o simplemente para platicar con las/los enfermeras/os cuando se sienten aburridas. Los /las enfermeros tienen un pizarrón colgado en la pared que indica cuántos pacientes hay en el tratamiento, sus nombres y la cama donde se encuentran.

Frente de la central de enfermeros/as está la puerta de acceso al área de las pacientes. Los primeros días esperaba ahí a una Dra. para entrar con ella y que me presentara con los pacientes. Abrir la puerta sola me provocaba cierto nerviosismo, por un lado el miedo de convivir con los pacientes encerrados, estigmatizados por los que vivimos afuera; por otro, la gran responsabilidad de estar ahí. El personal del Hospital señalaba, en todo momento, que había que mantener cerrada la puerta con llave y no introducir artículos peligrosos o comida sin autorización médica. Entrar es encerrarse voluntariamente con los “locos”, estar lejos de lo que consideramos normal.

Los doctores y enfermeros/as tienen las llaves del tratamiento. Los primeros utilizan bata blanca y los segundos van uniformados. Con esto se brinda la distinción necesaria para entrar y salir con seguridad y confianza. Ese no era mi caso, yo entraba como cualquier

familiar, visitante o paciente: con ropa de calle. Con el tiempo empecé a entrar sola, me acostumbré a estar adentro, a saludar a todas, sentarme a ver la televisión, pasar a sus cuartos para entrevistarlas, o simplemente platicar un rato sentadas en la ventana que tiene vista al jardín del Hospital. En ese lugar las pacientes se reúnen a fumar un cigarro, a platicar, o a ver pasar a los doctores que van de un edificio a otro. Con el paso de los meses el prejuicio, el miedo y la angustia que provoca estar dentro del tratamiento desapareció. Las pacientes se convirtieron en mujeres a las que llamaba por su nombre y saludaba con gusto y familiaridad.

En ocasiones llegan personas con padecimientos graves y en un franco estado agresivo. Cuando esto ocurre causan angustia y malestar entre las demás, sobre todo porque pueden presentar conductas que las ponen en riesgo a ellas y al personal médico. Cuando esto sucede, el paciente que está fuera de control es amarrado y sedado para tranquilizarlo. La primera vez que escuché este procedimiento me enojé, no lo comprendí. Después de convivir con ellas y de saber un poco más sobre la vida en el encierro me di cuenta que en ocasiones son ellas mismas quienes solicitan que la nueva sea amarrada o controlada con medicamentos para poder dormir bien, en silencio y sin el temor de despertar con una desconocida al lado. Una de las cuidadoras me relató cómo una paciente llegaba a su cuarto mientras dormía y le daba un beso en la mejilla, o en otras ocasiones buscaba entre su ropa lo que le gustaba para llevárselo. Le parecía triste que la amarraran pero también la asustaba y no soportaba no poder dormir en las noches. Por lo general las pacientes son respetuosas con las crisis de las demás. Ellas también sufrieron lo mismo al ingresar. No quieren avisarles a los médicos para evitar que la paciente en estado crítico sea medicada o amarrada y prefieren quedarse en su cuarto sin intervenir.

En el tiempo que estuve ahí me tocó vivir algunos momentos difíciles. Uno de ellos le ocurrió a una paciente llamada Berenice. Sufrió un ataque delirante y empezó a correr por el pasillo del tratamiento, yo me encontraba en el cuarto de una paciente realizando una entrevista; escuchamos gritos, pasos, movimiento afuera; las dos nos pusimos nerviosas pero no nos atrevimos a abrir la puerta hasta que habían pasado los gritos más fuertes. Una vez que dejamos de escuchar ruido mi entrevistada abrió la puerta de su cuarto y se asomó

al pasillo para preguntar quién era la que había tenido la crisis. Al mismo tiempo sus otras compañeras estaban juntas en un cuarto intentando comprender lo que estaba pasando. Lo que mas llamó mi atención es que todas mostraban preocupación por su compañera, más que nerviosismo por lo gritos y lo que habían visto. Les interesaba asegurarse que Berenice estuviera bien, que se encontrara tranquila. Los médicos entraron al tratamiento, rodearon a Berenice e intentaron hablar con ella para calmarla. Regresamos al cuarto para continuar con la entrevista pero habíamos perdido la concentración. Afortunadamente, poco tiempo después, llegaron los de la terapia ocupacional para llevarlas a sus actividades. Cuando nos reunimos en el cuarto de la TV para salir a terapia todas seguían muy nerviosas. Berenice se encontraba sentada en el piso intentando volver a la realidad en medio de 4 ó 5 doctores. Todos nos miraron y recomendaron que nos fuéramos a la terapia. Durante la terapia ocupacional todas las pacientes del tratamiento se mostraron inquietas, hablaban con los psicólogos buscando respuestas para entender lo que le había ocurrido a Berenice. Fue muy difícil lograr que atendieran la actividad del día, la angustia se generó porque todas apreciaban a Berenice y no querían que nada malo le sucediera.

Esta anécdota muestra cómo se relacionan las pacientes dentro del tratamiento; en este caso se trataba de una relación amistosa. Hay otros en los que las pacientes no toleran convivir con enfermas graves que invaden sus cuartos o que son más agresivas que Berenice. Las diferentes maneras de reaccionar de lo pacientes ante una crisis dentro del tratamiento dan una perspectiva diferente al control médico. Si bien el medicamento es fuerte, les provoca mareo y sueño, en ocasiones también garantiza una convivencia más tranquila entre todos… Es complejo entender y aceptar ciertas rutinas hospitalarias.

3). Ingreso hospitalario.

Los pacientes llegan al Hospital de varias maneras, acuden a consulta externa y durante ella los médicos sugieren el internamiento si notan que el paciente está en una crisis considerable y su vida corre peligro. En otras ocasiones el paciente ya tuvo un intento de suicidio, fue internado en un hospital general y de ahí es remitido a hospitales especializados en psiquiatría. En otros casos acuden de emergencia al Hospital y el paciente

se queda ahí; o bien, los familiares solicitan el internamiento de su pariente. A pesar de que puede existir una orden médica de internamiento, el Hospital sólo acepta a personas que se internan voluntariamente.

Las entrevistadas me narraron su internamiento: cinco de ellas acudieron de emergencia al Hospital después de haber intentado suicidarse. Al llegar las atendió un médico que les preguntó si intentarían repetirlo; al dar una respuesta afirmativa, los médicos inmediatamente sugirieron el internamiento con la finalidad de controlarlas y vigilarlas. El caso de Laura (una de las entrevistadas) es ilustrativo: la entrevistaron varios doctores y le preguntaron si intentaría suicidarse otra vez, Laura contestó que no podía prometer nada. Le recomendaron internarse y ella aceptó.

"*Me acuerdo que llegaron dos doctores con sus laptops y mientras me hacían preguntas escribían; fue muy raro, yo estaba muy mal, casi no me acuerdo de nada. Al día siguiente comenzaron a hacerme los estudios*". [22]

Rosa también compartió conmigo su momento de entrada al Hospital:

"*Llegamos aquí a urgencias, platiqué todo lo que había pasado y me dicen: "yo no diría que necesitas internamiento pero igual es conveniente para saber qué es lo que tienes y que hagamos estudios y observemos tu reacción al medicamento". Me preguntaron: "¿te quedas?" Y de momento dije que si; me contestan: "entonces vete quitando tus aretitos, tus ligas del pelo"...En el momento en que me dieron la hoja para firmar me quedé fría, volteé a ver a mi mamá y lo firmé. No quería estar encerrada, yo quería que me dejaran con consulta externa, venía con esa idea.....*"[23]

[22] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007
[23] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007

4). Internamiento

El tiempo de estancia en el Hospital depende de la enfermedad. Los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor suelen estar entre 21 y 30 días. Personas con diagnósticos diferentes llegan a permanecer incluso hasta 90 días, el tiempo máximo de estancia en el Hospital. Si llegado a ese punto los pacientes no presentan mejoría son trasladados a otro hospital psiquiátrico. En este Hospital, el paciente puede pedir alta voluntaria; esto quiere decir que en el momento en que él lo decida puede salir del Hospital y no lo pueden obligar a quedarse. En el caso de que llegara a presentar una nueva crisis durante los tres meses posteriores a su alta voluntaria, no será readmitido.

Durante el internamiento los pacientes que presentan mejoría obtienen un permiso para salir los fines de semana. En ocasiones es sólo por un día, en otras por tres (viernes, sábado y domingo). Esto sirve para evaluar si ya está lo suficientemente estabilizados como para regresar a sus rutinas, problemas y vidas cotidiana. Dentro de un hospital psiquiátrico toda conducta es observada y analizada. Si la paciente regresa muy alterada del permiso sin duda, se quedará hospitalizada por más tiempo. Si en cambio, la paciente regresa con planes y expectativas por realizar al salir, el doctor lo tomará en cuenta y evaluará la posibilidad de otorgar el alta definitiva.

La conversación de los lunes giraba en torno al fin de semana de las pacientes que regresaban de sus permisos. Para quienes se quedaron internadas, los sábados eran tremendamente aburridos: no tienen terapia ocupacional, no se permiten visitas y los doctores van a verlas de forma espaciada. Los domingos son días un poco más alegres, por la mañana y por la tarde sus familiares llegan a visitarlas, y es un buen momento para ponerse al día de lo que pasa afuera ya que no tienen acceso al teléfono en toda la semana.

Las que regresan del permiso llegan contentas, animadas y listas para obtener el alta definitiva. La conducta que presentan al regresar del permiso es importante para que esto suceda. Para ellas regresar al Hospital siempre era difícil, representaba un reto volver al encierro. Muchas me comentaban que preferían salir desde temprano de sus casas e incluso

regresar antes de la hora al Hospital porque sino "*me quedo en mi casa*". Esto sucedía sobre todo en las pacientes que tenían permisos más largos y cuya alta ya estaba muy próxima. Siempre sentí curiosidad de comprender a qué volvían, probablemente el Hospital les generaba cierta tranquilidad y se sentían comprendidas en ese lugar. A simple vista podría resultar sencillo pero vivirlo no lo es. ¿Qué les iban a decir a sus amigos al salir? ¿podrían superar su padecimiento?

5). Diagnóstico

Una vez internados, y frente a la presencia de un familiar, el paciente es sometido a diversos estudios médicos y a evaluación por varios doctores. A los ocho días de su ingreso, y con los resultados en la mano, se da a conocer a los familiares y al mismo paciente su diagnóstico. Los días destinados a la reunión entre médicos y familiares son los viernes de 11:00 a 13:00 hrs. Ese día el tratamiento está lleno: los parientes esperan al médico tratante de su madre, esposa o hija para conocer el diagnóstico, su tratamiento, y posible mejoría; o bien, si ya es prudente llevarlo a casa. Por lo general hacen preguntas sobre la enfermedad, el medicamento y si ya está lista para un permiso de fin de semana o para el alta definitiva. Cuando ese era el caso se apresuran a preguntar sobre la dosis, el control del medicamento y qué hacer en momentos de crisis. Los doctores atentos intentaban responder rápidamente a todas las inquietudes para poder atender a todos los familiares.

El diagnóstico psiquiátrico se apoya en estudios y análisis clínicos, así como en las entrevistas realizadas por lo doctores a los pacientes y familiares. El personal del Hospital es el encargado de realizar todo tipo de análisis a quienes ingresan: cardiovasculares, encefalogramas, mapeo cerebral, etcétera. Sin ellos no pueden elaborar un diagnóstico certero que les permita tener pruebas de la enfermedad desde el punto de vista científico. Llegar a un diagnóstico psiquiátrico es muy complejo, toma tiempo en establecerse cuál es la problemática del paciente. Por eso los mantienen en observación el mayor tiempo posible. El paciente puede ingresar con un problema de depresión y a los pocos días, o a las semanas, puede llegar a manifestarse otro tipo de padecimiento. Por estos motivos el

diagnóstico psiquiátrico está sujeto a cambios, no puede ser precipitado y los doctores dejan pasar un tiempo considerable para evaluar y analizar todos los datos antes de aventurarse a hacer el "etiquetamiento" médico de los pacientes. En el caso de la depresión, las causas orgánicas más comunes tienen que ver con: pequeñas descargas en el cerebro, una especie de epilepsia, alguna lesión craneal, la falta de segregación de serotonina, etcétera[24].

Eugenia, una mujer de casi 50 años que tenía más de 10 años en tratamiento, se quejaba de la tardanza de los médicos en darle los resultados de sus análisis. Le urgía saber si habían logrado detectar algo distinto a lo que ya le habían dicho en otros hospitales sobre su padecimiento. Pasaban los días y no tenía respuesta, incluso sospechaba que la tardanza no se debía a lenta respuesta del laboratorio, sino a que los médicos querían tenerla ahí, observarla, platicar con ella y controlarla unos días. Una semana después, Eugenia obtuvo su respuesta, y al escuchar el mismo diagnóstico de los últimos 10 años, decidió darse de alta voluntaria.

Durante el tiempo que estuve ahí las respuesta de las mujeres entrevistadas a su diagnóstico médico varió mucho. Algunas de ellas ya había recibido en voz de otro doctor el nombre de su malestar, otras se sorprendían al escuchar que tenían Trastorno Depresivo Mayor y otras más se mostraban un tanto indiferentes. Para ellas recibir su diagnóstico psiquiátrico es muy complejo y difícil. Asociar que una parte del cerebro (nivel neuronal) está provocando una depresión y un estado de ánimo que lleva largo tiempo afectando sus vidas no es fácil y requiere de un largo proceso que lleva a las pacientes a aceptar que es el cerebro quien dicta nuestras conductas, nos dice como sentir y reaccionar. Creo que por esta razón muchas de mis entrevistadas adoptaron el discurso médico, en él encontraron una forma de tranquilizarse y entender sus conductas pasadas: las reacciones violentas, el sueño, la tristeza constante y los intentos de suicidio. El diagnóstico les permite dejar de sentirse culpables o responsables de las conductas y sintomatología que presentan. Sin embargo, esa explicación no basta, siempre surge la interpretación, la búsqueda de otras formas de entender lo que había sucedido dejando de lado el discurso psiquiátrico.

[24] Estas explicaciones se verán con mayor amplitud en el capítulo referido al punto desde vista médico-psiquiátrico del TDM.

Sin duda lo que genera mayor preocupación son los trastornos de personalidad (limítrofe o dependientes) que generalmente acompañan a la depresión o se asocian con ella. Los médicos explican que este tipo de trastorno se asocian a la conducta depresiva debido a que esas personas tienden a tomar decisiones precipitadas de las cuales se arrepentirán tiempo después. Pueden cometer algún tipo de ilícito, o tener conductas inapropiadas. La Dra. Martínez, entrevistada, comenta al respecto:

"En el trastorno de la personalidad hay sentimientos de vacío, hacen cualquier cosa para no estar solos, se lastiman; las personas que se cortan, no tanto con las ganas de matarse sino más por impulsividad o por calmar la ansiedad que sienten. Comienzan a tener conductas inapropiadas: gastan mucho en cosas que no necesitan realmente, se llegan a endeudar, tener problemas legales, llegan a tener muchas parejas sexuales, llegan a tener abuso de drogas, de alcohol, etcétera."[25]

El Dr. García, otro entrevistado, explica:

"Se considera un trastorno de personalidad cuando este afecta las diferentes esferas de vida del paciente: social, familiar, académica, todo eso. Los afecta a un grado considerable que ya no pueden hacer nada, que dejan de hacer cosas, que hacen cosas de más que no están bien, que no están apegados a la realidad. Por ejemplo, un antisocial que le gusta mentir, le gusta robar, le gusta aprovecharse de la gente y eso no está muy apegado a la realidad… Se sabe que los trastornos de personalidad no es porque la persona decida ser así, sino por ciertos factores de desarrollo de esta persona a lo largo de su vida que lo llevaron a desarrollar ese trastorno de personalidad y realmente sufren. Tú lo ves, y sí sufren por tener ese trastorno, y no poder manejar las cosas de otra manera, pero es el mismo trastorno y muchas veces no lo saben".[26]

[25] Entrevista realizada el 10 de abril de 2007.
[26] Entrevista realizada el 2 de mayo de 2007

Estela, una de las entrevistadas con este diagnóstico, define la personalidad límite como:

"Es como un bipolar pero chiquito, es lo que dicen los médicos… Tengo cambios de carácter, estoy deprimida y gasto mucho dinero, me compro cosas, me cambio el look. El año pasado me compré un carro y este año también. Uno ya lo pagué pero el otro no, lo hice para ponerme un reto, tener que pagar el carro me motivaba y obligaba ir a trabajar… Ya sé que así soy, tengo que controlarme, ya se que de pronto me pongo mal pero para eso tengo el medicamento."[27]

Otra de mis entrevistadas, Emilia, al escuchar que tenía trastorno de personalidad límite se asustó, no podía creer que lo que ella consideraba que era su personalidad en realidad, fuera una enfermedad. No podía explicarse cómo algo que en ella resultaba tan natural: los cambios de ánimo, la irritabilidad, la espontaneidad o incluso realizar actividades peligrosas y de riesgo; estaba asociado a un trastorno más que una forma de ser alegre y explosiva a la vez. A esta paciente le habían recomendado asistir a las terapias grupales que ofrece el Hospital como parte del tratamiento. Dos veces por semana hombres y mujeres internados con el mismo diagnóstico acuden a platicar sobre su malestar. Estas psicoterapias grupales se llevan a cabo fuera del tratamiento en salones dedicados a las charlas, son dirigidas por psicólogos y psiquiatras del Hospital y funcionan como grupos de ayuda con gente que comparte los mismos trastornos. En el caso de Emilia, estas terapias funcionaban muy bien, le gustaba escuchar y saber que existían otras personas con los mismos problemas que ella, e incluso que habían cometido cosas peores y que se habían metido en serios problemas.

"Nunca pensé que mi personalidad fuera una enfermedad…todavía no sé muy bien qué es, ahora que salga voy a investigar más. Soy impulsiva, enojona, irritable, cambio mucho de estado de ánimo, me lastimo, me hago daño y tal vez eso sea la personalidad limítrofe… Cuando escuché el diagnóstico mi primera reacción fue decir ¡no!, yo no tengo eso, me costó trabajo aceptarlo. Había escuchado las características de un limítrofe y lo que los doctores decían, yo me identificaba con eso pero no podía aceptarlo. Ahora estoy más

[27] Entrevista realizada el 7 de febrero de 2007.

tranquila… He estado en terapias grupales que dan en el Hospital, y al ver que hay más gente como yo y las consecuencias que han tenido a causa de la enfermedad, siento que estoy a tiempo de detenerla… Es como cualquier otra enfermedad, si no la atiendes avanza hasta que no la puedes controlar."[28]

En cuanto a las terapias grupales no todas las pacientes reaccionaban de la misma manera. Algunas manifestaron poco interés en ellas, escuchar problemas ajenos les producía mayor tristeza y ningún bienestar. Hablar en público las incomodaba por lo que preferían la intimidad de la terapia individual y tomar el medicamento. Por ejemplo, Miriam mencionó:

"Yo no quiero escuchar las historias de los otros, me asusta un poco saber lo que hicieron… Yo estoy resolviendo lo mío y no me interesa saber de los otros, no me gustó la terapia, siento que no es para mi. Por un lado está bien porque al conocer las historias de los otros me doy cuenta que no estoy tan grave, o no tengo tantos problemas, u otras enfermedades más graves, como trastornos de la personalidad y otras cosas que escucho".[29]

Con respecto a los trastornos de la personalidad, lo que me parece muy interesante como dato a reflexionar es que no se tratan con medicamento. Los doctores recomiendan terapias psicológicas para que el paciente reconozca su problema y aprenda a controlarlo cuando aparezca. Es decir, la personalidad si bien es objeto de estudio para la psiquiatría, es un asunto que se resuelve a nivel personal. Esa persona tiene que aprender a conocerse para poder reconocer las reacciones descontroladas que puede llegar a tener a lo largo de su vida.

6). Lenguaje hospitalario

Existe en el Hospital una figura importante e interesante: el cuidador. Todo paciente ingresa con un familiar o una persona de confianza que permanece con ellos las 24 horas del día por lo menos las dos primeras semanas. El cuidador no puede dejarlas solas en ningún

[28] Entrevista realizada el 14 de febrero de 2007
[29] Entrevista realizada el 16 de febrero de 2007.

momento: duerme con ellas, come con ellas, baja a terapia ocupacional, etcétera. Si el paciente presenta mejoría después de unas semanas, se reduce el tiempo del cuidador a sólo 12 horas por las noches. Generalmente, una semana antes de que el paciente sea dado de alta, el cuidador regresa a su casa. Esta labor casi siempre es desempeñada por un familiar, pero el Hospital ofrece la posibilidad de contratar a personas capacitadas para realizar este servicio. Para muchas familias esto representa un gasto difícil de cubrir, por lo que prefieren buscar familiares que les ayuden a cumplir con las guardias de 24 horas y así no tener que hacer un gasto extra.

Los cuidadores habitan el Hospital tanto como las internadas, comparten las mismas reglas, padecen el mismo aburrimiento y encierro. Como ellos mismos dicen, no están enfermos y son tratados con las mismas restricciones que los que sí lo están. Lo único que parece diferenciarlos son las agujetas: al ingresar al Hospital, a todos los pacientes, y principalmente a quienes tienen ideación suicida, se les retiran porque pueden representar un arma peligrosa. Los cuidadores viven entre cuatro paredes, escuchan gritos y soportan que otras pacientes entren a sus cuartos y revisen sus closets incluso cuando es de noche y están dormidos. No pueden salir a distraerse un rato y no pueden introducir objetos personales a menos que sean revisados cuidadosamente primero por el policía de la puerta del Hospital y después por los enfermeros. Todo es peligroso: pinzas, tijeras, plumas, hojas, cualquier objeto que pueda ocasionar una cortada o ser utilizado como un arma contra el paciente, el cuidador o el personal médico. Todo lo que ingresa a un tratamiento tiene que ser mostrado, revisado y aceptado por el médico que trata al paciente.

Aunque los cuidadores, no fueron mi objeto de estudio, tuve oportunidad de platicar con algunos de ellos sobre todo en el área de Terapia Ocupacional. Para ellos estar en el Hospital atendiendo a su familiar es una tarea complicada. En ocasiones tienen que dejar trabajo, estudio y familia por estar ahí pendientes del paciente. Para hacer menos aburrida su labor intentan relacionarse con los otros cuidadores, pacientes, o el propio personal del Hospital. Las historias son variadas: hermanas que cuidan a sus hermanas; padres que aunque ya son grandes de edad cuidan a sus hijos; o bien, los cuidadores profesionales que

pueden ser enfermeros o simplemente gente dedicada al cuidado de enfermos y personas mayores.

En el lenguaje hospitalario se nombran las enfermedades con mucha familiaridad. Los médicos psiquiatras están muy habituados a convivir con enfermedades que nosotros en ocasiones desconocemos y sólo reconocemos a través de un imaginario sobre las mismas. En el Hospital, escuché hablar del TDM para referirse a pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, o del TOC para los diagnosticados con un Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Es un encierro todas las conductas son vigiladas, observadas y estudiadas. Cualquier comentario, pregunta o duda que puedan tener los pacientes es anotada y cuestionada por los doctores. En una ocasión pude presenciar la conversación de una paciente con su médico tratante. Ella le comentaba que una enfermera la había tratado mal, le había negado las galletas que le trajo su familia y la dejó al último en la revisión diaria de los signos; por lo tanto quería reportarla. La respuesta del doctor fue: *¿se siente perseguida, se siente agredida?*… Recordatorios para no olvidar donde estás.

7). Relación Médico-paciente

Durante el trabajo de campo presencié las visitas médicas a mis entrevistadas. Las visitas diarias son rutinarias, el doctor entra a la habitación, saluda a la paciente, se sienta y llena un formulario mientras hace las preguntas de rigor: ¿cómo durmió? ¿cómo se siente? etcétera. Algunos doctores no prestaban mucha atención a todas las respuestas a menos que fueran sorpresivas o fuera de lugar. Si no era el caso la entrevista era rápida, con la intención de saber cómo había pasado el día anterior y la noche. Por lo general las visitas más importantes son las que realiza el médico tratante y el psiquiatra encargado del tratamiento.

Elisa me comentó que la relación con su médico era bastante buena, ellos habían acordado, para llevar una mejor relación, usar el tú (todo es de usted dentro de un hospital). Lo que le preocupaba era la edad del doctor, quien probablemente era diez años menor que ella: *"Qué*

puede saber de lo que me pasa si ni siquiera está casado, no tiene experiencia, no ha vivido". En una ocasión me tocó entrevistarla justo después de que había recibido una visita más amplia, con otros doctores. Aproveché para preguntarle a Elisa cómo se había sentido, a lo que me contestó: *"Eran tres doctores y dos chicos del servicio social, los de la terapia. Todos podían participar, hacerme preguntas. A mi doctor si le tengo confianza, con él si puedo llorar pero tener que hablar con más personas sobre mí, no me gusta. Además ellos qué saben de mi vida."*[30]

Conocí a Clara en una visita con su médico tratante. Este constantemente revisaba una hoja que parecía un cuestionario y le hacía las preguntas de rutina: *¿cómo se siente? ¿cómo durmió? ¿cómo va el ánimo? del uno al diez, ¿qué calificación se pondría en ánimo?* Clara había regresado de un permiso el fin de semana, así que el doctor le preguntó ¿qué había hecho? ¿cómo se había sentido afuera?, etcétera. Después de este pequeño interrogatorio la hizo caminar de un lado a otro como si estuviera en una línea imaginaria. Midió qué tanto temblor tenía en las manos. Clara contestaba todo, insistía en que se sentía bien y que quería salir lo más pronto posible, el encierro comenzaba a afectarle: *"al principio me sirvió, me siento más tranquila, pero ahora ya estoy desesperada, ya me quiero ir".*

Cuando terminaron de hablar nos presentó y comenzó a entrevistarla en mi lugar: "*nos puede decir ¿por qué esta aquí, Clara?* A lo que ella respondió *"Como que me iba, me ponía triste* (hace un gesto con el cuerpo como de enconcharse), *aprieto las manos y no reconozco a nadie, ni a mi familia… Me dura varios minutos, nadie se puede acercar, ni tocar… También vine por la angustia y la depresión".* El doctor señaló *"Cuando tenemos depresión casi siempre se acompaña de angustia, ya habíamos platicado al respecto, ¿se acuerda? ¿qué siente?".* Ella contestó: *"La angustia es horrible, es una energía guardada* (se toca el pecho), *se queda ahí y no puede salir, es muy fea… Con la depresión no dan ganas de nada, pierdes interés, quieres dormir, llorar, no le hablas a nadie". El* doctor intervino: *¿Qué más tiene y por qué esta aquí?* Y Clara finalizó: *"También soy limítrofe, eso me dijeron aquí y por eso a veces soy muy explosiva".* Le hizo un par de preguntas más y al terminar me quedé sola con Clara para tener mi propia conversación. Clara se mostraba

[30] Entrevista realizada el 8 de febrero de 2007.

inquieta, jugaba con una pequeña pelota y caminaba de un lado, pidiéndome disculpas constantemente *"no te estoy corriendo Frida, lo que pasa es que soy muy ansiosa, me inquieto y por eso me paro"*. Me resultaba curioso porque era la primera entrevistada que no se la pasaba bostezando o con sueño durante la entrevista.

También presencié una visita que el médico tratante le hizo a Rosa después de un fin de semana fuera del Hospital. La primera pregunta fue ¿cómo se había sentido en su casa, de regreso a su vida cotidiana? Rosa contestaba alegremente. Le platicó día por día las actividades que había realizado, a quién vió, con quién estuvo: familia, amigos, alumnas; las actividades domésticas que realizó, e incluso le comentó al doctor, *"se me olvidó que estaba internada y que tenía que regresar"*. De hecho el domingo, le costó trabajo tomar la decisión de regresar al Hospital así que le pidió a su mamá que la llevaran temprano para que no se arrepintiera. *"Lo de menos era salirme todo el día de mi casa y no volver hasta tarde para que ya no me pudieran regresar, pero no quise. Sabía que tenía que volver a terminar mi tratamiento"* aseguró Rosa. El doctor continuó la entrevista, este es un fragmento de esa conversación:

Dr.: ¿Cómo te sientes?
R: Bien, con un poco de dolor de espalda porque es muy incómodo el colchón de la cama, y ahora que salí y dormí en mi cama me di cuenta que la extrañaba. Pero me siento bien, estoy comiendo muy bien, todo está bien.
Dr.: Cuando llegaste nos dijiste que sentías que todo el mundo te quería hacer daño, ¿cómo te sientes ahora?
R: Sí, pero ya no. Ya sé que cuando alguien te dice algo sobre ti es porque te quiere, y tengo que aprender a aceptar las críticas para así saber en qué estoy fallando.
Dr.: Y si es un comentario negativo, ¿cómo lo tomarías?
R: Primero tengo que saber de quién viene pero creo que es bueno aceptar lo que nos dicen.
Dr.:¿Cómo está tu estado de ánimo?
R: Mucho mejor, me siento bien, muy tranquila. Le digo que ya ni quería regresar, ya se me había olvidado que estaba internada.
Dr.: ¿Qué planes tienes cuando salgas?
R: Decidí que voy a dejar un semestre la escuela para concentrarme en mi tratamiento.
Dr.: ¿Cuándo la retomarías?

R: Hasta enero. Estoy pensando en que voy a tener que venir por lo menos una vez a la semana al Hospital y me queda muy lejos, así que voy a perder clases y mejor primero hago esto para terminarlo bien y luego regreso a la escuela. Si voy a estudiar lo tengo que hacer bien, estar concentrada así que mejor suspendo un ratito.
Dr.: ¿Si tus consultas durarán dos años, también suspenderías la escuela?
R: (Un poco sorprendida con esta pregunta, piensa un momento y contesta) Bueno, estoy pensando en que después de un tiempo ya no voy a tener que venir tan seguido a consulta y ya podré regresar a la escuela.

La entrevista ya esta por terminar, el doctor le pregunta si tiene alguna duda o comentario. Rosa contesta que no y se despiden. El trato es cordial, el doctor la mira, la escucha, pregunta en relación a lo que Rosa contesta pero siempre procura mantener un orden y estructura en su entrevista. Las respuestas son siempre breves, la entrevista es corta, hay otras que duran un poco más, sobre todo las que son una vez a la semana, que hacen no sólo el médico tratante sino también el médico a cargo del tratamiento.

8). Terapia ocupacional.

Las pacientes son invitadas a asistir diariamente a la terapia ocupacional que cuenta con un área específica en la planta baja del edificio del Hospital. Los encargados de organizar las actividades y de ir a los tratamientos son jóvenes psicólogos que están realizando sus servicio social y prácticas profesionales en el Hospital. Suben con sus batas blancas a los tratamientos y puerta por puerta, si es que las pacientes están en sus cuartos, las invitan a la terapia ocupacional. Muchas de ellas esperan esa hora del día, otras prefieren no bajar y quedarse en sus cuartos. En general siempre acceden, o bajan un día si y otro no, es el mismo padecimiento el que dicta el estado de ánimo de ese día… En un hospital psiquiátrico aprendes que todos los días son distintos. A pesar de que hay una rutina impuesta nunca se sabe como van a reaccionar los pacientes o que ánimo tendrán.

Una vez reunidas en la puerta del tratamiento, los psicólogos cuentan a las pacientes y a los cuidadores – una vez revisados los zapatos – y bajan a terapia. Esta área se encuentra en la planta baja del Hospital y está cerrada por cristales. La puerta de entrada es controlada por

los psicólogos quienes cierran con llave al entrar y al salir. Ellos llevan al baño a los pacientes y permiten que los cuidadores salgan un rato a tomar un café o hablar por teléfono, pero con la condición de volver lo más pronto posible. Incluso en las terapias tienen que estar observando a su familiar. Entran por tratamientos y regresan a ellos en el mismo orden, los psicólogos los van llamando y como si estuviéramos en una escuela primaria los pacientes se forman para salir. Es curioso que a pesar de ser la única actividad en el día, muchas veces con sólo llegar y enfrentarse al resto de los pacientes, algunos de ellos piden ser regresados a sus cuartos. Si se presenta el caso los psicólogos evalúan la posibilidad de dejarlos ahí o de llevarlos a sus tratamientos.

La terapia ocupacional consiste en una actividad inicial que generalmente es un poco de ejercicio o dinámicas de grupo como juegos o baile. Después de esa primera hora, los pacientes se sientan en mesas redondas donde caben hasta ocho personas y los psicólogos les explican la actividad manual del día. Estas son muy variadas, va desde dibujo libre, modelado con plastilina o barro, hasta cajitas de cartón en forma de corazón con motivo del 14 de febrero o del 10 de mayo. Al final de la actividad, sin falta, se reúnen en un círculo para decir su nombre, número de tratamiento, mostrar su trabajo y dedicarlo a quienes ellos quieran. Las mesas están al centro y los cuidadores se sientan alrededor de ellos en bancas o sillas pegadas a los cristales. No pueden participar en la actividad así que aprovechan para platicar, comentar como va el familiar, o simplemente contarse anécdotas de la noche anterior.

El uso del material es limitado y distribuido con mucho cuidado. Se cuenta antes de ser entregado a los pacientes, y no se pude regresar al tratamiento hasta que no este todo completo y en su lugar. Si algo falta, los revisan o preguntan si alguien ha visto las tijeras, el pegamento o la pintura que se perdió. También cuentan con una mesa de ping pong que puede ser usada por quien solicite las raquetas. Los psicólogos están siempre pendientes de lo que sucede, observan con calma y si tienen que intervenir lo hacen, tratan de mantener el orden, que todos participen y presten atención a la actividad. Al final de la semana las observaciones y comentarios que reunieron sobre los pacientes son reportadas a los médicos tratantes como parte del tratamiento. Incluyen comentarios de todo tipo: quién se

durmió durante la terapia, quién realizó la actividad y quién no quiso hacerla, si alguien presentó dolor de cabeza o algún otro malestar asociado a su medicamento o tratamiento.

En general los pacientes disfrutan, más que las actividades manuales, salir de su tratamiento y platicar con otras personas y con los psicólogos encargados de la terapia. Los juegos, ejercicios y actividades son sencillos para que todos puedan realizarlas. A algunos pacientes no les atrae hacer dibujos, cajitas o figuras de plastilina, pero en general deciden participar para distraerse. En algunos casos el paciente baja a la terapia pero no realiza ninguna actividad, los psicólogos lo permiten y poco a poco intentan que ese paciente se integre en algún momento de su internamiento. Señalan constantemente que la terapia ocupacional es parte del tratamiento y que les ayudará a salir más rápido. La opinión de mis entrevistadas sobre esta actividad era variada, Clara comenta al respecto:

"Me siento muy bien, siento que sirvo para algo, no sé, te aleja de repente de tus problemas y pues es muy padre porque cuando estamos aquí solitas no tenemos nada que hacer, siempre piensas en tus problemas en: cuándo sales, cuándo te van a dar de alta o cuándo te van a dar otro permiso…siempre estás pensando en eso. Y cuando bajas es en el único tiempo en donde te distraes, haces algo, te sientes útil. Y ya sales con un algo, con un detallito que puedes regalar o te puedes quedar".[31]

Otras pacientes no reciben con tanto entusiasmo las actividades ocupacionales. Miriam, por ejemplo, se dedica a hacer arreglos para bodas y quince años, por lo que las manualidades forman parte de su rutina fuera del Hospital. Sin embargo, durante el tiempo que estuvo internada, realizó siempre las actividades a pesar del aburrimiento que le ocasionaban.

Durante la terapia ocupacional los pacientes conviven mucho, algunos de ellos se incomodan y a otros les gusta la idea de conversar, o simplemente observar y enterarse de casos más complicados que el de ellos. Las pacientes diagnosticadas con depresión suelen apartarse más del resto de los internados. Al parecer la depresión es una enfermedad que se encuentra en un terreno diferente al de otras enfermedades mentales, por lo que no se

[31] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.

identifican o les cuesta más trabajo acercarse a otros pacientes. Durante su primer día de internamiento, Laura tuvo que enfrentarse a los pacientes de otros tratamientos antes de lo normal – por lo general acuden a terapia al tercer o cuarto día de internamiento – y señaló en su entrevista:

"La primera vez que salí, que me sacaron de aquí, (del tratamiento) *al jardín tenía un montón de miedo, temblaba de ver por ejemplo a Ramón que estaba cantando, o a la señora que es medio mandona, ella a mi me daba miedo y como que decía ¿qué hago aquí? Además llegué el viernes en la noche y el sábado me bajaron a convivir con todos, yo dije: no quiero estar aquí, es como en las telenovelas, cada loco con su tema. Fue difícil, tenía muchísimo miedo pero ya como que te acoplas y te quedas tranquila, sin problemas. Cuando llegó Cristina* (otra interna con la que compartía tratamiento) *me puse muy tensa pero a pesar de eso nunca le hice una grosería ni nada, al contrario, venía y me abrazaba y yo la dejaba porque finalmente ella quiere cariño… Sí me ponía nerviosa, mi corazón se aceleraba cuando me abrazaba".*[32]

Estar en la terapia puede ser divertido, los pacientes caminan de un lugar a otro, bailan, cantan (hay música durante toda la estancia), trabajan en silencio o simplemente se sientan en algún lugar sin hacer nada. Pero en otras se torna tensa, hay peleas, personas que se exaltan y gritan. Las primeras veces no fue sencillo estar ahí conviviendo con los pacientes durante dos horas. Poco a poco fui familiarizándome con las caras, nombres y ellos conmigo al grado que me saludaban al entrar, se detenían a platicar o me aceptaban en sus mesas para trabajar con ellos. Hice relación con varios pacientes que al enterarse que no era psicóloga se acercaban y me comentaban sus problemas, su relación con los médicos o simplemente compartían conmigo su delirio. Recuerdo el caso de Ramón, que todos los días me saludaba de mano, me platicaba cosas que a veces eran difíciles de entender o incluso de creer. Su discurso era incoherente, delirante pero también era muy grato convivir con alguien que pasaba todo la mañana cantando, bailando y saludando a todo el mundo. Incluso los cuidadores lo llamaban por su nombre, todos dentro de la terapia lo conocíamos.

[32] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

Este paciente estuvo internado por lo menos 4 meses (más del tiempo establecido por las reglas del Hospital). En ese tiempo su actitud fue cambiando, de ser una persona espontánea y alegre, paso a ser un hombre serio, callado, tranquilo que incluso dejó de llamar la atención de los psicólogos encargados de la terapia. Al inicio de su internamiento siempre era el primero del que se escribían las observaciones, pero después los psicólogos no comentaban su conducta. Poco a poco dejó de saludarme, ya no me reconocía, pase de ser Laura Pausini[33], a una completa extraña. En ese momento aproveche para presentarme como Frida, la antropóloga; pero Ramón perdió el interés en mí, él se estaba convirtiendo en otra persona: ¿en su antiguo yo?, o ¿en uno nuevo construido a partir de las terapias electroconvulsivas (TEC)[34] y el medicamento? Ramón perdió la memoria a corto plazo como consecuencia del TEC. Con ella dejó de ser la persona alegre a la que todos saludábamos con gusto. Estaba internado porque presentaba síntomas de un trastorno de personalidad que obligó a su familia a buscar ayuda psiquiátrica para "regresarlo a la realidad, a la normalidad". Sin embargo, cuando observé el cambio tan radical en su forma de ser, me sorprendí, pregunté: ¿cómo saben cómo es él y cuál es su comportamiento? ¿están cambiando su personalidad por completo? La respuesta de una doctora fue clara: *"nosotros eso no lo sabemos, los familiares son los que nos dicen si hay un cambio y mejoría"*.

En la terapia ocupacional cuando un paciente se iba de alta procuraban hacerle una despedida grupal. El paciente, si así lo quería, decía unas palabras de agradecimiento a los compañeros de tratamiento y terapia, a los médicos, personal del Hospital y a los psicólogos de la terapia ocupacional. En ocasiones, si lograban relaciones más cercanas, se despedían de los pacientes e intercambiaban datos personales: teléfonos, direcciones, correos, etcétera. Cuando una paciente se iba de alta era común observar nerviosismo y ansiedad al saber que sus familiares ya estaban en el Hospital haciendo el papeleo necesario

[33] Laura Pausini es una cantante italiana de música pop.
[34] El TEC o Terapia Electroconvulsiva consiste según explica la doctora Martínez en:
"Se dan ciertas descargas eléctricas, convulsiones. Aquí en el Hospital las realizamos con anestesia por la agresividad que tiene. Con ellas se logra una regulación en los neurotransmisores y por eso hay mejoría, y es mucho más rápido que el medicamento".[34]

para sacarla de ahí. Todas sus pertenencias las guardaban en bolsas de plástico (no les permitían ingresar con maletas u otros objetos) y se sentaban a esperar el momento. En ocasiones tenían tiempo suficiente para bajar a terapia y despedirse de los demás. Si no era el caso se quedaban en el tratamiento, sentadas al lado de las ventanas o caminando de un lado a otro para lograr ver a sus familiares y saber en qué etapa del tramite se encontraban. Una vez pagada la cuenta, los familiares hablaban con la trabajadora social para recibir la hoja de salida del paciente y poder llevarlo a casa.

La terapia ocupacional fue un lugar clave para entender y tener una perspectiva sobre cómo funciona un hospital psiquiátrico, y conocer otro tipo de enfermedades además de la depresión. Es un buen lugar para apreciar todo tipo de comportamientos no sólo corporales sino también verbales, me permitió interactuar con eso que llamamos locura.

En el próximo capítulo conoceremos a las participantes de la investigación para en el capítulo cuarto desarrollar con más profundidad la percepción de la depresión en estas pacientes internadas. En el último capítulo conoceremos a los médicos que proporcionaron el punto de vista técnico-médico de esta enfermedad.

Capítulo III.

Presentación de las participantes

Este capítulo está dedicado a conocer a las doce mujeres que participaron en la investigación. Todas ellas están diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor y estuvieron internadas en el Hospital durante 21 días para el control de este trastorno. Esta presentación tiene como finalidad dar un perfil de las personas entrevistadas, conocer un poco de sus vidas y los episodios que las llevaron al internamiento.

En la investigación realizada participaron un total de doce mujeres que viven en la Ciudad de México y en el Estado de México. Al pertenecer a un medio urbano tuvieron acceso a centros de salud, o a médicos particulares a los que recurrieron para recibir información, atención y un diagnóstico previo a su ingreso al Hospital. Cuatro de ellas acudieron en un principio a un centro de atención especializado en salud mental llamado CECOSAM[35]. Tres más habían recibido consulta externa en el Hospital antes de su internamiento y cinco acudieron a un médico particular. Las doce entrevistadas habían recibido una diagnóstico psiquiátrico y tratamiento para el trastorno depresivo. Para diez de ellas era el primer internamiento, una había sido hospitalizada en una institución psiquiátrica infantil, y otra más llevaba cuatro internamientos previos: dos en el Hospital y dos más en otro hospital psiquiátrico general.

En cuanto a las causas del internamiento, seis relataron en las entrevistas que acudieron al Hospital por intento de suicidio y cinco por una crisis emocional fuerte. Solamente una de ellas se internó buscando una solución definitiva a la depresión, enfermedad con la que lleva diez años diagnosticada. Las respuestas y conocimientos de la depresión de todas ellas, están influidas por el discurso médico como veremos en el desarrollo de este capítulo.

[35] Centros comunitarios de salud mental, dependen de la secretaría de salud y se encuentra uno en Iztapalapa, en Cuauhtémoc y otro más en Zacatenco.

Cinco de las doce entrevistadas presentan además, del TDM, trastorno de personalidad limítrofe. El grupo de edades de las mujeres entrevistadas va desde los 18 a los 50 años. Cuatro de ellas son casadas, siete son solteras y, de las doce, siete tienen hijos.

La selección de las entrevistadas dependió de muchos factores lo que generó testimonios diversos y variados. Trabajé dentro de una institución hospitalaria y como en todo trabajo antropológico que se desarrolla en este campo, se presentan dificultades. No se puede controlar el ingreso de las pacientes, su edad, escolaridad o estado civil. La elección dependió de varias cosas: la principal que las mujeres aceptaran participar en el estudio, y también la recomendación de los médicos de trabajar con estas mujeres. Durante el primer mes de trabajo de campo viví un proceso de adaptación al Hospital, aprendí a manejarme en la rutina hospitalaria y confronté mi proyecto de investigación con la realidad.

Durante el primer mes de la investigación conocí a 8 mujeres que me compartieron una parte de su historia. Con ellas las entrevistas fueron breves y bastante puntuales. No tenía experiencia en un tema tan complejo como este y a menudo notaba que mis preguntas provocaban en las entrevistadas tristeza, un poco de pudor y malos recuerdos. Mis preguntas removían episodios que intentaban olvidar. Sin embargo, estas ocho primeras entrevistas me acercaron a la problemática del Trastorno Depresivo Mayor, del encierro en un hospital psiquiátrico y me ayudaron a reunir las herramientas suficientes para entrevistar con mayor éxito a cuatro mujeres más. En lo que yo llamo una segunda etapa de campo, más familiarizada con el contexto del Hospital y con los pacientes del mismo, conocí a 4 mujeres más con las que logré relacionarme con mayor profundidad, que depositaron en mí la suficiente confianza como para hablar sobre su padecimiento, los acontecimientos ligados a él y los episodios graves que las llevaron al Hospital. Hacer investigación sobre este tipo de padecimiento es introducirse a la vida de las entrevistadas, conocer sus problemáticas cotidianas y, en ocasiones, un pasado doloroso de revivir. Estos episodios que intento reconstruir son los que permiten identificar cuál es la percepción de estas mujeres sobre la depresión, cómo apareció en sus vidas y en qué momento decidieron buscar ayuda. Me parece pertinente saber y conocer a las personas que hablan y desde donde lo hacen.

Realicé de tres a cuatro entrevistas formales y otras tantas informales, con cada una de las doce participantes, todas fueron hechas en sus cuartos. Por lo general se sentaban en la cama y me dejaban a mí una silla, o en ocasiones el sofá. El uso de la grabadora para las entrevistas fue un tema delicado, muchas de ellas no me permitieron utilizarla hasta más avanzada la relación. Presento las notas de campo en las que intenté recrear la conversación con las informantes y escribo de la manera más fidedigna todo lo que me contaban. Incluyo también transcripciones de fragmentos más relevantes de las entrevistas grabadas. En todos los casos utilizo nombres ficticios para proteger el anonimato de las informantes.

A todas ellas les agradezco profundamente la oportunidad que me dieron de conocer un poco de sus vidas. Hablar de su problemática con una extraña requiere de mucho valor.

1). Miriam.

Miriam es una mujer de cuarenta años de edad, se dedica al hogar pero también hace trabajos de costurera y adornos para bodas y quince años. Es originaria de la ciudad de México, está casada, tiene dos hijas y recientemente se convirtió en abuela. Miriam proviene de una familia de ocho hermanos, nunca conoció a su padre y siempre vivió con su madre y sus hermanos. Había sido diagnosticada con depresión por un psiquiatra particular un año antes de ser internada en el Hospital. Este doctor le recetó medicamento y terapia, pero por problemas económicos tuvo que dejar ambas cosas. Acudió al Instituto de la mujer, pero ahí únicamente la podían asesorar legalmente en el caso de que quisiera separase de su marido, situación que Miriam no buscaba. También recurrió a grupos de autoayuda como neuróticos anónimos, pero no le gustó la forma en que se llevan a cabo las terapias, al respecto comenta:

"Yo veía que se la pasaban llorando, entonces pensaba que tal vez no habían logrado superar el problema, y lo que yo quería era dejar de llorar, de sentirme mal, y si al asistir a las reuniones yo también iba a llorar, no era la forma de curarme, lo que quiero es

olvidar y no estar pensando en lo que me pasó y por qué lo hice… Además no me gustó que me pasaran al frente, a la tarima, a contarles a todos mis problemas, no me funcionó".[36]

Desde el punto de vista de Miriam la depresión apareció como consecuencia de la mala relación que tenía con su esposo, los problemas eran cada vez más frecuentes y el peligro de una separación la asustaba. En una pelea, Miriam perdió el control e intentó agredir a su marido, pasado el episodio y más tranquila, reconoció que había llegado a un extremo peligroso, se daba cuenta que no sabía controlar sus impulsos y decidió buscar ayuda. Antes de ser diagnosticada notó cambios fuertes en su estado de ánimo, dejó de frecuentar a sus amigas, de contestar el teléfono, recibir visitas, de trabajar y también descuidó a sus hijas, sobre todo a la menor. No la llevaba a la escuela, no le daba de comer, no la ayudaba con sus tareas.

"En algún momento sentí que no estaba actuando normal. No contestaba el teléfono, le decía a mis hijas que no me pasaran llamadas. Si alguien iba a la casa no abría la puerta, dejé de ver a mis amigas, no tenía ganas de nada, sólo de dormir, no comía. Noté muchas cosas extrañas en mí, me preguntaba: ¿Qué me está pasando? Yo no soy así…Me enojé con mi esposo, le aventé gasolina y un cerillo, no pasó nada porque alcanzó a salir de la casa, y era muy poquito, pero de todos modos me preocupó mi reacción y decidí buscar ayuda. Sabía que no estaba bien, siempre he sido enojona, de mal carácter pero eso ya era demasiado".[37]

Miriam recordó el día que ingresó al Hospital en el siguiente fragmento de entrevista:

"Me subí a mi carro y recorrí las calles de la ciudad, estuve dando vueltas sin saber en donde estaba ni a dónde iba, lloraba, estaba desorientada. En ese estado por milagro o no sé cómo fue, pero llegué al Fray Bernardino. Ahí me calmaron y me mandaron a consulta externa aquí en el Hospital, al llegar me ofrecieron internarme y acepté".[38]

---

[36] Entrevista realizada el 12 de febrero de 2007.
[37] Entrevista realizada el 16 de febrero de 2007.
[38] Entrevista realizada el 16 de febrero de 2007

Miriam estuvo internada 21 días en el Hospital tiempo, en que el medicamento surte efecto en la mayoría de los pacientes. Una vez controlada fue dada de alta con la condición de regresar a consultas externas y continuar con el tratamiento.

2). Estela

Estela es una mujer de treinta años de edad, soltera, sin hijos, abogada y originaria del Distrito Federal. Estela vive con su madre y una tía. No piensa independizarse, por el padecimiento que sufre, a pesar de no tener una buena relación con su madre. Su familia es la que le administra el medicamento. Trabaja en una empresa como abogada y está diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor y trastorno de la personalidad limítrofe.

Su depresión empezó hace cuatro años cuando murió su abuela: *"Era muy apegada a ella porque con mi mamá nunca me he llevado bien, mi mamá no me pregunta cómo estoy, cómo me siento, sólo le importaban las calificaciones y ahora el trabajo que tengo. En cambio con mi abuela tenía una buena relación. No dejé de trabajar porque no podía, pero los fines de semana me la pasaba en la cama, dormida, sin ganas de salir ni de hacer nada. Los domingos eran los peores días, me sentía realmente mal"*[39]

En Estela los episodios depresivos se acompañaban, por lo general, de momentos de mucha actividad: gastaba dinero, se arreglaba el pelo, cambiaba el *look*, etcétera. Estela señala que siempre ha sido una persona solitaria: *"Siempre he sido así, desde niña. Tenía amigos pero pocos, no hablaba con nadie. En la universidad también fui así, le hablaba a una o dos personas, siempre he sido solitaria. Lo que pasa es que también tengo momentos de manía. En ocasiones me levantaba a las 4 de la mañana ya sin sueño, y me ponía a ver la tele o me teñía el cabello, me peinaba, mi mamá me preguntaba qué pasaba, pero yo simplemente tenía energía suficiente sin tener que dormir mucho… Estaba en un estado de manía, de mucha intensidad"*.[40]

[39] Entrevista realizada el 6 de febrero de 2007.
[40] Entrevista realizada el 6 de febrero de 2007.

Estela tiene cuatro años recibiendo tratamiento psiquiátrico, pero el año pasado dejó de tomar medicamento por problemas económicos y falta de tiempo para asistir a las terapias. Ha estado internada en varias ocasiones tanto en el Hospital como en otro psiquiátrico.

3). Emilia

Emilia tiene veintitrés años, es estudiante de música con especialidad en canto, es originaria del Distrito Federal, soltera y sin hijos. Vive con sus padres y es la mayor de tres hermanos. En sus ratos libres da clases de regularización a niños de primaria. Es la primera vez que la internan en el Hospital, pero tiene un año diagnosticada con depresión y tomando medicamento. Durante su evaluación médica en la institución la diagnosticaron con trastorno de personalidad límite. Emilia atribuye su enfermedad a dos eventos que ocurrieron el año pasado: terminó con su novio y su abuela murió. Tiempo antes de esto sospechaba que algo no andaba bien con ella. Tenía muchos problemas con su novio, dejó de ir a la escuela y ya no le hablaba a sus amigos. Siente que vivió una infancia difícil, la relación con sus padres no es buena, de hecho, trabaja para poder pagar los medicamentos y así no tener que pedirle dinero a sus papás. Hace un año buscó ayuda en el CECOSAM, donde la diagnosticaron y le dieron tratamiento. Sin embargo le recomendaron acudir al Hospital para que le realizaran estudios que ellos no podían ofrecerle. Al llegar le sugirieron internamiento y aceptó por una razón: *"yo tenía una fe ciega en los doctores, si me decían párate de cabeza, yo me paraba. Hice todo lo que me dijeron, yo realmente me quería curar, arreglar mis problemas, así que me dejé llevar y acepté todo lo que me dijeron aquí que me ayudaría a salir de esto".*[41]

4). Luz

Luz tiene veintiséis años de edad, es soltera, tiene una hija pequeña, trabaja en una estética, y vive en Cuajimalpa, Distrito Federal. Es la primera vez que la internan en un hospital psiquiátrico, sin embargo ya había sido diagnosticada con depresión. La primera vez que detectó los síntomas de la depresión fue después del embarazo. En ese momento acudió con

[41] Entrevista realizada el 13 de febrero de 2007.

un psiquiatra quien la medicó y la diagnosticó con depresión posparto. A pesar de haber estado en tratamiento, Luz considera que esa primera vez fue ella quien superó esa crisis, no el medicamento. Dos años después, en el 2007, recayó y la internaron en el Hospital por intento de suicidio. Como ya conocía la enfermedad, en un principio intentó ocultar su tristeza, lloraba cuando estaba sola, mientras se bañaba o en su cuarto. Frente a los demás se mostraba irritable, peleaba con sus hermanas, les gritaba por cualquier cosa. Estas actitudes provocaron que una de sus hermanas le insistiera en que buscara ayuda con un psicólogo porque su comportamiento no era "normal". No lo hizo.

Sus episodios de tristeza se incrementaron cada vez más, se mostraba violenta, gritaba, se peleaba con el novio en público, renunció a su trabajo, hasta que en un punto no logró controlarse e intentó suicidarse. La llevaron de emergencia a un hospital en donde le realizaron lavado de estómago, una vez estable la mandaron de regreso a su casa, pero al paso de los días Luz seguía sintiéndose mal. Su mamá la veía mal y decidió llevarla a un hospital psiquiátrico. Luz alcanzó a ver en donde estaba y comenzó a gritar: "*¡no estoy loca! ¡no me lleves ahí mamá!*".

Respecto a su intento de suicidio comentó: *"Fue consciente e inconsciente al mismo tiempo. Quería llamar la atención de mi ex pero no me quería morir, no sabía lo que podía pasar"*[42].

5). María

María tiene 38 años de edad, es secretaría, originaria del Distrito Federal, está separada y tiene tres hijos. Es la primera vez que está internada en el Hospital, sin embargo ya había sido diagnosticada con depresión dos años antes. Tomó medicamento y consulta con un psiquiatra particular, pero por problemas económicos suspendió el tratamiento. La recaída fue más fuerte y tuvo un intento de suicidio, motivo por el cual la internaron en el Hospital. María comenzó con malestares cuando se separó de su esposo sobre todo porque sus hijos decidieron quedarse con su papá en lugar de buscar una nueva casa con ella. Para María la

[42] Entrevista realizada el 9 de febrero de 2007.

respuesta natural de sus hijos tuvo que haber sido quedarse con ella y no entiende por qué no sucedió así. María se fue a vivir con su madre a Milpa Alta:

"Mi mayor preocupación eran mis hijos, me la pasaba todo el tiempo llamándolos, los iba a buscar, quería saber si ya habían comido, cómo les iba en la escuela. El problema fue que yo cada vez estaba más mal, desarreglada, descuidada… Me ponía a llorar por cualquier cosa. Dejé de trabajar, no quería hacer nada, se volvió una obsesión estar con mis hijos."[43]

6). Elisa

Elisa tiene 36 años de edad, es originaria del Distrito Federal, trabaja de voluntaria en un hospital y estudió 9 semestres de la carrera de Ingeniería en el Politécnico Nacional. Está casada, pero no tiene hijos. Elisa está diagnosticada con depresión desde el 2003, año en el que sufrió una fuerte crisis y acudió al Hospital a consulta externa. Estuvo tomando medicamento pero tres años después (diciembre del 2006) recayó, y al buscar nuevamente consulta le recomendaron internarse.

"Siempre estaba triste, llegaba de la escuela a dormir. Mi mamá pensaba que regresaba muy cansada, o que estaba muy pesada la escuela para mí pero ahora que conozco la enfermedad me doy cuenta que en realidad estaba deprimida". En diciembre le dieron vacaciones en el hospital donde trabaja como voluntaria y eso fue lo que la entristeció, no había faltado nunca a pesar de que *"era yo la que necesitaba ayuda"* comenta entre risas. De las vacaciones ya no regresó a su trabajo.

7). Eugenia

Eugenia tiene 49 años de edad, se dedica al hogar, estudió en la escuela normalista. Es originaria del Distrito Federal pero vive desde hace 20 años en Chihuahua, Chihuahua. Está casada y tiene cuatro hijos. Eugenia lleva diagnosticada con depresión desde hace diez años

[43] Entrevista realizada el 1 de febrero de 2007.

y desde entonces está en tratamiento. De mis entrevistadas es la única que no acudió al Hospital por una crisis, sino buscando una solución definitiva a su enfermedad. Su familia, y en particular su esposo, ya quieren verla bien. Son demasiados años en tratamiento y no sienten una mejoría considerable. Ahora que Eugenia que conoce la enfermedad, piensa que desde muy chica ha sufrido de depresión. Cuando tenía 24 años recuerda que tuvo su primera crisis: *"Sentía mucha angustia, como si algo me fuera a pasar… Creo que era porque mi papá siempre fue muy estricto"*[44]

A los 26 años se casó y dejó de trabajar como maestra para dedicarse al hogar, a su familia. Sus embarazos fueron todos muy malos, se sentía triste, no tenía ganas de hacer nada, ni de cuidar a sus bebés. A los 39 años cayó en una depresión muy fuerte y decidió ir a un doctor, la diagnosticaron y le dieron tratamiento. El problema fue que al poco tiempo se embarazó y tuvo que dejar de tomarlos.

"Me sentía terrible, como cuando se te baja la presión, sin fuerzas, sentía que me iba a desvanecer, no podía respirar. Sentía como si alguien me estuviera ahorcando. Incluso fui con un otorrino pero me dijo que todo estaba bien, no tenía nada. Pero yo sentía que me faltaba el aire, no pasaba el aire por mi nariz. Mi hermana es médico, entonces ella me mandó con un psiquiatra. Ese doctor me atendió, pero con el embarazo tuve que dejarlos.[45]

A los ocho días de estar internada Eugenia decidió darse de alta voluntaria. El encierro le estaba haciendo más daño que beneficio. Sobre todo a su hija quien la acompañaba como su cuidadora. *"Mi hija no puede fumar ni salir un segundo. Como quiera yo aguanto, pero mi hija, no. ¡Cómo quisiera salir y pasear por las tiendas en vez de estar aquí!"*.[46] Comentó Eugenia.

[44] Entrevista realizada el 21 de febrero de 2007.
[45] Entrevista realizada el 20 de febrero de 2007.
[46] Entrevista realizada el 21 de febrero de 2007.

8). Antonia

Tiene 34 años de edad, es originaria del Distrito Federal, está casada y tiene dos hijos. Se dedica al hogar. Las entrevistas con Antonia fueron breves, la dieron de alta a los 10 días de su internamiento, así que no logramos mayor comunicación. Ella vivió situaciones muy complejas con su marido que no quiso compartir conmigo. Antonia vive con su esposo, sus hijos, su madre, su hermana y su sobrina. El esposo de Antonia lleva una buena relación con su familia política y los ayuda económicamente, por lo que no aceptan que gran parte del problema de Antonia sea él. Antonia reconoce que lleva 6 años deprimida (desde su primer embarazo), sólo que no lo había identificado como tal. La gente a su alrededor le decía floja: tenía su casa tirada, no le hacía de comer a sus hijos, sólo se levantaba para llevarlos a la escuela y al regresar a su casa seguía durmiendo.

Antonia atribuye su depresión al mal trato que recibe de su esposo: *"Me trata muy mal, me dice muchas cosas, que le doy asco, que estoy gorda, fea, son muchas humillaciones las que recibo por parte de él. Ya no lo soporto más. Mi mamá me dice que aguante. No puedo creer que no se de cuenta de lo que me hace si vivimos todos juntos".*[47]

Antonia lleva doce años casada, situación que desde su punto de vista provocó un cambio importante en la relación con su esposo. Antonia dejó de trabajar limpiando casas y de hacer las cosas que le gustaban. Antes de casarse asistía a clases de natación y aerobics, y cantaba en un grupo que se presentaba en fiestas, bodas, quince años, etcétera. Su esposo le prohibió trabajar y seguir con sus actividades. Antonia identifica esto con el inicio de su depresión. El malestar se incrementó cuando nació su primer hijo: ella no quería embarazarse porque la relación con su esposo no era buena. Las cosas se complicaron. Su familia no la apoyó y su mamá la regañaba constantemente porque no atendía a sus hijos, ni a su esposo.

"Imagínate cómo estaba mi casa que siempre me decían cosas: que era floja, que limpiara… Una vez estaba en mi casa viendo la televisión, el programa de Mujer casos de

[47] Entrevista realizada el 30 de abril de 2007.

la vida real, y aparecía una mujer que estaba todo el día llorando, acostada en la cama… Mi hijo se acercó a mi y me dijo: mira mamá esa señora se la pasa llorando como tú. En ese momento me di cuenta que estaba mal, que algo me estaba pasando."[48] Antonia intentó buscar ayuda en un CECOSAM, pero no logró cumplir con las consultas porque nadie se podía quedar con sus hijos.

Otra de las causas que Antonia asocia con su depresión, es la ausencia de su padre. Desde su punto de vista esto provocó que su madre fuera muy dura con ella y sus hermanos. Su madre trabajaba todo el día, y Antonia y sus hermanos tuvieron que hacerlo también desde muy chicos. *"Siempre sentía feo cuando mi mamá salía a trabajar, no quería que se fuera, me iba atrás de ella para alcanzarla. Mi mamá agarraba piedras y me las lanzaba ¡como a un perro!* (se ríe) *para que me regresara a la casa, ¿tu crees?... Yo pienso que todo eso tuvo que ver con que yo aceptara los malos tratos de mi esposo, la falta de cariño, de amor, yo buscaba en él eso, pero tampoco lo tuve".*

Hace unos meses Antonia intentó suicidarse. La internaron en un hospital general pero según recuerda nadie de su familia se quedó con ella acompañándola. Su esposo consiguió que una monja fuera hablar con ella para que le hablara de Dios. Asustó a Antonia diciéndole que suicidarse era un pecado y la convenció de no dejar a su esposo. Sin embargo tuvo un segundo intento de suicidio un mes después. En esta ocasión un vecino le recomendó a su esposo buscar ayuda profesional en el Hospital.

Antonia tiene tres hermanos, sólo lleva una buena relación con el menor. La mayor se fue de la casa muy joven huyendo de los malos tratos de la madre quien los golpeaba frecuentemente.. Antonia recuerda haber sido golpeada por ella cuando volvía de cantar en las fiestas con su grupo. Al conocer a su esposo creyó que podría salir de su casa y empezar de nuevo: *"Yo creo que por eso me casé con él, tenía una casita y yo me iba para allá todos los días para no estar con mi mamá, y la verdad es que me metí en un lugar peor y ahora ya vivimos todos juntos."*[49]

---

[48] Entrevista realizada el 2 de mayo de 2007.
[49] Entrevista realizada el 2 de mayo de 2007.

9). Clara

Tiene 19 años de edad, es estudiante de Mercadotecnia, originaria del Distrito Federal, soltera y sin hijos. Vive con sus padres y hermanos, y es la primera vez que la internan en el Hospital. Clara comenta cómo llegó a este lugar:

"Mi mamá me veía muy mal y no sabía adónde llevarme, no sé quien le recomendó el Hospital, una compañera o una amiga de mi mamá. Le dijo que aquí atienden muy bien a las personas y que no tenían casos graves, porque eso es lo que me afectaba mucho, que hubiera casos tan graves. Y no, aquí manejan en su mayoría: bipolaridad, depresión, psicóticos o esquizofrénicos son muy raros. Me adapté rápido porque hay chavas de mi edad. Yo creía que sólo a la gente grande les pasaba eso, pero aprendí que a todos nos puede pasar, ¿no? Vine al Hospital por una recomendación, y doy muchas gracias a esta recomendación porque me habían dicho de otros hospitales pero, uno es demasiado caro, y otro tiene casos extraños y pues yo no estaba para soportar gritos ni nada. Era lo que me esta estaba afectando, los ruidos."[50]

Clara ya había sufrido una crisis importante cuando tenía 15 años de edad, en ese momento no buscó ayuda de ningún tipo. A los 19 años cuando su conducta y carácter cambió, fue ahí cuando sus padres detectaron que algo estaba pasando. Clara lo narra:

"A los 15 años tuve mi crisis y fue cuando mis amigas me dijeron: "ve al psicólogo, porque te estas lastimando", no les hice a caso. Y con mi papás nada más lo que manifestaba era agresividad, por cualquier cosita que me hacían gritaba, peleaba, pegaba, y mis papás no se daban cuenta, creían que era mi forma de ser. Pero era como una bipolaridad porque así era en mi casa, y en la escuela era muy tranquila, me sentía muy bien, muy relajada, por eso siempre estaba ahí. Me gustaba mucho ir a la escuela eran como dos ambientes distintos. Te digo que yo sentía que todos me odiaban en mi casa y que además no entendían porque era así, porque cualquier cosita que veas rara en una persona es por algo y no se daban cuenta…A los 19 tuve una crisis, ya no quería hacer nada, ya me había

[50] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.

dado por vencida. Porque de todas manera luchaba y lo estaba llevando con alcohol, me emborrachaba para olvidar y me gustaba. Cada viernes era lo mismo, ahorita me da risa, pero pues no se valía porque mis papás estaban sufriendo también. Pero no buscaban ayuda, estaban viendo que actué de diferente forma, porque fíjate que de ser una persona tan tranquila y tan callada cambié tantísimo: a ser una persona rebelde, alcohólica, sí se puede decir alcohólica porque tomaba cada fin de semana, tan agresiva, o sea, era por algo, ¿no? Ya me estaba rebelando, como que salí del capullito donde me tenían encerrada. Y a los 18, 19, ya me di por vencida, ya no quería vivir. De hecho les dije a mis papás: ya no quiero vivir, y yo creo que eso es lo peor que pueden escuchar unos padres decir, que un hijo ya no quiere vivir. Se sienten como decepcionados de ellos mismos, pero salió la verdad y fue cuando mi mamá buscó ayuda, y estuvimos buscando varias terapias hasta que encontramos al bueno. A una persona muy buena, que quiero bastantísimo porque mantiene cada paso, cada parte de mi vida. Y aquí estoy."[51]

Clara sufría episodios de ausencia: *"Yo ya sabía que tenía una depresión mayor pero yo no sabía lo que era una crisis tan seria: me quedaba pasmada por varios minutos, y mi mamá me gritaba: "¡reacciona, reacciona!" Pues no sabes que hacer en esos momentos… Llegué aquí de urgencias y me trataron, me sedaron y le propusieron a mi mamá el internamiento. De hecho vinimos tres veces porque mi mamá estaba indecisa entre el internamiento y la consulta externa. Pero vimos que en la consulta externa era muy difícil que te dieran la cita para tu tratamiento, era de suerte, entonces mi mamá decidió que mejor el internamiento."*[52]

A raíz de su diagnóstico y de su internamiento, Clara sabe que desde los 15 años sufre de depresión. Al hacer una revisión de su pasado, identificó conductas extrañas que ella misma relata en el siguiente fragmento de entrevista:

"Me *hería, me cortaba, me lastimaba y eso no era normal. Tener tanta ira contra ti mismo y llegar a lastimarte. Llegar a odiarme, a lastimarme y que estuviera buscando formas de lastimarme más fuertes. Buscaba, tomaba pastillas, tomé pastillas dos veces. Un día fue*

[51] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007
[52] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.

muy feo porque corte el vidrio de mi, bueno ya estaba flojo, de la ventana de mi recámara y quedaron rayitas y me hice daño con eso. Pero lo peor fue cuando decidí guardar todo los vidrios para seguir haciéndolo, y tenía en un lugar guardados, todos los pedacitos de vidrios para cuando me pasara algo, así como si fuera normal, como si estuviera guardando plumas o coleccionando piedras…Nadie se daba cuenta hasta que llegaba a la escuela, y mis amigas se daban cuenta de que no quería enseñar las muñecas porque usaba pulserotas de esas muy gruesas, y fue muy feo pero ya lo pasé, ya lo viví y ya no quiero hacerlo otra vez".[53]

Clara identifica varios episodios en su vida que pudieron desencadenar su depresión: cuando era pequeña sufrió abuso físico por parte de un familiar, cuando estaba un poco más grande sus padres estaban atravesando por un mal momento en su relación, y Clara escuchaba los gritos y pleitos entre ellos. *"La gota que derramó el vaso"* fue cuando cortó con su novio. Ella misma cuenta estos momentos de su vida:

"Cuando era niña sufrí un abuso sexual, de mi hermano, en realidad es mi primo pero lo veo como un hermano, abusó de mí… Nunca llegó a la penetración, pero me acariciaba. Yo tenía 7 años. Desde entonces cambié mi forma de ser, le tenía mucho rencor y enojo a mi familia. Yo creía que mi mamá se iba a dar cuenta, creía que las mamás son súper heroínas y que se dan cuenta de todo, pero no es así. Yo no le dije nada, simplemente me alejé de todos. Mi refugio era la escuela, ahí tenía muchos amigos, me iba bien en las calificaciones pero en mi casa era otra, no me gustaba estar con ellos… Estaba muy aislada de mi familia, enojada todo el tiempo, tenía deseos de hacerme daño. Me lastimaba las muñecas con vidrio, me sentía fea… Tuve novio hasta los 16 años, y veía que mis amigas desde los 12 empezaban con los novios. Creía que yo no tenía porque estaba fea, me sentía mal conmigo misma, no me quería. A los 15 años tuve mi primera crisis, todo explotó… Muchos años callé lo que me había pasado pero después no pude más y me lastimé, me corté, tomé pastillas. Mis amigas notaban que me hacía daño y ellas me dijeron que buscara a alguien, una psicóloga o algo… Después también mis hermanas me dijeron que buscara ayuda y como para mí lo que ellas digan es lo único y lo mejor, decidí

[53] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.

buscar ayuda: terapias, psicoterapias, de todo. Aquí en el Hospital me mandaron a una psicoterapia, pero de grupo, y no me gustó, escuchar los problemas de los otros, ¡no puedo! No me gusta."[54]

En el caso de Clara, los médicos del Hospital, detectaron, a través de los exámenes que le realizaron al ingresar, que su depresión está asociada con un problema en la glándula tiroides. Sin embargo, para Clara son más importantes los acontecimientos narrados en los párrafos anteriores para explicar su enfermedad, que el problema glandular. Comenta al respecto:

"La tiroides me está afectando mucho, aparte tengo problemas de menstruación por lo mismo. Tengo bloqueo tiroidal, creo. Pero pues para todo hay solución, ya no lo veo como: ¡Ay! ¡otra enfermedad! Como lo hubiera visto antes: ¡otra enfermedad ya no! Todo a mí, ya lo entiendo. De hecho me dijeron que me va a revisar un médico especialista en estos días, tal vez hoy o mañana temprano. y ya veremos qué onda, cómo se trata".[55]

Además de este problema la diagnosticaron con trastorno límite de personalidad. Para ella esto quiere decir: *"Tiene muchas características, ahora no me acuerdo cuales son exactamente, pero me las dijeron todas cuando llegué aquí, y cuando las escuché pensé que sí era lo que yo tenía. Una de ellas es irse a los límites y yo soy así. Te puedo querer mucho y después ya no. Yo soy sensible, hipersensible, me voy al extremo del sentimiento. Bueno, se manifiesta en muchas cosas, como en la escuela, no poder hacer lo que te gusta y dejar de hacerlo por frustración. Puedes cambiar de parecer, a veces querer algo y luego ya no, es mucha inestabilidad".*

Para Clara su trastorno limítrofe es lo que la lleva a reaccionar exageradamente, es el impulso que la lleva a hacerse daño *"Puedo estar muy deprimida, pensando en lastimarme, pero no logro hacerlo. De pronto, me viene esa fuerza que me impulsa… Ese es el problema de los limítrofes, la personalidad te lleva a reaccionar y a lastimarte".*[56]

---

[54] Entrevista realizada el 26 de febrero de 2007.
[55] Entrevista realiza el 26 de febrero de 2007.
[56] Entrevistas realizadas el 26 de febrero de 2007.

Clara reflexiona sobre su vida:

"Yo tengo 19 años pero, no física ni mentalmente. Me considero más grande por lo que he vivido. Estar aquí me ayuda a darme cuenta de las cosas, y ahora sé que puedo terminar con mis novios, y que después vendrán otros. No me va a afectar tanto, lo puedo querer mucho, y por supuesto me voy a poner triste, pero ya no como antes. Soy muy sensible, entrego todo el amor que tengo, pero si el otro no lo quiere, o no lo recibe, no me voy a lastimar, no vale la pena. Ahora sé que mi vida es importante y que Dios me la dio, y no me la puedo quitar, y no me voy a lastimar más".

10). Rosa

Rosa es un joven de 18 años de edad, estudia el cuarto semestre de la preparatoria cuyos estudios ha interrumpido por lo menos en dos ocasiones. Vive en el Estado de México con sus papás y su hermano. Su padre trabaja en una pollería, su mamá se dedica al hogar y su hermano está por terminar la secundaria. Rosa no tiene novio ni hijos. Le gusta mucho la danza, asiste a una academia y da clases de jazz en su casa a algunas niñas. Esta diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor y límite de la personalidad. Es la segunda vez que internan a Rosa en un hospital psiquiátrico. La primera ocasión fue a finales del año 2006, pero como todavía no cumplía la mayoría de edad la llevaron a un psiquiátrico infantil. Ahí la experiencia fue muy fuerte, y tanto ella como sus papás sólo permitieron que estuviera una semana. Se la llevaron porque no podía recibir visitas, no tenía un cuarto para ella sola, compartía el espacio con todo tipo de trastornos y, por lo que cuenta Rosa, el ambiente era muy pesado. Las internas peleaban, se lastimaban y los enfermeros no intervenían.

La primera crisis, por la que la llevaron al Hospital infantil, fue consecuencia de problemas con sus amigas de la secundaria. Su madre le buscó ayuda psicológica y psiquiátrica en un CECOSAM. En ese centro estuvo recibiendo tratamiento y la canalizaron al hospital infantil. Al salir de ahí regresó a ese Centro, consiguió otro psiquiatra quien le modificó el medicamento en varias ocasiones, pero Rosa no reaccionó. Intentó suicidarse en marzo del

2007 y el CECOSAM le extendió un pase para este Hospital psiquiátrico. Al principio Rosa accedió en ir al Hospital pensando que sólo iría a consulta externa; cuando le propusieron internamiento se sorprendió un poco y se asustó: ya tenía una mala experiencia con estos hospitales. Aún así en el Hospital, desde su perspectiva, recibe muy buen trato: tiene un cuarto para ella sola y las primeras dos semanas tuvo cuidadoras (sus tías y su mamá) a diferencia del infantil.

Rosa se describe como una chica muy activa, *"soy única en mi especie le digo a mi mamá"*. Se siente alocada, siempre está en movimiento: arregla su cuarto, le cambia los muebles, se pinta, se peina, se cambia el color del cabello, tiene varias perforaciones en el cuerpo. Realiza varias actividades todo el día lo que le ha provocado distanciarse un poco de su familia. Sobre todo de su mamá a la que siempre le dedicó un poco de su tiempo, al igual que a su hermano y con tantas actividades los descuidó. Rosa se siente mal por eso y de alguna forma piensa que su depresión esta relacionada a la distancia que se creó entre su mamá y ella. Describe su rutina:

"*Me voy a la escuela muy temprano, saliendo siempre me voy a casa de una amiga y ahí me quedo hasta que tengo que ir a dar clases. Llego a mi casa, porque ahí las doy, y termino ya tarde, y tan cansada que sólo tengo ganas de dormirme. Me tomo un vaso de leche, como un poco de pan y me voy a mi cuarto a dormir. Ya casi no paso tiempo con mi mamá, a veces, mi hermano va a mi cuarto para platicar conmigo y aunque este yo muy cansada hago el esfuerzo de estar con él aunque sea un rato"*. Rosa me comentó que le preocupaba alejarse de su familia por el ritmo de vida que lleva y lo atribuye a su personalidad activa. Sin embargo, ahora que ha tenido tiempo de descansar y reflexionar en el Hospital, piensa que en algún momento su cuerpo no va a aguantar más y tendrá que bajar el ritmo.

Rosa recuerda que todo comenzó en el último año de secundaria, tuvo problemas con su grupo de amigas y compañeros de clase a tal grado que su graduación de secundaria fue triste, no festejó y salió de vacaciones sintiéndose muy mal. Ella misma relata:

"Me puse hiper mal ya no me levantaba de la cama y era de que me levantaba de la cama, desayunaba y me iba al sillón a acostarme a ver la tele, y de repente cuando menos lo sentía ya estaba dormida hasta la hora de la comida, me paraba, mi mamá me decía que comiera. Comía poquito y otra vez a la cama… Así eran todos mis días, así estuve prácticamente todas las vacaciones. Después me desesperé y busqué otras actividades. Yo le decía a mi mamá "¿sabes qué? Ya voy a entrar a la prepa y quiero entrar como nueva". Me mandó a hacer mis faldas como yo quería y me compró ropa. O sea, ella hizo todo por complacerme y a ver si ya me ponía alegre porque me la pasaba llorando. Y luego le dije que quería cambiar de lugar los muebles de mi cuarto, y fue el primer cambio que le hice a mi cuarto: puse una mesa y también me pinté el cabello. Cuando entré a la prepa era otra persona".[57]

Su madre buscó ayuda psicológica pero, de acuerdo a Rosa, no la supo aprovechar porque no quería hablar con nadie. *"Mi mamá se sacaba de onda, me llevó al psicólogo pero yo no quería hablar con nadie, me cerré muchísimo. Me cerré a la ayuda que me hubieran podido haber dado desde un principio, y pues a lo mejor ahora no estaría aquí. A lo mejor si me hubieran detectado la lesión que tenía en el cerebro ya la hubiéramos arreglado por fuera, y no hubiera habido necesidad de que me internaran, ¿no? Pero no quise, me cerré muchísimo y es que no quiero hablar con nadie… No quería hacer nada, nada, nada y te digo que tardé muchísimo en pedir esa ayuda, y ni siquiera la pedí de alguien profesional sino a mi mamá.".*[58]

Ingresó a la preparatoria con mucho mejor ánimo pero comenzó a notar cambios en su carácter y forma de ser. Ahora sabe que eso se debe al trastorno de personalidad, pero en ese momento sospechó que algo pasaba porque dice que se volvió muy *"mandona"* con sus amigas; decía siempre lo que le molestaba, reclamaba calificaciones, y si no le gustaba la conducta de un maestro, también lo decía a pesar de que sus amigos le pedían que no fuera tan sincera. Eso le trajo problemas con su grupo de amigos, se separó de algunos de ellos y aparecieron los síntomas depresivos por segunda ocasión.

[57] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.
[58] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

"Sentía los mismos síntomas que la vez pasada: mucho sueño, ganas de llorar, ganas de gritar, el apetito se me fue, ya no me daba hambre y no comía, me la pasaba llorando, bien triste, no tenía ganas de nada, pero absolutamente de nada, y pues ya se vinieron vacaciones de diciembre y entrábamos el 9 o el 11 de enero, y el 7 de enero fallece mi tío de cirrosis, pero por una hepatitis mal cuidada. No llevaba una relación muy estrecha con él, pero si me llevaba bien, si le hablaba y lo quería mucho. Entonces un poquito – porque ya venía de la depre otra vez por lo de mis compañeras – , y un poquito que me sueltan esta noticia. Esa misma semana tenía que ir a la escuela para arreglar unas cosas de mis calificaciones. Me dijeron que había reprobado una materia, y me puse mal y le pedí a mi mamá que me sacara de la escuela. A mi mamá le cayó como balde de agua fría, y me dice "¿qué te pasa?", me siento mal, me dan muchas ganas de llorar, me siento triste, ya no quiero volver a la escuela, me van a dejar de hablar y va a ser lo mismo… Mi mamá me pidió que sólo me tomara un semestre y después decidiera regresar, o ya salirme definitivamente de esa escuela. Entonces en ese momento le digo, ya no soporto el no tener hambre, el dormir demasiado, el pasármela llorando todo el día, ya no aguanto, ¡ayúdame! Entonces es cuando decide llevarme a la psicóloga".[59]

Rosa llegó al Hospital por esta segunda crisis, ella misma la relata:

"No dormí en una semana completa, si dormía dos horas era mucho, y es cuando decido tomar pastillas para dormir. Que ni siquiera sabía si eran para dormir, o para alguna otra cosa. Perdí el conocimiento, alcancé a ver a mi mamá que lloraba, y a lo lejos escuchaba a mi hermano que me gritaba. Cuando abrí los ojos estaba en un hospital y tenía una manguera aquí adentro, me volví a dormir y cuando abro los ojos otra vez, ya estaba en mi casa, ya había pasado un día entero y yo ida. Eso fue un domingo, el domingo me la había pasado súper padre porque me fui al trabajo de mi papá y me la pasé con él todo el día, platicamos y me la pase bien porque fue mi hermano conmigo. Nos fuimos a dar una vuelta en lo que mi papá cobraba, nos venimos en el camino platicando, fuimos a cenar y todo bien. Y el domingo en la noche ya estoy harta de no dormir, tomé las pastillas y me llevaron a hacer el lavado. Todo el lunes perdí el conocimiento, y no sabía nada hasta las

[59] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

9 de la noche cuando desperté…Cuando regreso a mi casa me puse a pensar: cada vez estoy aumentando más, ¿cada vez va ir en aumento esto y me voy a querer tomar pastillas o cortarme cada vez que me sienta desesperada? O ¿con cada depresión me voy a querer morir, y me voy a intentar de suicidar? o ¿qué? Esto va aumentando al grado de tomar pastillas sin saber ni de qué eran, a lo mejor eran para el dolor de cabeza pero igual me podían hacer daño, no sé. Entonces ya no medía limites, estoy triste, estoy triste y me ponía a llorar todo el día, estoy enojada y todo el día estaba de mal humor pero ya en la noche estaba feliz. O como el domingo, me la había pasado súper padre y yo estaba feliz de la vida, y en la noche ya estaba desesperada y tomando pastillas". [60]

Después de este episodio acudieron al Hospital por recomendación de su médico. Ahí le detectaron en los exámenes una pequeña lesión en el cerebro. Esto, según los médicos, puede ser una causa de los cambios en su estado de ánimo.

11). Laura

Laura tiene 30 años de edad, es soltera, tiene una hija de doce años, vive en la Ciudad de México en casa de sus padres y es la mayor de tres hermanos. Ha tenido diversas ocupaciones, pero actualmente trabaja vendiendo zapatos por catálogo. Terminó la preparatoria pero no pudo seguir estudiando. Se describe como una persona trabajadora, luchona. Me cuenta que se levanta temprano para despedirse de su hija, pero es el abuelo quien la lleva a la escuela así que puede regresar a dormir otro rato. Su mamá es la encargada de la comida. Laura sólo es responsable de lavar su ropa y atender a su hija. Ella cree que es floja, pero a la vez se siente orgullosa de haber sacado a su hija adelante, y de ayudar económicamente a sus padres trabajando en todos lados. Está diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor.

Laura habló mucho de su familia durante las entrevistas. Comentó que para ella su madre es el pilar fuerte de la familia. Su madre es católica y de ahí toma fuerzas para seguir adelante. Reza todo el tiempo y le pide constantemente a Laura que rece con ella. Laura a veces

[60] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

acepta pero no comparte la devoción de su madre. Su padre es mucho más reservado, está bajo tratamiento médico por depresión, y para Laura siempre ha carecido de carácter; pero ahora que ella también sufre de depresión lo entiende más. Comenta que tal vez toda su vida fue así, por la misma depresión, y que ahora que ella tiene los mismos síntomas, lo respeta más.

Hace un año Laura comenzó con los síntomas de la depresión: dormía mucho y no tenía ganas, de nada pero no lo tomó en cuenta. Aceptó internarse a principios de este año, cuando intentó suicidarse por tercera ocasión. Después de su primer intento de suicidio la llevaron a otro hospital psiquiátrico, pero no se quedó. Recibió tratamiento pero recayó. Una prima psicóloga le recomendó acudir al Hospital, pero no lo hizo. No se acuerda mucho de cómo llegó, estuvo en urgencias en donde la entrevistaron varios doctores y le preguntaron si podía prometer que no intentaría suicidarse otra vez. Laura contestó que era algo que ya le había prometido a sus padres y a su hija, y no lo había cumplido, así que no podía asegurar que no lo volvería a hacer. Después de eso la subieron al tratamiento en donde estaría internada por tres semanas. Al día siguiente de la entrada al Hospital le realizaron varios estudios, y a los ocho días le dieron su diagnóstico.

Ella misma narra su internamiento en este fragmento de entrevista:

"*Al principio me resistía como que decía, yo voy a poder solita, yo lo voy a lograr, pero ya cuando empezaba con la idea de quererme morir me empecé a preocupar. Y le dije a mi mamá, llévame a internar porque ya era mucha mi desesperación, le dije llévame a internar mamá por favor, y no me llevó, nos quedamos en la casa. Ya después me dijo "cómo me arrepiento de no haberte llevado en el momento en que tú me lo pediste"…Quería ir a un psiquiátrico, nos habían canalizado ahí la vez pasada… Mas bien nos dijeron que viniéramos aquí, pero mi papá se confundió y fuimos a dar allá… Ese día yo me había tomado pastillas, pero me tomé muchas y entonces iba vomitando sangre y fuimos a parar ahí. Llegamos y me querían internar, estaba muy agresiva, me sentía mal. Nos dijeron que me tenía que quedar, y me salí a la calle como desesperada y se fueron mis papás atrás de mí y ya me llevaron con un particular. Ahí me dieron un lavado de*

estómago y estuve en observación un día… Fuimos al psiquiátrico porque era para la cabeza, pero me dijeron que no me podían dar nada para mi estómago, que era un psiquiátrico pero que el problema que yo traía de lo que me había tomado no me podían atender y que me iba a morir… ¡Fíjate quería morirme y después estaba con miedo!, ¡No lo puedo creer! Llega un momento que me siento muy mal, pero ya cuando pasa eso me arrepiento y me da miedo, pero en ese momento no lo pienso y lo hago".[61]

Laura encuentra que una de las razones por las que se deprimió es que terminó con su novio por que él se fue a vivir a otra ciudad. En ese momento percibió un cambio en su forma de ser: *"Yo decía que nunca le iba a rogar a un hombre, pero le supliqué, le rogué, lloré para que no se fuera y entonces eso bajó mi autoestima, me empecé a sentir muy mal."* Otra de las causas que identifica Laura es que su novio actual toma mucho, es alcohólico y eso estaba afectando la relación: *"Mi novio empezó a tomar, entonces llegó un momento en el que explotó la olla exprés y de ahí empezaron las ganas de quererme morir, y me entraban crisis de repente de llorar, había noches que no dormía y si me dormía eran una o dos horas cuando mucho y después me despertaba llorando, un llanto que ni yo podía controlar ni sabía porque estaba así."*[62]

Meses después su hermana le confesó que a los 5 años un primo había abusado sexualmente de ella. Enterarse de lo sucedido a su hermana le afectó mucho, sobre todo porque había sido un familiar al que frecuentaban todas las vacaciones. Desde que se enteró se enojó mucho con la familia. La hermana había ocultado este evento por temor a que no le creyeran, pero se lo confesó a Laura y le pidió que le ayudara a hablar con los padres para contarles lo sucedido. Además de contarles este episodio que sufrió de niña, su hermana les informó que era lesbiana. Laura imaginaba esta situación, relata:

"Yo soy muy metiche, siempre me entero de todo porque me meto en lo que no me importa. Antes sufría de insomnio, entonces una noche me desperté en la madrugada y sorprendí a mi hermana con una amiga que había invitado a dormir, besándose. No sabía que hacer, me daban ganas de sacar a esa chava de mi casa, pero no lo hice. Al día siguiente platiqué

[61] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.
[62] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

con mi hermana, le dije que me tuviera confianza, que no la iba a dejar de querer si le gustaban las mujeres, pero quería que me dijera la verdad. Al oír la confesión de mi hermana le pedí que se lo dijera a mis papás, que era preferible que se enteraran por ella que por chismes de otros. Mi hermana me pidió que la apoyara y entonces, entre las dos, le dijimos a mis papás. Fue difícil para ellos, mi papá se deprimió, pero mi mamá se portó muy bien a pesar de que es muy católica. Sabe cómo enfrentarse a las cosas y a los problemas… Mejores padres no pude haber tenido. Ahora mi hermana lleva su pareja a la casa, nos cuesta trabajo verlas juntas, no es lo mismo tener amigos homosexuales que vivirlo de cerca, me impresionó mucho… Mi madre piensa que va a sufrir mucho, pero yo creo que es igual, todas las parejas tienen problemas y que tal vez mi hermana sea mucho más feliz que otros".[63]

Laura piensa que su hermana se hizo lesbiana por el abuso que sufrió de niña *"Yo no sé, porque también dicen que se nace así, yo creo que tiene que ver con el abuso. Imagínate el rencor que le guarda a los hombres, siempre fue muy agresiva, muy irritable con mis primos, no le gustaba que la tocaran. Era rara, pero siempre pensé que ese era su carácter, por eso nunca puse atención".* Su hermana esta en terapia y ha superado las cosas pero aún así la familia lo resintió mucho.

Antes de internarse Laura sufría de crisis emocionales muy fuertes. En el fragmento de entrevista siguiente comparte las sensaciones que vivía en los momentos críticos:

"Mucho llanto y desesperación, me sentía muy mal… A mí me daban las crisis y me salía a caminar, caminaba y no me acordaba de nada, lloraba y después me tranquilizaba, y ya estaba bien otra vez. En una ocasión caminé por periférico y me atravesé a un camellón y me senté a llorar yo solita, llore y llore. Cuando me di cuenta que necesitaba ayuda fue el día que me peleé con mi novio, el día que le pegué y que también estaba mi hija. En ese momento supe que necesitaba ayuda, y luego me intenté suicidar otra vez, y le dije a mi mamá ya no quiero estar así, quiero estar bien".[64]

[63] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.
[64] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

Respecto a los lugares a donde acudió buscando ayuda comenta:

"El tratamiento lo empecé a buscar en enero que fui al CECOSAM de ahí de Iztapalapa, y a partir de ahí empecé a tomar los antidepresivos, pero tardan en hacer efecto, no son inmediatos, y yo no notaba ninguna mejoría y me empecé a aislar de la gente, es más la gente me chocaba, después de ser una persona tan sociable me chocaba la gente. Cuando tuve el segundo intento de suicidio y me internaron en el hospital no quería recibir visitas. Llegaba mi familia a verme, les decía que no fueran, que quería estar sola, no quería estar así, no quería ver a tanta gente. Mi familia se sacó de onda, nunca he sido así y los corrí. Mi mamá me decía grosera, y yo contestaba que quería estar tranquila, estar yo sola y no quería escuchar que me dijeran: "échale ganas tienes a tu hija, hazlo por ella". Eso a mi me ponía mal, me ponía mal."[65]

Laura estuvo internada 19 días en el Hospital.

12). Ana

Ana tiene 26 años de edad, es originaria de Chihuahua, Chihuahua pero siempre ha vivido fuera de esa ciudad. Estudió danza, es soltera y tiene un niño de casi dos años. Vive sola y es su madre la que se encarga del hijo de Ana. Trabaja en el Ayuntamiento de Chimalhuacán, pero también da clases de danza a niños de secundaria. Desde muy pequeña sus padres la mandaron a un internado y estuvo ahí hasta los 14 años, pero después ella misma decidió buscar otro internado para terminar la preparatoria y continuar con estudios de danza en la ciudad de Puebla. Nunca vivió con sus papás ni con sus hermanos sólo durante su embarazo. Es la mayor de dos hermanos. Uno de ellos, el más chico, sufre de daño cerebral, situación que para Ana es muy dolorosa, no sabe cómo tratarlo lo que le da una razón más para evitar estar en casa de sus padres. Ana recuerda que en el primer internado que estuvo la maltrataban físicamente y sus padres no iban a visitarla. Cree que eso la hizo fuerte e independiente, aprendió a defenderse, a vivir sola y a resolver problemas sin ayuda de sus padres. Ella misma lo comenta:

[65] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

"*Soy muy independiente, hay personas que no saben que harían sin sus papás. No saben lavar, cocinar, planchar; en cambio yo sí, desde pequeña me enseñaron a ser independiente, a vivir sola".* Sin embargo, también se considera muy sensible *"Desde pequeña siempre he llorado, soy bien chillona, por todo lloro, si veo la tele, si veo una película hasta con los libros lloro. Me acuerdo que cuando estaba chiquita leí un libro que me hizo llorar mucho, me quedé en mi cuarto leyéndolo hasta que lo terminé, soy demasiado sensible."*

La depresión no es una enfermedad nueva para Ana, su padre también esta diagnosticado con este trastorno y de hecho, un año antes, estuvo internado en el Hospital. Razón por la cual Ana sabía adonde acudir y en donde tratarse el problema.

"Mi papá ya había estado internado aquí, y cuando lo veníamos a visitar yo sentía que le daban un buen trato, un trato humano, porque tu ves que en un psiquiátrico los tratan como animales, les gritan y como que esa idea tenía yo…"[66]

Ana está diagnosticada con depresión y trastorno límite de la personalidad. Ha intentado suicidarse en dos ocasiones. La primera vez se empezó a sentir muy mal, no tenía ganas de nada, no iba a trabajar, no quería salir, ni ver a nadie: no pasó a mayores, pero su madre le pidió que buscara ayuda en el Hospital.

"Un amigo al principio no me creía que estaba deprimida, hasta que un día me invitó a una fiesta y le dije que no. No lo podía creer porque me conoce muy bien y sabe que me encanta salir a divertirme. Y es que la verdad no me gustaba nada, ni el sexo, no tenía ganas de nada. Estuve en ese estado varias semanas, mi mamá se preocupó porque así había empezado mi papá: durmiendo mucho, no hacía nada. Me sugirió buscar ayuda pero no le hice caso, hasta la primera vez que me corté con unas tijeras las muñecas. No me pasó nada, pero si me preocupé, no era normal. Fui con una psicóloga pero no me sirvió de nada. Mi mamá insistió en que fuéramos al Hospital. Yo no quería porque me queda muy lejos, me tenía que levantar a las 5 para llegar a las 7 a sacar ficha para la consulta.

[66] Entrevista realizada el 12 de marzo de 2007.

Al final logró convencerme y fuimos a consulta externa, me medicaron y me sentí mucho mejor. De hecho regresé sólo un par de veces más. El problema fue que dejé de tomar las pastillas y por eso recaí, dicen que las recaídas son peores… Te juro que no voy a dejar de tomarlas nunca más".

El día que la llevaron de urgencias al Hospital recuerda que estaba sola en su departamento, consumiendo alcohol y en una crisis muy fuerte. Le habló a su mamá para pedirle que fuera a buscarla porque se sentía muy mal. Relata:

"Mi mamá me dijo que ya iba para mi casa, pero no llegaba. Llegué a pensar que no me quería ayudar, que no le importaba lo que me estaba pasando. Le volví a llamar para saber en dónde estaba y me dijo que ya estaba cerca. Ya tenía todo planeado, había unas varillas en mi casa, colgadas afuera y fue en el momento en el que dije: "ya Ana, ya has sufrido demasiado y además a nadie le importa si te mueres"… Y me bajé al piso de abajo, y estaba desamarrando una soga y en ese momento llegó mi mamá y cuando mi mamá me vio, yo aventé la soga, y me dice "¿qué ibas a hacer?" Nada mamá, me dice: "Ana estas alcoholizada" y contesté, mamá estoy hasta la madre, no se qué hacer, me quiero morir. Le habló a mi jefe y le dijo, mi hija está mal, muy mal y yo la quiero llevar al psiquiátrico. Total que nos llevó él, yo venía mal, llorando, estaba borracha y me acurrucaba en mi mamá y me hacía así (un gesto de caricia en su espalda) *Cuando mi mamá llegó tenía sentimientos encontrados, por un lado pensaba que había llegado a salvarme, pero por otro lado me daba coraje que estuviera ahí y no me dejara terminar con mi plan".*[67] Su madre la llevó de emergencia al Hospital y la internaron.

Ana identifica varias causas de su depresión. Una de ellas es su vida en los internados desde muy pequeña pero también una mala relación con un novio: *"Yo ahí empecé a sentir que mi autoestima andaba por los suelos, que no tenía amor propio porque le perdoné muchas veces sus infidelidades y seguí con él, lo mejor hubiera sido terminar y yo lo perdoné muchas veces, muchas veces. Comencé a sentir que no me tenía amor propio, que mi autoestima andaba por los suelos y que no estaba bien y lo seguí perdonando… Si te*

[67] Entrevista realizada el 12 de marzo de 2007.

das cuenta mi vida no ha sido nada grata, no ha habido un momento de felicidad en el que yo pueda decir en que, por lo menos dos años de mi vida los viví felices, y pues puras tristezas, y empecé así: dejé de ir a trabajar, me valía madres si no cobraba, si no tenía dinero, si no comía, estuve tres días sin comer. Mi mamá me dijo "estás mal Ana"... Aquí me quedé internada, ya me siento mejor pero todavía no desaparece la ansiedad... La ansiedad es cuando me pongo mal, desesperada y no sé que hacer con ella. Soy muy malhumorada, yo siento que soy así por todo lo que viví de niña. No estoy acostumbrada al cariño, aprendí a defenderme sola, a crecer sola y por eso tengo ese carácter tan agresivo... Con mi hijo intento no ser así, no pegarle pero sí me desespera mucho, dicen que a quien le pegan de niño seguramente también golpeará, yo no quiero que me pase eso, no quiero que mi hijo sufra."[68]

13). Conclusiones del capítulo

En este capítulo presenté el perfil de las mujeres entrevistadas durante el periodo de trabajo de campo. Como ya se señaló, todas ellas estuvieron internadas en el Hospital un periodo de aproximadamente 21 días para la recuperación de la crisis que las llevo al Hospital. Decidí trabajar únicamente el momento del internamiento, y no planteé la posibilidad de continuar la investigación fuera del Hospital para dar continuidad a un mismo informante debido a que, el interés de la tesis, se concentró en conocer: cómo identificaron su malestar, cómo perciben la depresión y las causas que ellas asocian con el padecimiento en el contexto de un hospital psiquiátrico.

Con la presentación de las informantes podemos observar que todas ellas ya habían recibido un diagnóstico médico sobre su malestar. Por lo tanto, conocían la depresión y el tratamiento para controlarla. Dos de ellas, Ana y Laura, sus padres están diagnosticados y en tratamiento psiquiátrico con el mismo trastorno. De las doce entrevistadas, seis interrumpieron el medicamento por problemas económicos. El costo de los antidepresivos es alto, además tienen que acudir a una terapia psicológica que no sólo consume dinero sino también tiempo. Por estas razones suspendieron el tratamiento y recayeron en la depresión

[68] Entrevista realizada el 2 de abril de 2007.

al grado que necesitaron ser llevadas al Hospital de emergencia. Lugar en el que se les recomendó permanecer el tiempo necesario para mantenerlas vigiladas, controladas y realizarles análisis de laboratorio para determinar los factores que pueden estar ocasionando, en ellas, el Trastorno Depresivo Mayor. Cuatro de las entrevistadas superaron una primera crisis con ayuda de psicólogos, pero al poco tiempo sufrieron crisis fuertes con intentos de suicidio. Sólo una, Eugenia, llegó buscando nuevas formas de tratamiento para su depresión y no por una crisis emocional.

Las causas de una enfermedad como la depresión son muchas. Como se puede apreciar en los fragmentos de entrevistas presentados, cada una de ellas tuvo una vivencia personal que la llevó a internarse en el Hospital. Es decir, un trastorno mental no puede explicarse solamente por causas orgánicas. El contexto de las pacientes, lo que entienden por salud y enfermedad, son elementos que permiten obtener una visión más amplia de un padecimiento de este tipo. Sin embargo, a pesar de que puede pensarse que son trastornos que se generan y por lo tanto, se resuelven a nivel individual, encuentro características semejantes: todas ellas coinciden en que vivieron un momento de crisis o un intento de suicidio que las hizo buscar ayuda, mencionan episodios difíciles de superar a lo largo de sus vidas, conflictos amorosos, problemas con los padres, con los amigos, muertes de familiares, antecedentes de abuso sexual, etcétera.

En cuanto a las causas médicas, tres de ellas presentaban una lesión cerebral que podría representar uno de los factores causantes del trastorno. Sólo en un caso la depresión estaba relacionada con la glándula tiroides. En la mayoría de ellas, los médicos que las trataban indicaron que las pacientes tenían un problema relacionado con la producción de serotonina en el cerebro, lo que provocaba el malestar. Los psiquiatras explican, como veremos en el capítulo cinco, que el TDM es una enfermedad multicausal y multifactorial. Al desconocerse el origen y las causas específicas, encontrar una solución definitiva al problema resulta complicado. Por esta razón, en la mayoría de los trastornos mentales la enfermedad no desaparece a pesar del tratamiento. Esto queda claro con los testimonios de las mujeres entrevistadas: todas ellas habían recibido tratamiento, y si bien algunas lo suspendieron por razones económicas, la depresión continuó.

En alguno de los testimonios observamos que la mujeres recibieron críticas y observaciones de sus familiares respecto a su comportamiento. Las señalaban como flojas, irritables, descuidadas con sus hijos y sus casas. Sobre todo en aquellas que eran madres. En el caso de Rosa, o de Clara, sus comportamientos volubles eran relacionados, por sus familias, con su adolescencia. Sin embargo, como ellas misma relataron, llegaron a excesos que no hacían sus amigas: lastimarse a sí mismas.

El próximo capítulo está dedicado al análisis de los testimonios sobre la percepción de la enfermedad, las causas atribuidas por las entrevistadas, las experiencias vividas durante el internamiento en el Hospital y el estigma que genera permanecer en una institución de este tipo.

Capítulo IV.

La depresión desde el punto de vista del actor.

Este capítulo está dedicado a exponer el punto de vista de las doce mujeres entrevistadas y diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor. Kleinman ha nombrado el punto de vista de quien padece una enfermedad – en la antropología médica – como *Illness*. Un término que refiere a la experiencia y aprendizaje de la persona enferma y de su grupo social sobre una enfermedad determinada. Bajo este enfoque exploro siete temáticas: 1) Identificación del malestar y percepción de la depresión. 2) Causas de la misma. 3) La experiencia de internamiento en un hospital psiquiátrico. (Este punto tiene que ver con su percepción sobre el tratamiento que están llevando y que incluye tanto las terapias como el medicamento recetado). 4) El estigma que genera estar un hospital psiquiátrico y padecer enfermedades mentales. 5) El embarazo. 6) Por qué este padecimiento se presenta más en mujeres. 7) La ansiedad. Estos tres últimos son temas secundarios pero en algunas de las entrevistas se revelaron como factores importantes ha analizar.

En la percepción de la enfermedad de las mujeres entrevistadas distingo dos momentos de construcción y significación de la depresión. El primero corresponde a la experiencia que cada una de las mujeres ha tenido con el padecimiento; episodios o eventos que marcaron sus vidas y por lo tanto son importantes para reconocer la causa del malestar. El segundo momento tiene que ver con lo que las mujeres aprendieron de su enfermedad durante su internamiento en el Hospital, con las explicaciones psiquiátricas o la perspectiva del *Disease*. Estos dos momentos constituyen lo que llamo, de acuerdo a Arthur Kleinman, un modelo explicativo construido a partir del punto de vista del paciente, que incluye las vivencias identificadas como causantes de la enfermedad y el saber médico sobre la misma.

Internarse en una institución psiquiátrica permite que los pacientes se involucren con la enfermedad que padecen y con las explicaciones técnico-médicas sobre la misma. Sin embargo tiene también consecuencias negativas, las personas que padecen enfermedades

mentales son estigmatizadas y más si son internadas en una institución de este tipo. Las mujeres entrevistadas mostraron una gran preocupación de ser consideradas "locas" por estar recibiendo este tipo de tratamiento. De ahí que gran parte de ellas reconocieran que la depresión es una enfermedad que, si se controla y detecta a tiempo, no llega a convertirse en locura. Una de ellas comentó: *"Es un sentimiento de mucha tristeza, angustia, desesperación. No dan ganas de hacer nada. Yo tengo depresión, sé que es una enfermedad pero no estoy loca."* En testimonios como este se puede observar que para ellas la depresión es una etapa temprana o previa a la locura, un tema que también tratamos en las pláticas. La locura es percibida como una manera de perder el control y no tener manejo de los actos.

En este capítulo observaremos la depresión en base a las siete temáticas planteadas. Al final del mismo presentaré un breve análisis de los datos en donde se muestra cómo se constituyó el modelo explicativo de las actoras de esta investigación.

1). ¿Cómo definen su malestar?

En este apartado las mujeres entrevistadas transmiten un sentimiento que es complejo de verbalizar. Todos hemos experimentado tristeza, desesperación o desesperanza en algún momento de nuestra vida; pero la intensidad con la que ellas hablan del tema permiten conocer un poco más cómo es el mundo del enfermo con un padecimiento que no se ve, que no se manifiesta en un sitio específico del cuerpo, sino en los sentimientos, en el comportamiento, en la forma de ser.

Miriam: *"Yo creía que era sólo tristeza, ganas de llorar pero para mí fue otra cosa. Momentos de cólera, de enojo en los que no sabía qué hacer. Podía asesinar a alguien o hacerme daño a mí misma. La depresión puede ser también violencia. Claro que también sentía tristeza, ganas de no hacer nada, lloraba, me quedaba en la cama todo el día, no comía, bajé de peso porque perdí el apetito."*

Luz ejemplificó la sensación: *"Me sentía ahogada, no podía respirar. A veces salía corriendo a la azotea buscando aire y aún así no lo sentía. La depresión es mucha tristeza, no tener ganas de nada, no sentir nada por cosas que antes te gustaban… Es mucha tristeza, angustia, vacío, sientes que te falta el aire, te las pasas llorando. La depresión es un estado de ánimo pasajero, se puede controlar, curar. Sólo tienes que intentar dejar de pensar y pensar en lo mismo".*

Para María la depresión se puede definir como: *"Tristeza, soledad, angustia. Es estar muerta en vida. No tengo ganas de nada, sólo dormir y dormir… No creo que nadie esté completamente sano, todos tenemos problemas, sólo que unos lo aceptan y otros no… Depende de cada quien y la fortaleza que tenga para afrontar sus problemas. Mi hermana no me entiende. No entiende por qué estoy aquí, dice que ella ha sufrido mucho más que yo y nunca se ha puesto mal. Yo creo que es más fuerte que yo, o lo mío es un problema en la cabeza que necesita tratamiento. Veo que aquí hay gente que está peor que yo, que está sufriendo; y entonces intento controlarme y pensar que sólo tengo que dejar de sentirme culpable por mis hijos y salir de la depresión... Todos estamos expuestos por algún evento triste en la vida, puedes sufrir una pérdida o algo te puede poner triste".*

Rosa también señala que cualquier persona puede caer en una depresión en cualquier momento de su vida. Sin embargo, no todos llegan al extremo de intentar suicidarse: *"Yo siento que hay personas más fuertes que otras, y hay personas que saben salir solitas de eso, y la primera vez que me sucedió yo salí solita. Con el apoyo de mi mamá pero no necesité de médicos ni de pastillas. La segunda vez ya no aguanté, a lo mejor en la primera depresión quedé débil… Para mí depresión es no querer seguir adelante, es no quererte a ti, estar triste, no querer hacer las cosas. Para mí es eso porque, por decir, mi abuelita está pasando una depresión porque está triste, porque no tiene ganas de seguir viviendo, porque se la pasa llorando y no asume que mi tío ya falleció. Después de un año no lo asume, piensa que sigue vivo y que algún día lo va a ver. Por lo que he visto mi mamá también se deprimía, nos gritaba si estaba de mal humor y se la pasaba en la cama. Con lo*

que yo he visto para mí eso es depresión: no tener ganas, no querer seguir con tus cosas."[69]

Eugenia se sentía desganada, todo lo que antes le gustaba le empezó a causar miedo, ya no sentía placer por las cosas ni con sus hijos: *"Yo tengo depresión crónica desde niña. El problema es que llevo 10 años tratándome y ya ningún medicamento me hace nada, ya probé todos los que están en el mercado. Los doctores me tienen que recetar distintos constantemente… La depresión es gusto por nada, ni por mis hijos. La pérdida del interés a todo lo que te rodea, sean personas, cosas, lo que sea, no tienes interés en nada. Se puede estar quemando tu casa y no te importa, no haces nada. Puede estar llorando tu hijo y no lo escuchas, no lo atiendes. Luego vienen deseos de morir, no de quitarme la vida – gracias a Dios nunca he tenido intentos de suicidio –, pero siento que no soy importante ni para mis hijos ni para mi esposo, y que no importa si estoy o no estoy… Pero son sólo deseos, nunca he hecho nada."*

Clara define depresión de la siguiente manera: *"Yo sabía qué era por mi psicólogo. Me dijo que era el abandono de tu ser. Ya no quería saber nada de mí, ni de nadie, no me importaba porque no disfrutaba nada… A cada ratito pensaba en un puente, en un puente que está frente a mi casa y ahí matarme. Quitarme la vida o cortarme, seguir lastimándome hasta llegar a un punto en que ya no existiera. Eso es lo que pienso, es una enfermedad en la que te abandonas, no te importa nada de lo que ves a tu alrededor, es una enfermedad de abandono."*

Con la depresión Rosa sentía: *"Mucho sueño, ganas de llorar, ganas de gritar, el apetito se me fue, ya no me daba hambre y no comía. Me la pasaba llorando, bien triste, no tenía ganas de nada, pero de absolutamente nada."* Rosa notó muchos cambios en su forma de ser, en su carácter: *"En tercer semestre me empecé a volver muy mandona, y de repente estaba triste, y de repente ya estaba soltando la carcajada. Estaba muy feliz y en la tarde*

[69] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

ya estaba chille y chille. No sabía por qué, pensé que estaba en la etapa en la que no sabes ni lo que quieres."[70]

Laura: *"Al principio me sentía muy triste y con ganas de llorar. Dejé de hacer las cosas que antes a mi me agradaba hacer: me la pasaba en fiestas los fines de semana, disfrutaba lo que hacía. Por ejemplo pasaba los fines de semana con mi familia, con mis primos y de repente no toleraba ver a nadie, no me gustaba salir, me sentía cansada, no me gustaba convivir con la gente como antes, me sentía triste, me sentía muy mal… Antes ni por aquí me pasaba la palabra depresión, no me sonaba. Después comencé a llorar por todo, deprimirse es estar triste, tener sueño, pero no llegar al grado que llegué de intentar quitarme la vida. No te dan ganas de hacer nada, te sientes menos que otras personas, no vales nada, lloras de la nada y no te explicas ni por qué… Mucha tristeza, mucho sueño, muy cansada, así me siento. En pocas palabras: no encuentras nada que te haga feliz."* [71]
Laura considera que la depresión es una enfermedad: *"Es algo que no puedo controlar. Cuando te diste cuenta ya pasó… Por ejemplo, las veces que intenté suicidarme no era conciente. Me pasaban las depresiones y después me arrepentía de lo que me había hecho, me daba miedo morirme, o sea, ¡después de lo que había hecho me daba miedo morirme! La segunda vez que fui a parar al hospital, después de que se me pasó lo de la depresión, tenía mucho miedo de morirme. Pero cuando estaba mal me venían a la mente muchas cosas que podía hacer. Yo creo que sí es una enfermedad, porque finalmente si no lo fuera yo creo que esas ideas* (de muerte) *estarían siempre."*[72]

Ana comenta que su padre estuvo internado en el Hospital por depresión. *"Pero no es lo mismo verla en alguien a cuando te está pasando a ti. Te dicen que estás mal, pero tú no lo crees hasta que intentas atentar contra tu vida, cuando ya estas muy mal ¿no? Y necesitas ayuda… Me sentía rara, extraña, sabía que había muchas cosas en mi conducta y en mi forma de ser que no eran mías, antes yo no era así. Me daba mucho sueño, dormía mucho o a veces no dormía, dejé de comer, no me daba hambre, a veces no quería salir de mí cuarto, dejé de trabajar, me irritaba, todo me molestaba, me cansaba, me dolía la cabeza,*

[70] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.
[71] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.
[72] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.

el pecho y pues esas cosas no eran normales. No me habían pasado antes. Me la pasaba llorando todo el día, me sentía muy triste, me entraba mucha angustia… Desde niña – como sufrí maltrato – decía que me quería morir, que a nadie le importaba, que nadie me quería, que para qué vivir, si nadie me quería. Como que desde pequeña empecé con mis ideas suicidas, con ideas, porque nunca lo intenté, nunca lo llevé a cabo. Pero cuando me sentía triste me venía a la cabeza la idea de que era mejor morirse. Cuando yo era niña soñaba con dormir mucho tiempo y no despertar… A veces decía que me quería morir, y a veces había algo que decía que la vida era bonita, porque tengo amigos, tengo esto, tengo lo otro y ya no pensaba en eso. Y de pronto pasaba otra vez otra cosa, y otra vez empezaba con las ideas, dependía de mi estado de ánimo."[73]

Ana define depresión "*Como un estado en las personas. Un estado oscuro, negro, que nada te motiva, nada te conmueve, nada te alienta, nada… Ya no tienes expectativas, ni metas, ni futuro. Si te mueres es lo mejor que puedes hacer por ti… No respeta religión, sexo, clases sociales.*

En estos testimonios observamos que las entrevistadas consideran como enfermedad a un sentimiento de tristeza prolongado y que no pueden controlar. Es decir, hay un mal funcionamiento en el organismo no detectado físicamente, pero que produce malestar que se manifiesta como desgano y falta de ánimo para realizar tareas cotidianas y laborales. Es en este momento en que los familiares o amigos detectan un cambio en el carácter, en la forma de ser del enfermo. El caso de Clara y Rosa fue más confuso, su estado de ánimo era atribuido a las actitudes propias de los adolescentes. Ellas mismas señalan que su estado de ánimo tenía que ver con que a su edad no saben qué quieren, están formando su personalidad y carácter. Por esta razón no hacían caso de sus episodios agresivos o cambios de ánimo repentinos.

Los médicos psiquiatras comparan con frecuencia la depresión con otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión. De este modo le explican a quien la padece que no tiene cura. Las pacientes retoman estos ejemplos para entender su padecimiento y

[73] Entrevista realizada el 12 de marzo de 2007.

aceptar que tomarán medicamento durante gran parte de su vida para controlar los estados de ánimo depresivos. En los siguientes fragmentos se observan estas comparaciones.

Estela encuentra difícil definir depresión. Recurre a la diabetes como ejemplo: *"Es algo que vives, no sé cómo explicarte… Afecta tu estado de ánimo, tristeza, ansiedad, debilidad, baja autoestima, falta de motivación, vacío. Yo llenaba ese vacío comprando cosas, tomaba mis medicamentos, pero también mucho red bull. Te estoy hablando de que yo tomaba hasta cinco en un día, y provocan mucha taquicardia, pero lo necesitaba para poder irme a trabajar. La depresión no es una tristeza cualquiera, te dura muchos días, se alarga por más tiempo… La gente te dice que eres floja, que no puedes estar así, pero en realidad no saben que es una enfermedad, que no es tu culpa. Es como un diabético, no es su culpa estar enfermo y la gente lo entiende, no produce insulina y se la dan como medicamento. Con nosotras es igual, también necesitamos algo para sentirnos mejor".*

Emilia considera a la depresión como cualquier otra enfermedad que requiere atención y cuidado:

"La depresión es como cualquier otra enfermedad. Necesita ser atendida. Es como si a un diabético le dijeran: pon a trabajar tu hígado, a mí no me pueden decir ¡Anímate, no seas floja!, porque simplemente no lo puedo hacer. Mi cerebro está mal y no lo puedo obligar a sentirse mejor, más animado."[74]

Este es el punto de vista del enfermo sobre la depresión, *Illness.* Las entrevistadas relacionan la enfermedad con un sentimiento de tristeza, vacío y desgano que no les permite disfrutar de las cosas y de las personas. En todos los casos esa sensación desembocó en una crisis fuerte que se refleja en una confrontación grave con una persona cercana (esposo, novio, familiares, amigos); o en un intento de suicidio. Las características que las entrevistadas mencionan son similares a las que el DSM-IV incluye. Sin embargo, no adquieren sentido y significado hasta que no son trasladadas a los sentimientos, sensaciones y eventos de vida que experimentaron antes de ingresar al Hospital.

[74] Entrevista realizada el 13 de febrero de 2007.

2). Causas de la depresión

Respecto a las causas o el porqué la depresión apareció, las entrevistadas señalan dos factores principales: a) una vida difícil o algún evento traumático en sus historias; y, b) las explicaciones médicas que aprendieron en el Hospital que se refieren a fallas en un nivel neuronal. Sin embargo me parece importante subrayar que el hecho de que un evento traumático sea el causante del padecimiento, quiere decir que cualquier persona esta expuesta a caer en una depresión en algún momento de su vida. Esta afirmación de las mujeres entrevistadas se contrapone a las teorías médicas, que si bien no tienen claro las causas y orígenes de esta enfermedad, si han investigado mucho sobre la predisposición genética en los pacientes diagnosticados con este tipo de padecimientos.

Primero expongo los testimonios en donde las explicaciones técnico-médicas están más presentes, y después las explicaciones que tienen que ver con la vida, el contexto y los acontecimientos que pudieron provocar la aparición de la depresión. En la mayoría de los casos están entremezclados ambos discursos.

Eugenia lleva diez años diagnosticada con esta enfermedad por lo que reconoce varios tipos de depresiones: *"Esta la del oso, cuando duermes mucho. La mía es endógena, hay una sustancia que no se está produciendo en mi cerebro y por eso necesito medicamento. Hay otras depresiones que son exógenas, que se tratan de otra forma sin medicamento. En otros casos se puede tomar medicamento, y en algún momento se pude dejar si se sigue con una terapia. En mi caso con eso no es suficiente, necesito del medicamento… La depresión sube y baja, a veces estoy bien y de pronto me voy para abajo, no me dan ganas de nada y de pronto estoy mejor. Y si no estoy en ese estado, es como si estuviera en stand by… De joven no era así, sí sentía angustia, pero es ahora que tengo la depresión. También es la edad, la menopausia. Antes yo no era así, tenía proyectos, actividades todo el tiempo, era optimista. Siempre sacaba adelante los problemas. Cambié mucho por la depresión. Todo en extremo es malo, estar muy triste o muy contento no está bien. Hay momentos para todo, no puedo estar riéndome en un sepelio, tengo que estar triste, pero tampoco puede durar mucho tiempo esa tristeza… La tristeza va y viene, a veces la tienes y luego ya no. También*

sé que es una enfermedad muy vieja. Los romanos a quienes estaban tristes los encerraban y no les daban de comer… A veces pienso que tuve suerte de enfermarme en esta época, por que ya hay un remedio, una medicina para esto."[75]

Miriam señaló: *"Me comentaron los doctores que en mi cerebro hay neuronas que no se están conectando una con la otra, y eso produce la depresión, y el medicamento ayuda a activarlas… La primera vez que escuché lo que tenía no lo podía creer, no era lo que pensaba. Yo no estaba triste sino alterada, pero ya me di cuenta que también se puede manifestar así… Prefiero no seguir buscando una causa, porque sino voy a descubrir que mi mamá la sufrió, y que mi abuela también, y así me puedo ir más atrás. No vale la pena. Yo me quedo con que mi infancia fue lo que me provocó la depresión, y me dedico a estar bien, tomar el medicamento y seguir con las terapias. Ya me lo detectaron y ahora debo cuidarme como cualquier otra enfermedad, tengo que atenderla y ya no dejar que me afecte otra vez."*[76]

También María incorpora la versión médica a su malestar: *"Los doctores me explicaron que tengo una neurona o no sé que cosa que está dormida en mi cerebro, y que la pastilla me ayuda a despertarla. Cuando la tomo me siento mejor, pero la verdad es que tengo sueño todo el día, sólo quiero estar acostada."*[77]

En los próximos testimonios no hay una clara diferencia entre las causas biológicas y las explicaciones personales del padecimiento. Lo cual puede indicar que una falla en el cerebro no es argumento suficiente para entender lo que les pasa, cómo se originó y porqué sucedió la depresión.

Emilia explicó que la depresión puede tener una causa biológica pero que también eventos en su vida habían provocado este estado. Desde su punto de vista todos estamos expuestos a sufrir una depresión en algún momento de nuestra vida: *"Eventos del pasado, violencia familiar como la que yo viví, pueden ser causas de la enfermedad… La depresión son*

[75] Entrevista realizada el 21 de febrero de 2007.
[76] Entrevista realizada el 16 de febrero de 2007.
[77] Entrevista realizada el día 9 de febrero de 2007.

ganas de nada, sólo de dormir, cansancio, tristeza, vacío. A veces tengo ganas de lastimarme, de hacerme daño."[78]

En el caso de Luz su depresión está asociada con pequeñas descargas en su cerebro: *"Son como convulsiones, es como si tuviera una especie de epilepsia muy pequeña que se controla con medicamento".*Sin embargo Luz creía que el medicamento no fue lo único que le desapareció el malestar: "*En mi caso me cansé de estar en lo mismo, de darle vueltas."* Para ella la depresión aparece por algún evento traumático en la vida, como una violación, la muerte de un familiar, problemas con el novio: *"En mi caso el embarazo que tuve y que mi novio me dejó y no se hizo responsable".*

Para Ana son muchas las cosas que pueden provocarla*: "Alguna falla en el cerebro, en la cabeza, en tu sangre, las hormonas. A lo mejor hay cosas que no puedes sanar. Algún acontecimiento en tu vida que se te quede muy marcado, y junto con algo en tu cerebro que está mal e inestable. Tu cuerpo, tu organismo y los acontecimientos; todo eso ocasiona la depresión… Nadie esta exento. Dicen que las derrotas comienzan en la cabeza de uno mismo, y a veces siento que cualquier persona está exenta, pero a veces siento que no. La que es débil, la que no tiene temple, la que no tiene coraje. Depende del carácter de cada persona."*[79]

A Laura le dijeron en el Hospital que tiene unas pequeñas descargas en el cerebro: "*Son como epilepsias en el cerebro y eso es lo que me produce los cambios de ánimo; y me dijo la doctora que eso no se puede curar, pero que se controlan. Lo importante es ir a las terapias para que pueda vivir sin medicamento".*

Los siguientes comentarios se inclinan más a explicar la enfermedad desde un punto de vista social, relacionado con la experiencia de vida.

[78] Entrevista realizada el 13 de febrero de 2007.
[79] Entrevista realizada el 12 de marzo de 2007.

Laura recupera el saber técnico-medico de la depresión y una explicación social de la misma: *"La causa yo creo que es la sociedad en la que vivimos. Como mujer tenemos muchas responsabilidades: hijos, llevarlos a la escuela, amigas, la ropa; y si trabajas, tu trabajo. Entonces yo creo que es consecuencia de todo eso, de la vida tan atareada que tenemos. Y también tanta tecnología, llega un momento en que nos saturan tanto que nos dañan, yo siento que es por eso."*

Rosa comentó: *"Yo creo que de cierta manera todos tenemos alguna enfermedad mental. Yo creo que todos alguna vez pasamos o pasaremos por una depresión, y a lo mejor es normal, pero yo siento que es a causa del ritmo de vida que todos llevamos allá afuera… Cómo vivimos y cómo nos disponemos a vivir".*

Para Miriam la aparición de la depresión tiene que ver con: *"Acontecimientos en el pasado, tener una vida dura, difícil. Eso te hace más propenso a estas enfermedades. La falta de cariño, de una familia estable. Las mamás de mis amigos, cuando era chica, no querían vernos jugar con sus hijos. Desde chica me sentí rechazada y eso me producía mucho enojo, coraje. De grande me pasó lo mismo…"*

Con respecto a las causas de la depresión Clara comenta: *"Muchas por abuso sexual, otras por abandono de tus padres, el que no te hagan caso tus padres. A todos nos puede pasar, porque todos estamos en riesgo de un abuso, de una pérdida, de la pérdida de un ser querido, de que no te hicieron caso tus papás y te quedaste abandonado, no sé, a cualquier persona le pude pasar eso, ¿no?... Hay gente que es más sensible que otra, también hay gente más soberbia que no quiere ver que le está haciendo daño a otras personas. Hay miles de casos de depresión en México y en todo el mundo."*[80]

El concepto de depresión de Clara cambió al estar internada y conocer su diagnóstico y la explicación médica. *"Me da coraje cuando escucho la palabra, o dicen: "estoy deprimido porque ayer no pude ver esta película". ¡Cuando no saben lo que quiere decir depresión! Es una enfermedad muy fuerte y quisiera que nadie la tuviera. Si estuviera en mis manos yo*

[80] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.

no dejaría que existiera. Yo creo que antes no existía, tal vez porque la gente era más fuerte para soportar lo que vivía".

Clara hace una diferencia entre estar triste y estar deprimido: *"Cuando estás triste se pasa rápido, se te cura con un helado o con un chocolate. Cuando estas deprimido no quieres vivir, no te importa nada más que dejar de existir, y si tuvieras las herramientas te matarías en cualquier momento; y estar triste viene porque se te fue un novio, porque no pasó lo que tu querías, y deprimirse es por algo mayor que si estuviera en tus manos no hubiera pasado."*[81]

En Rosa surgió por un malentendido con sus compañeras de escuela: *"Mi mamá me decía que cómo era posible que les volviera a hablar a esas niñas* (refiriéndose a sus compañeras de escuela), *si por ellas me había puesto mal, pero yo no era nadie para juzgarlas… Yo siento que por ellas fue que caí en depresión. Ya no quería saber de nada. Ahí todavía no llegaba al punto de lastimarme, sino nada más era la lloradera, comer horrible y dormir… Antes de eso yo no tenía problemas con nadie en el grupo. Yo siento que desde ahí comencé. Antes era muy fuerte, pero desde ahí me hice débil; como que siento que la gente, si no estoy bien, me pude dejar sola. Entonces no me gusta que me ignoren, porque estoy ahí, porque existo, siento. Pero ellas no lo vieron así. Dijeron: "Le dejamos de hablar un rato para que se sienta, y luego le volvemos a hablar", pero pues sí me lastimaron mucho, me hicieron mucho daño y ahí comenzó todo."*

Rosa continuó su relato: *"¿La causa de la depresión? Yo creo que cada persona es diferente, porque a lo mejor tú caes en depresión porque tu novio te dejó, o caes en depresión porque estas embarazada, o como yo, porque te dejaron de hablar tus amigas. Yo siento que a veces la cosa más mínima – depende de que tan sensible seas – te puede perjudicar. No sé, a lo mejor yo me deprimí porque mi tía me dijo que estoy bien fea, no sé. Yo siento que son muchas causas y depende de la persona… Si yo no le tomo importancia se me pasa, pero a lo mejor soy tan intensa que escucho que estoy muy fea y ya no me*

[81] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.

quiero, no quiero salir, no quiero que nadie me vea y es cuando empiezas a ver las cosas más grandes de lo que son y caes en eso, (en depresión). *"*[82]

Las causas de la depresión para Laura son varias: *"Yo desde chiquita fui una niña muy caprichosa y voluntariosa, entonces igual y desde niña tengo este problema y no lo habían notado mis papás, ni yo. Ahora te puedo decir cuando me va a dar una crisis, antes me ponía mal y no sabía ni por qué. Pensaba que ese era mi carácter… Antes yo no sabía que existía la depresión. Criticaba mucho a mi papá porque desde que tengo uso de razón ha sido una persona depresiva, siempre se ha sentido menos que los demás, y yo le decía que valía mucho, y hasta me enojaba con él, nos peleábamos, y ahora lo comprendo porque ya lo viví, ya se lo que se siente. Yo creo que piensas que una cucaracha vale más que tú."*[83]

Por último introduzco dos comentarios que tienen acerca de la edad en que aparece con mayor frecuencia la depresión. Si bien los médicos señalan que es más común en mujeres adultas, después de los cuarenta años. Durante mi estancia de campo en el Hospital observé que se internaron mujeres más jóvenes.

Laura creía que la depresión ataca a las personas adultas y no a los jóvenes: "*Mi abuelita tuvo un buen de hijos, y nadie tuvo ese problema, igual y si lo tenían no le daban tanta importancia. En cambio ahora no, hay muchísima depresión. Yo la verdad me voy sorprendida de la cantidad de jóvenes que padecemos esta enfermedad. Yo pensé que el psiquiátrico era para la gente mayor, que tenían problemas, que se les olvidaban las cosas, todo eso porque finalmente dicen: el anciano vuelve a ser un niño, y yo decía esos son los que están en el psiquiátrico, la gente que de cierta manera se vuelve un niño. Y al estar aquí y darme cuenta de cuánto joven, me dio mucha tristeza darme cuenta de eso, fue una de las cosas que más tristeza me causó. Darme cuenta cuánto joven estamos mal, porque si te fijas somos más jóvenes que gente mayor, gente adulta, y finalmente es por eso por la manera que vivimos, tan acelerados".*

[82] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.
[83] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

Miriam notó lo mismo que Laura. Le sorprendió el hecho de que muchas de las pacientes eran mujeres jóvenes a lo que comentó: *"Yo tengo 40 años, tuve una infancia difícil y ahora tengo problemas con mi esposo, pero estas jovencitas no sé por qué están aquí, si no están casadas y no tienen problemas de ese tipo. Algunas sé que cortaron con el novio, pero de todas maneras no es tanta la presión como la que puede tener una mujer que es madre, esposa y tiene que trabajar."*

Las explicaciones del porqué una persona presenta depresión y otra no, se refieren a dos aspectos principales. 1) Hablan de la poca fortaleza de carácter. Una persona débil que no es capaz de resistir problemas o dificultades que se pueden presentar con novios, amigos o familiares a lo largo de su vida. Esa falta de carácter no les permite resolver eventos tales como un abuso o maltrato físico. 2) Cuando esta explicación resulta insuficiente, las mujeres entrevistadas recurren al discurso médico para buscar esa diferencia. En esos momentos aparece la explicación psiquiátrica, que tiene que ver con una lesión en el cerebro, el hecho de que no estén produciendo serotonina, problemas en la tiroides, etcétera. El *Illness* se relaciona con el *Disease*. Es decir, el estado de ánimo triste, irritable, cambiante, se transforma en una enfermedad similar a la diabetes o a la hipertensión. Esta comparación permite que las mujeres dejen de sentirse culpables de estar generando un malestar. Como ellas mismas lo mencionan: no pueden controlar sus sensación de tristeza o preocupación porque padecen una enfermedad, un mal funcionamiento orgánico que les origina ese malestar y comportamiento.

3). Experiencia en el Hospital

¿Cómo se vive el encierro? ¿Qué consecuencias trae a la vida de las personas?

Otro de los temas que surgieron durante el trabajo de campo es la experiencia de estar internado en una institución psiquiátrica. En este apartado presento fragmentos de entrevistas que tienen que ver con: cómo vivieron el encierro; en qué consiste el tratamiento que están llevando a cabo y el medicamento que se les administra.

Pasar un periodo de un mes internada en un hospital psiquiátrico genera diferentes experiencias y sentimientos. Hasta donde pude observar se presentan tres sentimientos contradictorios: por un lado el aburrimiento y desesperación; y por otro el Hospital representaba un espacio que les permitía descansar y olvidarse o reflexionar sobre sus problemas. Cada una de mis entrevistadas vivió un proceso diferente, sin embargo en todos los casos aprovecharon estar alejadas de su familia, trabajo y rutina diaria para tomar decisiones sobre lo que querían hacer a su salida, a pesar de que los doctores insisten en que el Hospital no es el lugar propicio para hacerlo. Las pacientes están alteradas todavía y no deben poner en orden su vida hasta no salir de la institución.

Las informantes se sentían – en general – protegidas y seguras dentro del Hospital. Respiraban calma. Las preocupaciones cotidianas se olvidaban. Incluso algunas llegaban a pensar que eran vacaciones más que un internamiento en busca de la cura de su enfermedad. Pareciera que la depresión es un conjunto de varias sensaciones: cansancio, mal humor, tristeza generada por el tipo de vida que llevan; más que un problema fisiológico que puede ser atendido con el medicamento adecuado. Conforme progresaba el efecto del medicamento y sentían mejoría, esa sensación de tranquilidad se convertía en aburrimiento y desesperación. A su ingreso realizaban sin interés las actividades ofrecidas en la institución; después, a causa del mismo aburrimiento, salir a la terapia ocupacional era motivo de emoción. Así como cada visita del médico representaba la posibilidad de, por fin, salir de ese encierro.

Los testimonios que veremos a continuación tienen que ver con la experiencia de las mujeres dentro del hospital psiquiátrico. La sensación de estar vigiladas, controladas, o las ventajas de estar en un medio donde todo lo cotidiano está resuelto por alguien más: comida, actividades, etcétera. Un lugar en donde pueden descansar, hasta que el encierro comienza a perjudicarlas más que a beneficiarlas; y aprenden a convivir con personas que no conocen y que padecen otros tipos de enfermedades mentales.

Clara señaló que estar en el Hospital en un principio fue bueno. Quería saber qué le sucedía y necesitaba estar controlada. Con el paso de las semanas, y una vez que el medicamento

comenzaba a surtir efecto, Clara se desesperó y quería salir. *"Las terapias ocupacionales deberían de ser más seguido, porque por ejemplo, los sábados no hay y nos sentimos aburridísimas, es como un calvario. Nada más te la pasas viendo cuatro paredes. Tratas de jugar algo pero pues no. Siento que nos las deberían de dar también los fines de semana, porque al fin y al cabo los fines de semana también estás encerrado, y es cuando más te aburres."*[84]

Ella misma señala: *"Primero sí fue difícil, pero después lo acepté. Sí estoy aquí, pero crecí, crecí como persona y ahora soy más madura que del que se burla de mí. Estoy aquí porque acepté que tenía una depresión muy fuerte, y que quizá lo que yo viví, tu no lo podrías vivir. No serías capaz, y en cambio si me están apoyando qué más da, con los brazos abiertos los recibo… Ahorita tuve que interrumpir mi vida, pero tengo 19 años, tengo una vida por seguir y esto me hizo crecer y aprender más que en cualquier escuela. La escuela de la vida, me hizo madurar y ver lo que realmente quiero: que no voy a vivir frustrada por miedo a la reacción de otros, y que voy a ser buena, voy a ser la mejor. Cuando tenga mis altibajos voy a saber llevarlos, porque eso me hizo crecer mucho, mucho. Estar aquí, llevándolo cada día, cada día es más difícil. Dices: ya me quiero salir, ya no quiero estar aquí…"*[85]

Clara dice que siempre tuvo la disposición de convivir con otros pacientes: *"No les tengo miedo. A mí no me importa… Una de nuestras compañeras es agresiva. Mi mamá me dijo que no me acercara, y la verdad es que a mí no me da miedo. Hasta logré que comiera, no había comido y conmigo lo hizo. Me gusta ayudar."*

A Laura estar internada le sirvió en muchos sentidos: *"Yo creo que me va a servir el estar aislada de los problemas de afuera, de las preocupaciones. Yo creo que eso me va ayudar. Pero finalmente mi vida va a ser allá afuera. Tengo que convivir con la gente, tengo que interactuar, tener contacto con la gente. Por eso te digo que mi prueba va a ser allá afuera. Porque aquí adentro estoy tranquila, no hay nada que me irrite, ni nadie que me diga nada. Yo siento que cuando salga será la prueba… Me ha servido para pensar en lo*

[84] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.
[85] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

mucho que mi hija me necesita. Tan pocos días tengo aquí y he tenido mucho tiempo para analizar las cosas, para saber qué quiero de mi vida. Porque allá afuera nunca tienes tiempo, solamente cuando vas en el transporte público, o algo así, pero no es lo mismo…. Estás pensando en: Me queda tanto tiempo para hacer esto, y no es lo mismo… Me sirvió estar sola, porque en la casa, o en la calle, no puedo estar. Eso es otra de las cosas que aprendí aquí: me tengo que dar un tiempo para mí, así sean cinco minutos, pero los voy a usar para pensar en mis cosas, para saber qué quiero hacer. Es la única manera de estar tranquila".[86]

Laura nos habla de su experiencia en el Hospital y la convivencia con otros pacientes: *"Estar aquí me ha servido para aceptar a la gente. No por el hecho de estar aquí quiere decir que son malos, o no me acerco a ellos porque igual te pueden hacer algo. Igual si te da un poco de miedo. Por ejemplo, el primer día, Ramón me dijo qué si me podía acariciar el cabello, y sí me puso de nervios, pero finalmente tengo que aceptarlo, no creo que me haga daño. Tengo que aprender a convivir con todo tipo de personas. Por ejemplo los niños discapacitados, los veía y me hacía a un lado porque me daban nervios de que fueran agresivos, y pensaba no me vayan a pegar; pero estar acá te ayuda a aprender a convivir con todo tipo de gente… Eso aprendes aquí."*

Al igual que otras entrevistadas, Laura logró establecer relaciones estrechas con sus compañeras de tratamiento. Esto provocó un cambio en su percepción del Hospital: *"Siento nostalgia de irme, de dejar a mis compañeras. Especialmente a Ana, porque hice muy buena amistad con ella, y espero verla para que sigamos cultivando la amistad. Yo siento que de las cosas malas siempre hay que tomar lo bueno, y yo me llevo muchas cosas de aquí: en primera me llevo la tranquilidad que ahorita siento, las ganas de superarme, de echarle ganas a la vida, de volver a ser la misma de antes. Eso es lo principal que yo me llevo de aquí, y a mis compañeras. Y pues mis amigas – bueno mis compañeras de aquí –, son muy cariñosas, con todas me llevo muy bien, no tengo ningún problema con ninguna. Pero lo más importante es esta tranquilidad que me llevo. De verdad que hace mucho tiempo que no me sentía así, tan tranquila…Yo creo que el estar sola, lejos de mi familia,*

[86] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.

me hizo valorar el cariño que me tienen. El que mis tías estuvieran cuidándome, que se durmieran en este sofá, pasando incomodidades, y que vinieran todos los días a aburrirse aquí todo el día – porque si está aburrido – ; el que mi hija me escribiera cartas diario, y me dijera lo importante que soy para ella. Todo eso me hizo pensar las cosas y darme cuenta de lo importante que soy como ser humano, tanto para mí, como para mi familia y las personas que quiero. Porque antes yo decía: es que nadie me quiere, es que no valgo nada. Pero ahorita ya me di cuenta lo importante que soy, y lo mucho que valgo. Entonces sí me llevo muchas cosas buenas. Y créeme que si el día de mañana llego a necesitar estar aquí, lo voy a volver a hacer para poder estar bien. Espero que no ¿verdad? Pero uno nunca sabe, y el tomarme mi tratamiento es una de mis prioridades, no dejarlo para nada."[87]

Rosa constantemente decía que en el Hospital se sentía muy tranquila, mucho mejor: *"Yo siento que aquí estoy tranquila porque no tengo ningún tipo de dificultad. Por decir hoy: me desperté, me bañé, ya estaba el desayuno, comí y estás tranquila. A las 11 bajamos a terapia y haces una actividad que te tiene entretenida un rato y estás tranquila. Sales, llegas, comes, y tienes un rato para estar haciendo lo que quieras: ver la televisión, platicar con alguna de las compañeras. En esta ocasión me trajeron una sopa de letras que he estado resolviendo, y más tarde llega la cena, y ceno, me estoy un rato platicando con mi mamá, y me duermo, y al otro día lo mismo. No le hallo ninguna dificultad a vivir la vida así… Que no tengas que lavar, que no tengas que cocinar, que no tengas que ir a trabajar, que no tengas que ir a estudiar, o sea, yo no le veo ninguna dificultad a vivir así. ¿Estás de acuerdo? Sales y tienes que ir a la escuela, tienes que lavar tu ropa, tienes que limpiar tu cuarto, hacer tarea, convivir un rato con tu familia, tienes que convivir un rato con tus amigos, y tienes que darte un tiempo para ti, el trabajo, y es cuando se empiezan a complicar las cosas. Y yo siento que por eso es que me dan esos cambios, por el ritmo de vida que llevo. Estar aquí te da mucho tiempo para pensar, relajarte, y allá afuera no tienes ese chance. ¿Estas de acuerdo? Sentarte a ver ¿qué es lo que quiero de mi? Afuera no tienes ese tiempo. Todo el tiempo que tienes aquí para ver qué es lo que quieres, y para*

[87] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

ver tu futuro, tu proyecto de vida. Por eso es que yo siento que ahorita no he tenido ningún cambio en mi estado de ánimo. He estado de lo más tranquila.[88]

Rosa compara su vida en el Hospital con su vida fuera de la institución: *"Allá afuera no tienes ese break de decir: hoy no voy a ir al trabajo, hoy no voy a ir a la escuela, hoy no voy a saber de nada; porque está el teléfono, porque está el Internet, porque ya esta tu mamá y no tienes ese tiempo, y aquí tienes demasiado tiempo para pensar. Yo creo que a lo mejor por eso cambia mi estado de ánimo. Aquí tengo cero preocupaciones, a lo mejor; y afuera tampoco tendría porque tenerlas, porque la escuela me agrada, mi trabajo me agrada, mi familia me agrada, todo me agrada. Pero con ellos viene cierta complicación: en la escuela puedes reprobar alguna materia, puedes no pasar el examen; en el trabajo, en tu familia puedes tener muchos problemas, te desespera que no te pongan atención a pesar de que los quieras mucho; tus amigos pueden tener problemas, puedes discutir con ellos: tu familia igual, puede no comprenderte, no te tolera o no sé. Yo siento que no hay nada al cien por ciento perfecto. Algo siempre sale aunque tú no lo planees".*[89]

Rosa insistió en que estar internada le permite estar tranquila. No hay ningún tipo de problemas. No se entera cuánto cuesta la hospitalización, el medicamento que les dan, la comida las sirven puntualmente tres veces al día, en fin, no hay que preocuparse por nada. Eso es lo que para ella es el encierro, un momento de descanso para olvidarse de los problemas cotidianos. *"Simplemente ahorita, ¡cuánto silencio! En cambio estás en tu casa, tu hermano tiene el estéreo a todo volumen, tu mamá tiene la licuadora, la lavadora y ya no puedes estar tranquila; y aquí no escuchas si guisan, no escuchas la lavadora, no escuchas a tu hermano con el radio. Hay un momento en el que sí se juntan todas y empiezan a armar alboroto, pero es un ratito, porque se aburren y se van a sus recámaras… Es muy tranquilo y yo siento que, por lo menos en mí, eso es lo que ha causado. Estoy tranquila aquí. Es lo que le decía a mi mamá, a veces me da miedo quedarme demasiado tiempo, porque estoy muy bien, porque pon tu que me dejen un mes aquí, y estoy bien y me dan de alta, pero salgo y ¿qué va a pasar? Los problemas van a estar allá afuera y va a volver a ser lo mismo, y no voy a tener la opción de decir: una vez*

[88] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.
[89] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

a la semana me encierro y no quiero saber de nada. Porque al fin y al cabo la escuela, la familia, los amigos, son cosas que te interesan y aunque tu digas no quiero saber de nada, si oyes el teléfono ¿quién es?, si es para mi pásamelo y ya. Como sea no estás tranquilo al cien por ciento."[90]

Con respecto al encierro Estela comenta: *"Aquí adentro me siento protegida. Evado mi realidad, mis problemas. Es como si hiciera una pausa a mis problemas. Estoy aquí y no me preocupo por nada: tengo comida, me puedo dormir todo el día sin que nadie me moleste… Ya sé que me tengo que ir, sino voy a volverme una dependiente hospitalaria, pero estoy tranquila aquí. Me da un poco de miedo salir… Eso significa que otra vez estoy sola para resolver mis problemas. Aquí está el doctor, con el que puedo hablar cada vez que me siento mal, y me da una pastillita; pero afuera no hay nadie que me ayude a resolver mi depresión, manía o angustia. Sólo estoy yo para hacerlo".*

Para Emilia no fue difícil esta internada: *"Todas tenemos y hemos pasado por crisis aquí: algunas lloran, otras gritan… Simplemente no me meto cuando pasa algo así. Si Daniela,* (otra interna) *se pone mal, doy la media vuelta y me voy. Yo no le voy a resolver sus problemas, para eso están los doctores, así que no me meto. Al principio me costó trabajo. Me pedían que socializara con mis compañeras de tratamiento, pero ya después me acostumbré. Nos contamos nuestras historias, lo que nos pasa, hice buenos amigos y relaciones aquí y en la terapia ocupacional… Todo se quedó aquí, lo que me tenía que pasar ya pasó, ya lloré, ya tuve mis crisis, ahora si creo que ya debo salir".*

Elisa comenta: *"Aquí estamos solas. Sólo nosotras podemos ayudarnos. ¿De qué sirve que un doctor venga a verme todos los días si yo no me quiero ayudar? Soy yo la que se tiene que levantar, hacer el esfuerzo".* Elisa se refiere a que, si bien los doctores recomiendan que acudan a la terapia ocupacional o que convivan con otras pacientes, no son obligadas a realizar ninguna actividad, es decisión de las internas hacerlo. Elisa continúa: *"Aunque vaya arrastrando la cobija, hasta le doy ánimo a otra de mis compañeras para que se levante todos los días, y hagamos un poco de ejercicio en la bicicleta que tenemos aquí en*

[90] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

*el tratamiento".*Dentro del Hospital Elisa esta protegida, segura, tranquila. Olvida sus problemas pero sabe que afuera está sola y tiene que enfrentarse a su vida.

Únicamente dos de mis entrevistadas mostraron incomodidad y muchos deseos de salir lo más pronto posible del Hospital. Eugenia fue una de ellas. Tenía como cuidadora a su hija, y estaba muy preocupada de tenerla ahí viviendo esta experiencia. Eugenia es una de las entrevistadas que tenía mayor tiempo con el padecimiento, por lo que conocía bien las crisis por las que atravesaban sus compañeras de tratamiento. Eso le provocaba ansiedad y no querer un internamiento prolongado. *"Yo no quiero estar aquí. Ya me di cuenta que estoy bien en comparación con los otros. A mí nada más que me den otro medicamento para irme a mi casa… Yo ya no tengo que estar aquí, ya les dije a los doctores que sólo una semana y nada más. Estoy esperando que me entreguen los resultados de los análisis… Además estoy preocupada por mis hijos, tengo dos chiquitos en casa, y la que está conmigo no quiero que vea estas cosas, se aburre."*[91]

Su hija me habló sobre su experiencia como cuidadora: *"En un hospital se puede ir y venir pero, aquí no. De haber sabido venimos en vacaciones… Es muy feo estar aquí, me da miedo, no he podido dormir bien, estamos despiertas toda la noche… Creo que la que se va a deprimir soy yo… Ni siquiera puedo ir al teléfono para hablar con mis amigas y pedirles que hagan mi tarea, yo creo que ya perdí el semestre. Estoy desesperada y veo que mi mamá está bien, no como las otras. Ya tendrían que dejarla salir."* Eugenia comenta al respecto: *"Yo ya pasé por eso. Estoy en otra etapa de la enfermedad. Ya hablé con los doctores y me dijeron que sólo ocho días pero otra doctora me dijo que mínimo son entre quince y veinte días… Creo que me voy a enfermar más y mi hija también."*[92]

Eugenia y su hija percibían otro problema al estar internadas: la vigilancia. Constantemente se hacían bromas entre ellas si alguna hablaba más fuerte de lo permitido. *"Te van a sedar",* decían entre risas. Notaron que cuando una paciente se altera – por mínimo que sea– la respuesta automática para controlarlas es darles medicamento. *"No se puede hacer nada. Si ves mucho la tele está mal. Si te vas a tu cuarto a dormir dicen que estás en estado*

[91] Entrevistas realizadas entre el 20 y el 22 de febrero de 2007.
[92] Entrevistas realizadas entre el 20 y el 22 de febrero de 2007.

depresivo. Si caminas mucho por el pasillo también está mal. Todo nos controlan y no se dan cuenta que lo que nos tiene así es que no tenemos actividades. Estamos encerradas todo el día".

Perciben que todos, incluso los cuidadores, están siendo constantemente vigilados. No pueden exagerar en comentarios, tono de voz, expresar enojo, nerviosismo, o preguntar si ya les van a dar permiso, o de alta. Inmediatamente los doctores lo toman a mal y están en riesgo de ser controladas, sedadas. Eugenia: *"Ayer estaba hablando con mi doctor, y en algún momento le dije que habíamos quedado en que iba a estar sólo ocho días y que ya me quería ir. De pronto el doctor comenzó a decirme que me calmara, que no pasaba nada, y que si seguía así me iban a sedar. Y yo pues creo que no estaba exaltada, simplemente quería saber cuánto tiempo más voy a estar aquí, o por lo menos saber cuándo se puede ir mi hija".*

Para María también fue difícil estar en el Hospital. Se sentía encerrada, desesperada por salir. Al principio sentía que no tenía adónde escapar. El encierro y la inactividad le cayó mal. Días después, cuando ya se sentía mejor, se aburría, quería salir. *"Ya me bajaron el medicamento. Creo que me van a dar de alta pronto, yo ya quiero irme de aquí, me siento bien, mucho mejor. Sé que tengo que superar lo de mis hijos. Si no quieren estar conmigo, pues ni modo, que no estén. Ya entendí mejor lo que me pasa, y no quiero seguir pensando en eso, mejor en lo que viene, en lo que tengo que hacer de ahora en adelante."* [93]

De doce mujeres entrevistadas, diez de ellas coinciden que la experiencia en el Hospital fue beneficiosa porque les ayudó a ser más tolerantes con otros y descansaron de las actividades cotidianas. Dos de ellas mostraron impaciencia, aburrimiento, sentimiento de vigilancia y control excesivo del Hospital. Pese a lo que dijeron, pude observar que – en general – todas ellas se mostraban aburridas. La terapia ocupacional no era suficiente para mantenerlas ocupadas y activas. Sin embargo, sólo Eugenia y Antonia salieron por voluntad propia a los diez días de su ingreso. Las demás esperaron a que fueran los médicos quienes les otorgaran su alta. Esto se puede deber a que, para ellas, estar en tratamiento e internadas

[93] Entrevistas realizadas entre el 1 y el 9 de febrero de 2007.

representa la posibilidad de reestablecerse e incluso, curarse de la depresión. Salir antes del periodo estipulado por los médicos es correr el riesgo de recaer y en consecuencia volver al Hospital.

3.1.) El medicamento

El tratamiento dentro de una institución psiquiátrica se basa fundamentalmente en el uso de medicamento. Las psicoterapias o terapias ocupacionales, ya sea en grupo o individuales, son de carácter complementario: el medicamento es lo más importante. La duración del internamiento está determinada por el tiempo en que tarda en surtir efecto. Si el progreso es rápido y la mejoría es evidente, el paciente se va de permiso un fin de semana, y al poco tiempo es dado de alta. El encierro cumple dos funciones principales: controlar al paciente y buscar un medicamento apropiado para él. En las entrevistas que veremos a continuación las informantes señalan que, si bien creen que el medicamento cumple una función importante en su tratamiento, son ellas quienes, en base a distinguir lo que las está perjudicando, o tomar una terapia extra, saldrán de la depresión más rápidamente. El medicamento cumple la función de estabilizar a la persona para que continúe su tratamiento en algún tipo de psicoterapia y siga trabajando su problemática.

Laura tenía presente que la depresión era una enfermedad. Le pregunté si ella creía si existía una cura. Respondió: *"Igual y no una cura, si no algo que me enseñe a controlar lo que siento, porque ahora ya estoy tomando pastillas, me siento más tranquila. Yo creo que los antidepresivos ya están haciendo efecto, después de tanto tiempo de tomármelos. Lo que si tengo muy claro es que no puedo permitir tener momentos como esos. Tengo que ser más fuerte que antes. Igual una cura cien por ciento no la hay, pero igual si continuo con mis terapias psicológicas, y busco ayuda de grupos, y todo eso, yo creo que me voy a sentir bien, porque una de las cosas que aprendí aquí es que hay gente que está más grave que yo, y sin embargo le echa más ganas a la vida."*[94]

[94] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

A Laura le recomendaron tomar los antidepresivos por lo menos durante un año *"Es un año sin alcohol. No tomo mucho, pero de vez en cuando me gusta salir y se me antoja una cerveza, ahora con esto no voy a poder… Mi papá no es un teporocho, pero si le gusta tomar y desde que empezó con los antidepresivos no lo hace. Él empezó a tomarlos en septiembre y le han ayudado mucho. Se supone que empiezan a tener efecto después de un mes de tomarlos, así que no los pienso dejar."*[95]

Estela señaló*: "La depresión se cura. No es como otras enfermedades mentales que son de por vida… Las causas pueden ser genéticas, o por un evento en tu vida."*[96]

Respecto al medicamento, Rosa comentó: *"Me deja dormir perfecto, y como perfecto, y todo perfecto. Es complicado para mi decir: OK, tu lesión en el cerebro te va a producir esto, y tienes que aprender a vivir con esto, y a manejarlo; pero ¿cómo es posible que aquí adentro pueda estar tan tranquila y sin ningún cambio de ánimo?, y te apuesto a que yo salgo y vuelvo a mi vida normal, y va a empezar otra vez el problema. Yo voy a empezar otra vez con mis cambios de ánimo. No es que me predisponga, sino que ya me lo dijeron… Por la lesión en el cerebro pero tengo que aprender a manejarlo, si no quiero vivir con medicamento toda mi vida".*[97]

Clara comenta que los medicamentos le causan somnolencia: "*Es la contraparte… Luego que me los tomo, me dan mucho sueño, pero como me dan dosis pequeñas en la mañana sólo me relajan, relajan mi ansiedad que tengo mucha."*

Los medicamentos les generaban mucho sueño. Las entrevistas eran casi siempre en las mañanas justo después de sus dosis. Siempre bostezaban y se disculpaban conmigo por estar somnolientas, decían que era a causa del medicamento. En el caso de Clara era más evidente el efecto: no podía mantenerse de pie por mucho tiempo y hacía el esfuerzo por mantener la conversación, pero su mente se distraía. Sus movimientos eran lentos, robotizados. En algunas pacientes era así, movían con dificultad las extremidades del

[95] Entrevistas realizadas entre el 14 y el 27 de marzo de 2007.
[96] Entrevista realizada el 7 de febrero de 2007.
[97] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

cuerpo, eran un poco torpes y parecían distraídas. La madre de Clara, que era su cuidadora, me comentó en una ocasión, que su hija se tardaba un poco más que las demás en reaccionar al medicamento, superar la fase del sueño y la desconcentración que éste le provocaba. Los medicamentos a Clara le servían para: *"Son para que me equilibre, porque una neurona no se está comunicando con la otra, y por eso nos sentimos mal o tenemos problemas tirodiales, como yo tengo, y tratan de arreglar eso, pero aparte yo siento que si se necesita psicoterapia, es el cincuenta y el cincuenta."*

En este sentido Ana también comentó: *"El medicamento hace su parte, pero yo tengo que hacer la mía: dejar en el pasado todas esas cosas que me han hecho daño, aprender a perdonar, perdonarme a mí misma por haber permitido tantas cosas, y a perdonar a las personas que me han hecho daño. Eso me toca a mi."*[98]

Miriam señala: *"Dejé de llorar, no sé si fue el medicamento o porque aquí estoy más tranquila, aislada, lejos de mis problemas y de mi vida. No tengo que lavar la ropa de mi familia, hacer de comer; y me di cuenta que mi hija y mi esposo pueden hacer las cosas. No soy indispensable, la vida sigue sin mí. Aquí en el Hospital estoy relajada, son como unas vacaciones de mi vida. No sé qué pase cuando salga."*[99]

A Estela las *pastillitas,* como ella les llama, le ayudan a mejorar su ánimo. Además, estar internada le permite tener contacto permanente con los doctores: *"Me empiezo a sentir mal o ansiosa y le llamo al doctor, le comento lo que me pasa, y me da otra pastillita para relajarme".*

Para Emilia el medicamento es una parte muy importante de su tratamiento: *"Es como un diabético que toda su vida tiene que inyectarse insulina porque su organismo no la produce. A mí me pasa lo mismo, así que si toda mi vida tengo que tomarlo, lo haré…Yo entré pensando que aquí me iban a curar. Todo lo que me decían para sentirme mejor lo hacía. Lo único que quiero es ponerme bien, estar bien."*[100]

---

[98] Entrevista realizada el 12 de marzo de 2007.
[99] Entrevistas realizadas entre el 12 y el 16 de enero de 2007.
[100] Entrevistas realizadas entre el 12 y el 14 de febrero de 2007.

Del comentario de Emilia se desprende que las pacientes muestran confianza en el tratamiento al que están sujetas. Sin embargo, como lo comentaron Clara y Ana, también piensan que además del medicamento una parte importante de la recuperación les corresponde a ellas. En algunos casos el mismo Hospital les recomienda que busquen psicoterapias para salir más pronto del problema, e incluso dejar los medicamentos. Algunas de ellas asistieron a las terapias grupales que ofrece el Hospital. En algunas funcionó, en otras no. Las entrevistadas, y principalmente Clara, manifestaron incomodidad con algunos de los efectos secundarios del medicamento: el sueño y la lentitud en sus reacciones. Ninguna de ellas se quejó de estreñimiento, resequedad en boca y piel, o pérdida de apetito sexual. Efectos que los médicos entrevistados señalan, pueden presentarse.

4). Locura y estigma

La percepción social sobre la locura genera un estigma. Quienes padecen una enfermedad mental y permanecen en una institución psiquiátrica, en ocasiones, ocultan su padecimiento por temor a no ser comprendidos y rechazados por su grupo social. En este apartado exploro este tema a través de la forma en que mis entrevistadas lo manejaron con sus allegados. Las respuestas son variadas, en algunos casos ocultaron su estancia en el Hospital a sus familiares y amigos; en algunos otros, sobre todo en aquellas que ya conocen la enfermedad y llevan algunos años tratándose, no se avergonzaban y preferían que todos supieran en donde se encontraban y por qué motivo. Un hospital psiquiátrico se asocia comúnmente con la locura. Por tal razón exploré con algunas de ellas que entendían por locura, qué era y por qué sucedía. Estar internadas en el Hospital provocó un cambio en su percepción de las enfermedades mentales, como podemos observar en el siguiente comentario de Luz:

"Estar en el Hospital me hizo más tolerante, escuchar los gritos de las otras me hace pensar que puedo soportar los de mi hija, o su llanto. Soy más tolerante, estoy más tranquila… Al principio me molestaba que pensaran que estoy loca por estar aquí, pero ahora ya no me importa. Un psiquiátrico no es tan malo, no te amarran a la cama ni nada

de eso. Ahora ya puedo decirles lo que me pasa y no darle importancia a lo que digan. Ya sé lo que es estar aquí, y no es tan malo. Tenía la imagen de un psiquiátrico como un lugar feo en donde te amarran, te encierran, te drogan, pero ya vi que no es así."[101]

Clara les dijo a sus amigos en donde estaba: *"Sí, porque es normal, es normal, a cualquier persona le puede pasar. Pero siempre se imaginan que estas amarrada, como loca, cuando te dicen que ya estás en el psiquiátrico; pero mira: los cuartos son tan normales, te puedes vestir con tu ropa, no tienes batita, las paredes no son de colchones. Tenemos una mala información de lo que es un psiquiátrico, por eso le tenemos tanto miedo a la palabra, tenemos una desinformación total. Debería de haber más información, más formas de demostrar que es normal, y que si lo necesitas: que acudas, que no te de miedo. Los que acuden aquí son muy valientes, porque todos llegamos con ese concepto. Yo llegué con ese concepto… Por la tele, por el radio, por ver caricaturas, porque el que está en un psiquiátrico decimos que es el loco, no el deprimido".*[102]

Para Laura no fue difícil decirle a su familia en donde se encontraba, por el contrario, recibió mucho apoyo de ellos y casi todas sus tías se ofrecieron como cuidadoras. Sin embargo, sabe que hay mucha inquietud sobre una institución psiquiátrica porque ella misma lo ha sentido: *"Causas por las que estamos aquí, que seamos agresivos, por mi depresión. Hay gente, por ejemplo como Ramón, que se la pasa cantando, y él en su mundo cantando es feliz, pero no por eso quiere decir que le va a hacer daño a las personas. Pero la gente que estamos afuera escuchamos psiquiátrico, decimos: ahí hay pura gente loca, agresiva, ni loca iría a parar ahí, ¡y ve! Yo creo que nadie nos imaginamos, si me hubiesen dicho antes año y medio antes, que yo iba a venir a un lugar de estos, me hubiera reído. No digas tonterías ¿qué voy a hacer a un lugar de esos? y sin embargo, veme, ¡aquí estoy! La vida da muchas vueltas… Finalmente creo que todos necesitamos ayuda de un psicólogo, un psiquiatra de vez en cuando. Pero no lo aceptamos, no lo vemos así. Te digo a mi me decían psiquiatría y yo decía: están locos, ¿un psiquiatra?… Y ahora que te das cuenta ya estoy aquí".*[103]

---

[101] Entrevistas realizadas entre el 30 de enero y 9 de febrero de 2007.
[102] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.
[103] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.

A Laura no le preocupaba decir en donde había estado: *"No me preocupa porque el primer paso es aceptar que estás enferma, y no tengo porque ocultarlo. Es una enfermedad como cualquier otra. Ya sé que mucha gente dice: ¡un psiquiátrico! ¿Estás loca, o qué? Pero pues no… Yo me imaginaba que iba a estar toda de blanco, con camisa de fuerza y amarrada. Y cuando entré aquí me di cuenta cómo es en realidad, y conoces a gente que es valiosa, que te ayuda para poder salir adelante… Al principio sí me ponía nerviosa porque decía: ¿qué tal que me agrede, o me hace algo? Pero no, poco a poco me di cuenta que es una persona como cualquier otra. Aprendí a ser tolerante".*[104]

A Miriam tampoco le importa que la gente se entere dónde está: *"Vinieron unas amigas a verme y me dijeron que iban a tratar con mucha discreción todo esto, pero yo les contesté que no hacía falta, que no me importaba que se enteraran de lo que me pasa. Al contrario, yo creo que mucha gente afuera sufre este tipo de enfermedades y por no saber qué es, lo oculta. Si nosotras decimos de que se trata puede ser mejor. Al principio, con la primera doctora que fui, si me dio pena contar lo que tenía, pero ahora ya no. Ella me ayudó mucho para que se me quitara la pena. Me explicó que es una enfermedad como cualquier otra y que puede ser tratada y vivir con ella."*[105]

Eugenia señaló que estar ahí no representaba un problema social para ella: *"No me importa que sepa la gente dónde estoy, al contrario, hay tantas personas afuera con lo mismo y que por ignorancia no se atienden… Yo por lo menos estoy aquí."*

A Rosa le costó trabajo aceptar que ella no era el único caso de depresión: *"Ya me di cuenta de que no soy una chica anormal, porque esa era la mentalidad que tenía: yo soy una persona rara. Pero ya me di cuenta de que la mayoría de los que padecen algo son por problemas, y si no son por problemas es por algo con lo que naces, y tienes que aprender a vivir con ello. Y yo ya me di cuenta que no es algo que yo me haya provocado, o que alguien me lo había provocado, sino simplemente yo nací con eso y se desató con la*

[104] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.
[105] Entrevistas realizadas el 12 y 16 de febrero de 2007.

depresión que tuve, y los demás cambios tenían que ver con lo de la escuela… Esa es mi manera de pensar."[106]

Ella misma me contó que al comentarle a una amiga que tenía depresión, esa chica decidió dejar de hablarle por miedo al contagio. Rosa se sorprendió contestándole: *eres una ignorante, ni siquiera sabes qué es eso.* Sin embargo fue un episodio difícil de sobre llevar. *Me lastimó a lo bruto porque yo sabía perfectamente que la depresión no se contagia, y menos por platicar o tocar a alguien.* Rosa platicó con sus amigos más cercanos sobre su internamiento e incluso la fueron a visitar, pero la familia de su mamá nunca se enteró de nada. Rosa no quería que supieran, estaba segura que irían a visitarla sólo por el morbo de conocer un hospital psiquiátrico. Así que prefirió no decir nada. La familia de su padre los ayudó: algunas tías fueron a cuidarla. Tampoco pudo comentarles nada a su alumnas de jazz, *están muy chicas y no lo entenderían*, comentó Rosa en alguna ocasión.

Estela tiene una opinión parecida a la de Rosa. Siente que la gente no entiende ese tipo de enfermedades, la excluyen. Así que prefiere no comentarlo *"Estas enfermedades no se contagian. Por ejemplo, aquí hay esquizofrénicas, psicóticas, bipolares, depresivas y no me contagian lo que tienen… Los doctores me dicen que no pierda mi tiempo con personas que no entienden mi enfermedad. No le tengo que explicar a nadie lo que me pasa, no lo van a entender, y yo no tengo por qué hacerlo."*[107]

Emilia: *"Yo les pedí a mis papás que no dijeran que estoy aquí, que mejor dijeran que estoy internada porque me operaron de la vesícula. No quiero que nadie sepa, porque sé que no van a entender lo que me pasa, ¿y para qué explicarlo? Yo antes confiaba en todas las personas, pero ya me di cuenta que no debo de ser así… ¿Para qué les digo? Van a decir que estoy loca, y como doy clases a niños, no tiene caso que se enteren que estuve en un psiquiátrico…Ya después decidiré a quien decírselo y a quien no, pero no a todo el mundo. No tiene caso".*[108]

---

[106] Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.
[107] Entrevistas realizadas entre el 6 y el 9 de febrero de 2007.
[108] Entrevistas realizadas entre el 13 y 14 de febrero de 2007.

Elisa prefiere que nadie sepa donde está. Su mamá la visita y le pidió no decir nada en su trabajo o a los amigos. *"Prefiero que no se entere nadie dónde estoy. Si saben que me internaron en un psiquiátrico automáticamente van a pensar que estoy loca… Sé como piensan,* (refiriéndose a sus compañeros de trabajo)*, y sé que no van a entender. Estar en un psiquiátrico no es fácil de digerir. Piensan que estás loca, y yo sólo estoy triste, muy triste. No estoy loca o grave como otros pacientes".*[109]

El concepto de locura aparece asociado al encierro y al estigma que provocan este tipo de enfermedades. Algunas de mis entrevistadas lo definieron con sus propias palabras. Esto es relevante por que ellas separan la locura de la depresión. Es decir, estar internada en un hospital psiquiátrico por un trastorno depresivo no es lo mismo que haber perdido la razón. Sin embargo, la mayoría de ellas acepta que experimentaron un momento de descontrol que las hizo recapacitar sobre su enfermedad y las animó a buscar ayuda.

Para Emilia la locura es: *"Cuando ya no sabes quien eres. Es la pérdida del yo, no sabes dónde estás, quién eres, qué haces, te pierdes… A mí no me pasa eso. Yo sé dónde estoy, quién soy. No pierdo la noción de mí misma, y de la realidad. Por eso no estoy loca."*

Miriam: *"Yo creo que la locura es cuando ya no tienes control de ti mismo. Por ejemplo, tengo un vecino que sale corriendo de su casa desnudo y se pega en las paredes. Yo creo que él ya perdió el sentido de las cosas. Lo que es normal, al menos para nosotros… Mi enfermedad es distinta. Sí tuve un momento difícil cuando iba manejando sin saber adónde. Después no sabía lo que había hecho, creí que había matado a alguien, no me acordaba de nada, ni de mi dirección, o de mi teléfono… Es horrible. No se lo deseo a nadie, ni a mi peor enemigo… Perdí el control, pero siempre escuché una voz interna que me ayudó a regresar. A darme cuenta que no estaba bien, que no era normal lo que me pasaba. Y por eso ahora ya estoy recibiendo lo que necesito, y ya conozco, y sé lo que me pasa. Espero mejorar y que todo salga bien."*

[109] Entrevista realizada entre el 31 de enero y el 8 de febrero de 2007.

Para Clara la depresión no es locura, "*Es un fenómeno que en nuestros días es muy común. Todos dicen que tienen depresión pero no saben lo que quiere decir… La locura es no controlarte, pero ahora lo veo como una enfermedad. Puede ser esquizofrenia, psicosis, cuando ya no controlas tu cuerpo; pero eso, para que llegue, tuvo que haber muchos golpes en tu vida, o simplemente nacer así: hay quien nace así. Pero para todo hay solución, incluso para la locura. A la esquizofrenia se le llama locura, y muchos tienen y no se dan cuenta. La psicosis también se le llama locura, incluso a la ansiedad le llaman locura y no creo, deberían ampliar su significado de locura. Es ver al psiquiatra como loquero, y no ver al enfermo como un loco".*[110]

Rosa mencionó en varias ocasiones que ella se consideraba una chica alocada, muy movida y con un ritmo de vida acelerado. Le pregunté qué sería lo contrario a su comportamiento es decir, alguien no alocado. Respondió: *"Yo creo que ser más tranquilo, ir a la escuela, trabajar, hacer tarea, pocas cosas sin mucho movimiento, porque creo que el cuerpo se cansa: ya no tolera más. Por ejemplo, siento que mi cuerpo ahora me está pidiendo un descanso, que le baje a mi ritmo de vida para estar normal otra vez".*[111]

Laura explica la locura de la siguiente manera: *"Yo creo que llega un momento. Por ejemplo a mí me pasó cuando le pegué a mi novio, creía volverme loca, perdí la noción de que fuera yo la que estuviera viviendo todo eso: el ser agresiva, cuando ya de plano no sabes ni quien eres… Yo siento que eso es la locura. Había momentos en que sentía que me iba a volver loca, que me iba a olvidar de quién era de que iba a hacer cosas que no… Cuando me daba mi crisis, y me enojaba me daba miedo de poder llegar a hacer algo, a matarlo o algo así. Tanto era mi enojo, mi cólera, que sé me daba miedo llega a hacer eso. El día que le pegué a mi novio, dije no, hasta aquí ya… ¿Hasta donde más quiero llegar? Un día me voy a enojar y lo voy a matar, dije no, no tiene sentido. Pero yo siento que puedes perder la razón: de quién eres, dónde estás, de olvidarse de todo. Yo siento que eso es estar loco, pero no sabría decirte, igual estoy equivocada… Por ejemplo, a mí me pasa que aquí en el tratamiento III hay una señora – creo que se llama Mercedes –, habla y habla esa señora, habla muchísimo. Finalmente yo creo que esa es su enfermedad, y no es*

[110] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.
[111] Entrevista realizada el 11 de abril e 2007.

una locura, simplemente es una enfermedad que ella tiene. Otra chica no habla, siempre está callada. Pues cada quien en su mundo. Yo estoy en mi mundo y no me molesten. Pero en sí, la locura es eso, para mí es eso. No sé si esté en lo correcto o no."[112]

Un paciente que llamaba la atención de todos era Ramón. Hablé de él en el capítulo dedicado a la etnografía del Hospital. Laura se refiere a él en el siguiente párrafo:

"Él ya se quedó en su mundo. De las dos veces que lo he visto, lo veo igual. Así como ido, como que él se quedó en su mundo de cantar, de la música y en ese mundo es feliz. Estar aquí es otro mundo… Es que te digo que a veces son tantos los problemas que quieres evadir la realidad. Llega el momento en que la evades, y pues dices no. Aquí estoy mejor, ya no tengo problemas, mejor me quedo aquí… Hay quienes tienen el carácter, la fuerza para poder salir adelante; y hay quienes ya no. Se quedan ahí, prefieren estar ahí, igual y porque no les duele, porque son felices, por mil cosas, pero así lo deciden…Yo reaccioné por mi hija, y el hecho de pegarle a mi novio. Era tanta mi cólera que dije, en cualquier momento puedo llegar hasta matarlo, y dije no. Tengo que hacer algo porque dentro de mi depresión me pongo muy mal. Cuando no se hacen las cosas como yo quiero me enojo. Ese día que le pegué, dije tengo qué hacer algo. Ya después de que pasan las cosas me pongo a pensar: puede pasar esto o aquello; en este caso puedo llegar hasta matarlo. Es tanto mi coraje que no. Hay un momento en el que estás en el límite pero ya cuando sientes que estás rebasando ese límite, pues ya no es normal, algo está pasando."[113]

Semanas después realicé otra entrevista con Laura. Retomamos el tema de la locura. *"Ahora cambié el concepto de locura con una enfermedad. Una enfermedad de la cabeza, una enfermedad mental. Porque siento que ninguna persona esta loca, o sea, tenemos enfermedades, pero no locura. Igual se te va la onda, pierdes la memoria, pero finalmente es una enfermedad. Por ejemplo, a veces cotorreamos entre nosotras y nos decimos: ahora entiendo porque estás loca y te tienen aquí. Pero es un cotorreo, hasta nos reímos todas, pero ya entiendes que no es locura: de la cual no estamos exentos nadie. Porque te digo, es*

[112] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.
[113] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.

como una enfermedad del estómago, de la garganta. No es tan común pero finalmente es una enfermedad."[114]

Al estar internadas en una institución psiquiátrica, el discurso de las pacientes sobre el estigma que genera este tipo de enfermedades disminuye. Sin embargo señalan que existe una diferencia entre la depresión y la locura. Esta última se asocia a la pérdida de control – que si bien experimentaron en algún momento de crisis –, el hecho de haber podido reconocer su problema como una enfermedad, y atenderla a tiempo, provoca que puedan mantener bajo control esos impulsos y evitar la locura. En algunas de ellas la locura se transformó en una enfermedad que, como tal, pude medicarse. La depresión se construyó como una enfermedad en términos médicos, por lo tanto los padecimientos mentales con los que convivieron son enfermedades con nombres y tratamientos posibles.

5) Embarazo

El embarazo fue un tema recurrente en aquellas entrevistadas para las que representó un periodo difícil de sus vidas, ya sea porque son madres solteras, o porque la misma enfermedad provocó – como ellas mismas comentan – que el embarazo fuera una etapa triste, complicada. Este tema surgió en las entrevistas de Ana, Laura, Luz, Eugenia y Antonia. Para Ana, el embarazo fue una de las primeras causas que identifica con el inicio de su depresión. Se embarazó a los 25 años, pero su novio ya tenía un hijo y no quería tener otro. Intentó en varias ocasiones que Ana abortara, pero ella siempre soñó con una familia, y a pesar de lo difícil que fue tomar esa decisión, tuvo a su hijo. Fue un embarazo doloroso para ella porque tuvo que regresar a vivir a casa de sus padres. Su papá no lo tomó bien, y no se involucró hasta el último mes de embarazo.

"El último mes mi papá cambió. Empezó a comprar cosas para mi hijo y también a escoger nombres… A los ocho meses fui a mi consulta y le dije a la doctora que ya no sentía que se moviera el bebé. Ella se alarmó y me hizo un ultrasonido y me hicieron cesárea inmediatamente. Llamó a mi mamá y me trajo ropa. Yo ya estaba preparada porque mis

[114] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

tías me habían traído mucha ropita para mi bebé, de Chihuahua. Estuvo dos días en una incubadora porque nació antes de lo planeado, y ya después me lo llevaron al cuarto. Yo tenía mucho dolor y no quería amamantarlo, pero las enfermeras me obligaron. Me lo llevaban constantemente y no se iban hasta que no veían que le daba de comer. Yo no quería porque me dolía, pero ellas insistieron, y me lo acomodaban y me decían cómo hacerle… Yo sé que se te caen las chichis cuando amamantas, y como mi plan era volver a la danza, no quería que me pasara eso. Salí del hospital y me fui a casa de mi mamá. Mi tía, la doctora, fue a verme y ella también me obligó a amamantar a mi hijo. Sólo lo hice por un mes, ya que se fue mi tía, le dije a mi mamá que no le iba a dar más… Le gritaba a mi mamá todo el tiempo, ¡mamá, mamá, esta llorando! ¿Qué hago? Ya le di de comer, ya le cambié el pañal, ¿Qué hago? Me decía que lo revisara, pero la verdad es que yo tengo muy poca paciencia y no sabía qué hacer".[115]

Al niño ahora lo cuida la abuela. Ana no vive con ellos. *"…Mi hijo debería de ser una motivación para mí, yo lo tuve porque yo lo quise tener, pero a veces pienso que hice mal en tener hijos. Que el tenerlo me vino a dar en la madre en todo. Ya no pude seguir bailando, ya no podía seguir saliendo con mis amigos, en el relajo; pero a veces decía, es que tú lo quisiste tener… No sé si sea por el momento por el que estoy pasando. A veces sí me dan ganas de verlo, y otras no… Yo sé que estoy mal porque la decisión fue mía, y yo sabía lo que implicaba tener un hijo: nada de baile, nada de borracheras… Tal vez sea el momento en el que estoy".*[116]

Cuando Laura quedó embarazada, a los 18 años, la mandaron a Morelia con su familia para que pensara lo que quería hacer. Decidió tener a su hija. Su embarazo fue muy triste, lloraba todo el tiempo, y al padre de su hija no lo volvió a ver. Él era más grande, tenía 24 años y Laura no tenía interés en él. *"Fue sólo calentura. No me interesaba para nada, no me quería casar con él. Es más, si estuviera ahora con él, seguro tendría diez hijos y estaría gorda. Y yo ya no quiero tener más hijos. No por el momento. Tal vez si encuentro a la pareja adecuada me animo pero no ahora. Es muy bonito ser madre, pero creo que ya*

[115] Entrevistas realizadas entre el 12 de marzo y el 2 de abril de 2007.
[116] Entrevista realizada el 12 de marzo de 2007.

no lo repetiría. Me dicen que mi hija parece mi hermana, y ahora tengo 30 años. Si tuviera otro hijo van a decir que soy su abuela". (se ríe)

Laura tenía claro que no quería casarse con el padre de su hija, ella misma narra su experiencia: *"Me sentía triste, culpable de haber defraudado a mi familia. Mi embarazo fue, los nueve meses, puro llanto, muy triste. En primera mi hija fue una niña no deseada. Luego su papá se fue. Ser madre a los 18 años fue difícil. Mis papás, siempre desde que nació mi hija, me apoyaron en el aspecto de que antes de que naciera compraron cositas: lo necesario para ella. Pero a partir de que nació, y yo cumplí un mes de que me alivié, me dijeron, "bueno hijita, hasta aquí, ya no te podemos ayudar, ponte a trabajar. Yo con lo único que te puedo apoyar es cuidándote a tu hija aquí, pero en lo económico si vas a tener que trabajar". Y entonces ya me metí a trabajar, y ya desde ahí siempre he buscado la forma de tener dinero, de darle lo mejor a mi hija".*[117]

Luz también tuvo un embarazo difícil. Era muy joven, su novio la dejó en el momento que supo que estaba embarazada, y Luz se hizo cargo de todo. Responsabilizaba a su bebé por el abandono de su novio, y de hecho consultó a un médico sobre su estado de ánimo. Éste le dijo que tenía depresión posparto pero nunca desapareció. Luz intentó salir sola de ese momento de tristeza refugiándose en la idea de que su hija no era responsable de lo que había pasado. Tuvo un embarazo triste, y una vez que nació su hija, no podía evitar recordar al padre que la había abandonado. Esto le causaba mucha impotencia y coraje, y se transformaba en poca paciencia con su bebe. Una vez que comprendió que su bebe no tenía la culpa de lo que pasaba, poco a poco superó su primera depresión. Tiempo después, recayó.

Eugenia recuerda que una de las crisis más fuertes que tuvo de esta enfermedad fue a los 39 años. Comenzó a tratarse, pero al poco tiempo lo tuvo que dejar porque descubrió que estaba embarazada. El ginecólogo le recomendó buscar un psiquiatra porque la veía muy mal de ánimo. Eugenia así lo hizo y se arriesgaron a medicarla:

[117] Entrevista realizada el 27 de marzo de 2007.

"Estuvo muy complicado, por mi edad y por mi estado de ánimo. Me vine para abajo, no hacía nada, estaba dormida, en cama todo el tiempo, como ida… Es horrible, no se lo deseo a nadie. Es estar muerto en vida, sin voluntad… Me sentía como en la montaña rusa, con un nudo en el estómago, todo me daba vueltas…Ya estaba en el séptimo mes de embarazo, y como el medicamento empieza a funcionar hasta después de 21 días, (el médico) *me recetó antidepresivos y ansiolíticos; y gracias a Dios mi hijo nació bien. Yo me recuperé un poco."*[118]

Antonia también habló de sus embarazos. Comentó que el segundo había sido muy complicado. *"Mi embarazo fue muy feo. Me golpeaba mi marido. Yo me la pasaba llorando y creía que eso podría afectar a mi bebe. Porque dicen que todo lo que tú sientes ellos también lo pueden sentir. Pero no, afortunadamente mi hijo es muy fuerte, me hace reír y es muy cercano a mí".*

En todos estos casos, el embarazo fue una experiencia importante que se relaciona con el inicio de la depresión. Principalmente en el caso de las tres mujeres que son madres solteras, y que tuvieron a sus hijos muy jóvenes. Esto indica que existe cierto temor en no cumplir con las normas sociales, que señalan la importancia de tener una familia, y de estar casado para tener un hijo.

6*) Depresión y mujeres*

Estadísticamente se señala que las mujeres son las más afectadas por este trastorno. Con algunas de mis entrevistadas hablamos sobre esto. Este es un tema que los psiquiatras aducen a dos factores para explicarlo, el primero de ellos es cultural: los hombres no tienen permitido expresar sentimientos de tristeza por lo que buscan otros mecanismos, como el alcohol, para expresar ansiedad, tristeza, frustración y coraje. El segundo se relaciona con el primera: la mujer al tener permiso de manifestar un carácter más sensible, busca ayuda si la tristeza llega a extremos peligrosos para su vida. Los doctores señalan que es más común que una mujer acuda a una amiga, un familiar, o a un doctor para aliviar el malestar.

[118] Entrevistas realizadas entre el 20 y el 22 de febrero de 2007.

Laura señaló lo siguiente: *"Lo que pasa es que los hombres tienen otras formas de distraerse. Salen del trabajo y se van a tomar unas chelas con los amigos para desestresarse, y quieras o no, eso les ayuda a olvidarse un poco de los problemas. En cambio las mujeres están al pendiente de los hijos, de la casa. Los hombres finalmente sólo cumplen con el gasto, y ahí esta tu gasto y ya… ¡Por eso no me caso!".*[119]

Miriam comentó: *"Creo que las mujeres tenemos más trabajo: levantarse, cuidar a los niños para que vayan a la escuela, darles de desayunar, de comer, ayudarles con la tarea, y preparar todo para el día siguiente. Son muchas presiones, en cambio en los hombres es distinto. Ellos sólo tienen que cumplir con un horario de trabajo, pero es en un mismo lugar, y yo creo que no es tan estresante como las actividades de la mujer."*[120]

Elisa fue más lejos y comentó: *"Las mujeres sufrimos más esta enfermedad porque son los hombres los que nos ponen así, los causantes… No siempre, pero a veces sí pasa".*

7) Ansiedad

Para finalizar este capítulo expongo, a través de las entrevistadas un malestar que generalmente acompaña a la depresión: la ansiedad.

Emilia comentó: *"Es horrible. Sientes que no puedes estar quieta, te sientes alterada, con mucha energía, ganas de gritar, de hacer, de decir cosas. Es horrible, un vacío aquí,* (señala el estómago). *A mí me daba por comer mucho para llenar el vacío… Es un estado distinto a la depresión. Con la depresión se te quitan las ganas de todo, te sientes cansada, triste, a veces lloras… A mí no me pasa tanto. No lloro siento como si ya se me hubieran secado todas mis lágrimas."*[121]

Para Estela la ansiedad es: *"No te puedo decir, pero me sentía acelerada, el pulso acelerado, mucho calor, sudoración, una opresión en el pecho… A veces decimos que*

[119] Entrevista realizada el 14 de marzo de 2007.
[120] Entrevistas realizadas entre el 12 y el 16 de febrero de 2007.
[121] Entrevistas realizada entre el 13 y el 14 de febrero de 2007.

estamos angustiados por un examen, o algún otra cosa, pero lo que yo sentía era distinto. No paraba la sensación aún pasando el examen… Lo mismo pasa con la tristeza, todos la podemos experimentar, es normal. Con el tiempo pasa, pero la depresión no."[122]

Clara la define de la siguiente manera: *"Es una fuerza muy grande que no puedes controlar. Se siente en el pecho y no sabes qué hacer o cómo disminuirla. Es tanta energía que no sabes qué hacer con ella. No sé cómo describírtela…. Cuando estaba enojada me pasaba. Es una energía muy grande que no sabes controlar, incluso es la que te provoca que te quieras hacer daño, que te quieras matar. No es la depresión. La ansiedad es el impulso que te lleva, que va de la mano con la depresión, pero es la que te lleva a cometer locuras. A esas sí les llamo locuras, lastimarte o atentar contra tu vida y contra tu cuerpo."*[123]

8). Conclusiones del capítulo

En este capítulo abordamos la perspectiva *Illness* del Trastorno Depresivo Mayor a partir de las pacientes internadas en el Hospital. Con ellas descubrimos cómo el conocimiento de la depresión es adquirido a partir de su experiencia con la enfermedad y se vincula con el saber profesional de la misma. El modelo explicativo construido por las mujeres sobre su padecimiento atraviesa dos momentos: 1) Antes del internamiento. El cual se vincula con las experiencias y los eventos traumáticos que ellas identifican en su vida; y. 2) Durante el internamiento, el saber técnico-médico les proporciona las herramientas para entender que su malestar, ánimo y conducta está vinculado con una enfermedad. Es decir, con un mal funcionamiento del organismo. El modelo explicativo de las mujeres se construye a partir del *Illness*, experiencia con y de la enfermedad; y del *Disease*, el conocimiento técnico-médico de la misma.

La mayoría de las mujeres, a pesar de expresar como causa principal eventos en la vida o la muerte de un familiar, también mencionaron las explicaciones médicas que tienen que ver con: problemas en la tiroides, pequeñas epilepsias cerebrales, serotonina, etcétera. En las

[122] Entrevistas realizadas entre el 6 y 9 de febrero de 2007.
[123] Entrevista realizada el 27 de febrero de 2007.

entrevistas podemos notar la importancia que adquiere, al estar internadas en un hospital, el saber profesional o técnico del TDM. La explicación psiquiátrica aparece con más fuerza en las mujeres entrevistadas cuando sugieren que la depresión es una enfermedad que todo el mundo puede experimentar en algún momento de su vida. Todos estamos expuestos a vivir un evento traumático. Sin embargo reconocen que no siempre se llega a extremos tan graves como pensar en el suicido, hacerse daño a sí mismo, o a alguien más. En ese momento recurren al conocimiento técnico-médico para decir que la depresión, cómo ellas la viven y experimentan, no es una simple tristeza; es una enfermedad. Las causas se convierten en orgánicas y biológicas. No se puede controlar el estado de ánimo, los impulsos agresivos o violentos, porque viene de su interior, de su propio cuerpo.

Las mujeres entrevistadas ingresaron al Hospital por diversas causas: crisis emocionales fuertes ocasionadas por pleitos familiares, problemas maritales, intentos de suicido, y una de ellas buscando un tratamiento más efectivo para su depresión. El Hospital ofrece, en primer lugar, controlar la crisis, contener el malestar y medicar. Una vez que el paciente se calma y reacciona al medicamento se sugiere psicoterapia y continuar con el mismo. El internamiento es la primera fase del tratamiento. Ingresan por un periodo de 20-30 días. Internarse representa suspender su vida, convivir con otros pacientes psiquiátricos y enfrentar a familiares y amigos a los que tienen que explicar qué es un hospital psiquiátrico y qué enfermedad están padeciendo. Cabe recordar que las mujeres entrevistadas vivían la etapa del paciente caracterizada por Erving Goffman y explicada en el capítulo teórico. En esta etapa la persona construye su enfermedad a partir de reconocer que su malestar puede ser catalogado y tratado por un especialista.

Para las entrevistadas, si bien el medicamento cumple una función importante para el control de los síntomas, no olvidan que son ellas las que tienen la posibilidad de salir de la depresión si reconocen la causa y trabajan en ella. Es responsabilidad del individuo salir de la enfermedad y ubicarse nuevamente en la vida cotidiana. Si bien los antidepresivos cada día tienen menos reacciones adversas, las mujeres presentaban sueño y torpeza de movimiento sobre todo en los primeros días de internamiento. Una vez nivelada la dosis,

muchas de ellas mostraban un ánimo más elevado y control en su cuerpo. En ese momento comenzaba la desesperación y las ganas de regresar a su vida cotidiana.

Los primeros días en el Hospital están dedicados a la evaluación de las pacientes. Se realizan exámenes médicos para determinar un diagnóstico apropiado. En ese mismo momento se les suministra medicamento, y el paciente comienza a reaccionar a él. Si bien, después de un par de semanas las mujeres entrevistadas se sentían mucho mejor, en casi todos los casos decidieron quedarse en la institución hasta terminar con el tiempo indicado por los médicos. Para nueve de ellas, resultó beneficioso. Les ayudó a ser más tolerantes con otros, descansaron de sus actividades cotidianas y se olvidaron de su problemas. Sin embargo, no lograron sortear el aburrimiento: La terapia ocupacional no fue suficiente para mantenerlas ocupadas o activas durante todo el día, y las actividades que ahí realizaban no eran muy estimulantes. Dos de ellas, Antonia y Eugenia, optaron por suspender el internamiento antes del tiempo establecido. No soportaron la impaciencia, el aburrimiento y el sentimiento de vigilancia y control excesivo en el Hospital. María mostró impaciencia y aburrimiento pero, a pesar de eso decidió permanecer el tiempo estipulado por sus médicos.

El temor de las mujeres entrevistadas a sufrir una recaída, y la confianza que tenían en el tratamiento que estaban siguiendo hizo que la mayoría de ellas esperará que fuera el médico quien decidiera el momento de salir del Hospital. Ellas confiaban en que concluir con el tiempo estipulado de internamiento, les daba una mayor probabilidad de tener éxito y no padecer nuevamente una depresión. En la etapa del paciente el saber técnico-médico de la enfermedad cumple un papel fundamental en la construcción del rol del enfermo. Las mujeres acuden al Hospital sin tener claro qué les está produciendo un malestar de tal intensidad que las ha llevado hasta el punto en el que han atentado contra sus propias vidas. Ese extremo de poner en riesgo su vida o la de alguien más se convierte en el impulso para la búsqueda de ayuda. Ese momento en el que sienten que no pueden controlar sus conductas y estados de ánimo, les causa temor. No saben de qué pueden ser capaces. Está presente el miedo a volverse loca, a perder la razón.

Una vez que reciben el diagnóstico médico, las mujeres encuentran un poco de entendimiento. Aprenden que los síntomas que han experimentado, la ideación suicida, la irritabilidad, el mal humor, los sentimientos de minusvalía, la baja autoestima, la flojera y las pocas ganas de hacer cosas, son provocados por la enfermedad que padecen: *"el gusto por nada"*. Esto les da tranquilidad. Ahora saben que no están locas, están deprimidas. Padecen una enfermedad y no son ellas las causantes. Es su organismo el que tiene una falla que les provoca este tipo de reacciones. El diagnóstico médico de once de las doce entrevistadas asoció la depresión con una falla a nivel neuronal, mientras que la depresión de Clara era causada por un problema en la glándula tiroides.

Cuando las pacientes llegan al Hospital se identifica su malestar, se lo nombra, y entonces se le busca una explicación y un tratamiento. Ellas perdieron el control de sus actos pero están a tiempo de evitar que siga sucediendo. Intentaron quitarse la vida, pero ya saben que con medicamento y asistiendo a terapias pueden no volver a hacerlo. El control regresa a sus vidas y están salvadas de la locura. Por esta razón en algunos comentarios de las entrevistadas se expresa confianza de haber identificado a tiempo la enfermedad. Esto les da la posibilidad de controlarla y no dejar que se desarrolle más. También muchas de ellas, sobre todo las que habían recaído, se prometieron a sí mismas, no dejar el medicamento: *"las recaídas son peores",* señalaban. En ese momento asumen el control médico como la forma de evitar que el malestar continúe y por lo tanto, su enfermedad.

Para la mayoría de las entrevistadas permanecer en el Hospital les generaba temor y preocupación de ser identificadas y catalogadas como locas. Por eso evitaban, en algunos casos, hablar con familiares o amigos sobre su internamiento y enfermedad. Con el paso del tiempo su concepto de locura cambió. Empezaron a identificar que sus conductas y las de otras personas internadas son causadas por una enfermedad que como tal puede atenderse y solucionarse. Sin embargo todas ellas hacen una diferencia entre la depresión y otra enfermedades mentales. Este padecimiento no es locura, y si se detecta a tiempo se puede evitar que llegue a extremos no deseados, e incluso a no curarse. La depresión se manifiesta como una enfermedad previa a la locura que por lo tanto las hace diferentes a otros pacientes con trastornos mentales. Ellas cambian su percepción de la locura porque se

enfrentan a un hospital que atiende locos, pero ellas no lo están, ellas sólo padecen depresión. Lograron detectar a tiempo la enfermedad evitando un padecimiento mayor. Estar en contacto con personas internadas con diferentes diagnósticos hizo que para ellas la locura se transformara en múltiples enfermedades, con nombres, diagnósticos y tratamientos propios. Como sugiere Goffman, el estigma se transforma y construye constantemente. Las mujeres internadas no quieren ser vistas como locas, por lo tanto, manifiestan que están enfermas y que el hospital donde se encuentran es una clínica especializada para atender este tipo de males.

La psiquiatría no ofrece cura para estos padecimientos, sin embargo, cinco de las doce entrevistadas mencionaron que la depresión se puede superar siguiendo las recomendaciones médicas, y resolviendo sus problemas en alguna terapia psicológica o con el tiempo. Las cinco mujeres que se expresaron de esta forma tenían poco tiempo diagnosticadas y vivían su primer internamiento. Eugenia, Elisa, Rosa y Laura ya habían vivido varios episodios depresivos y crisis severas, por lo que ellas consideraban que difícilmente podrían superar esta enfermedad. Al contrario, las acompañaría durante toda su vida como sucede con otras enfermedades crónicas.

Por último cabe aclarar que este estudio se realizó únicamente durante el periodo de internamiento y no fuera de éste. Al momento de salir del Hospital las cosas pueden cambiar: dificultades económicas para comprar medicamento, asistir a una terapia psicológica, el prejuicio social hacia el tratamiento psiquiátrico, entre otros factores. Pueden modificar el discurso armado por las entrevistadas, en base a su experiencia con la enfermedad; y el saber médico puede adquirir otro significado o modificarse por completo.

Capítulo V.

Médicos

Este capítulo está dedicado al discurso técnico-médico del Trastorno Depresivo Mayor – la perspectiva del *Disease* – a partir de entrevistas realizadas a cuatro doctores. Dos de ellos se encontraban en el primer año de especialidad (R1),[124] y dos en el último año (R4). A todos ellos les cambié el nombre para guardar su anonimato. Seleccioné a los médicos en diferentes etapas de estudio porque me pareció pertinente obtener la perspectiva de quien comienza la especialidad y se enfrenta a la práctica psiquiátrica por primera vez; y de quien ya tiene tres años de experiencia. Los temas tratados con los psiquiatras fueron similares a los vistos con las pacientes. 1) La experiencia vivida por los doctores en el hospital psiquiátrico. 2) La depresión desde el punto de vista psiquiátrico. 3) Las causas del TDM. 4) El diagnóstico médico, cómo lo transmiten a sus pacientes y la comparación con otras enfermedades. 5) El tratamiento psiquiátrico y el internamiento como parte del tratamiento. 6) Éxito en el tratamiento. 7) La depresión en las sociedades contemporáneas y la depresión en mujeres. 8) Concepto de locura. Les agradezco a los médicos su participación en esta investigación, la confianza que me otorgaron para estar en el Hospital y el tiempo de la entrevista.

Los puntos tratados con los médicos permiten conocer y analizar la manera en que se construye la depresión como un *Disease:* el padecimiento visto como un mal funcionamiento biológico o psicológico del individuo. Los psiquiatras proporcionan el saber técnico-médico de esta enfermedad, y el modelo explicativo propio de los médicos. Este modelo explicativo, al igual que el de las mujeres entrevistadas, se refiere a las nociones sobre los episodios de enfermedad y los tratamientos que se empelan en el proceso clínico. Como Kleinman señala, los modelos explicativos ofrecen nociones de la enfermedad y opciones de tratamiento. En este capitulo conoceremos el modelo explicativo

[124] (R1) Se refiere a Residentes del primer año y (R4) Residentes del cuarto año.

médico que construyeron los psiquiatras entrevistados a partir de su experiencia en este rama médica y de su conocimiento científico de la depresión.

1). Experiencia psiquiátrica.

Al finalizar la carrera de medicina los estudiantes tienen la posibilidad de seleccionar una especialidad. El Hospital donde me encontraba ofrece a los interesados en psiquiatría una especialización de cuatro años trabajando dentro de la institución. El primer año se dedican únicamente a atender a pacientes internados, y consultas de urgencias. Durante el segundo año, los médicos en formación psiquiátrica se encargan de la consulta externa, tienen un consultorio asignado y cubren un horario de ocho horas atendiendo pacientes, con guardias nocturnas adicionales. Durante el tercer y cuarto año son rotados a consultas externas en diferentes hospitales psiquiátricos de la ciudad. Es a partir del tercer año que pueden decidir si un paciente necesita o no hospitalización.

La Doctora Ramos se encontraba terminando la especialidad. La Doctora Flores cursaba su cuarto año de especialidad. El Doctor García y la Doctora Martínez contaban con apenas dos meses en el Hospital. Los cuatro se mostraban contentos de trabajar en psiquiatría y encontraban la experiencia gratificante, pero consideran que es una especialidad difícil por el tipo de enfermedades y pacientes que tienen que atender.

La Dra. Ramos comentó: *"Durante la carrera de medicina solamente tenemos tres meses de psiquiatría, durante los 7 años de la carrera de medicina sólo son 3 meses de psiquiatría. Y entrar acá, a psiquiatría, es una medicina completamente diferente. Inclusive los primeros meses te tienen que enseñar a preguntar, porque no preguntas igual que en un interrogatorio médico normal, el abordaje del paciente es completamente distinto. Los medicamentos, como médico general realmente nunca los manejas, todo es completamente distinto. Incluso la experiencia es distinta. Al principio impactante, porque no sabes cómo lidiar con las emociones. Los pacientes, desde una primera consulta, te vierten todo el mar de emociones y se te hace el nudo en la garganta, o quieres decirle algo, pero sabes que no puedes hacerlo, y eso lo vas aprendiendo conforme practicas. Pero si creo que es una parte*

desconocida. Como médico general no es algo que hagas siempre. El tercer y cuarto año son los más interesantes porque te dejan rotar en consulta externa, pero de clínicas especializadas. Te mandan a los servicios externos de psiquiatría, así que puedes ir al centro, a servicios de hospitales generales, a centros de salud, son los dos años donde se supone tienes un conocimiento más fuerte de la psiquiatría y vas cambiando de servicios. En tercer año pasas por urgencias como rotación. Estas toda la mañana en urgencias, pero ya tomando decisiones mucho más fuertes".[125]

La dificultad de especializarse en psiquiatría no se debe solamente al tipo de enfermedades con las que se enfrentan. Existe también un estigma hacia los psiquiatras quienes se sienten excluidos del resto de la comunidad médica. La Dra. Ramos (R4) señaló:

"Hay un estigma muy grande respecto a la psiquiatría, y sobre todo dentro de la comunidad médica. Normalmente a los psiquiatras nos echan al traspatio de la medicina, lo ven como algo muy sencillo. Los psiquiatras son los médicos que no quisieron hacer medicina, y no tuvieron de otra y se fueron a psiquiatría. Pero no es cierto, la verdad, es una cosa muy compleja, porque implica un manejo completamente diferente de la persona… Es más que nada por ignorancia que se da esto".[126]

El Dr. García (R1) hizo un comentario similar al respecto: *"Todavía en nuestro país está muy estigmatizada la práctica psiquiátrica. Muchos pacientes antes de recurrir a nosotros dicen: "¡No!, ¡Al psiquiatra es que ya estoy loco, estoy muy mal!". Se van con el psicólogo, toman tés, medicina alternativa; como ven que no les va bien, vienen con nosotros, pero siempre es la última opción. Dentro de la misma rama médica el psiquiatra es visto como – aunque somos médicos – una especialidad que no tiene muy claro su objetivo. Se basan en otras cosas, porque no es lo mismo donde realmente tu ves, buscas y tocas. Aquí trabajamos con la mente, es diferente".*[127]

[125] Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.
[126] Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.
[127] Entrevista realizada el 10 de abril de 2007.

De acuerdo a mis entrevistados, los médicos que deciden estudiar una especialidad psiquiátrica se enfrentan al rechazo de otros médicos, y también a pacientes, que en un inicio, los impactan. La doctora Flores recordó la primera vez que visitó un hospital psiquiátrico.

Dra. Flores (R4): *"...La primera vez que visité un hospital psiquiátrico fue en San Luis, y es un hospital donde hay muchos pacientes crónicos, y uno entra – aparte son llaves que suena así como TAC, TAC – uno entra y los pacientes generalmente son muy amables, muy cariñosos, lo quieren saludar a uno y conocerlo a uno, y pues asusta porque se te vienen todos encima, pero realmente no te van a hacer nada. La primera vez que me quedé encerrada acá, en tratamientos de hombres, se siente horrible, horrible. Sin embargo uno aprende que realmente es el prejuicio, no pasa nada, son pacientes y ya, y hay uno más mal, y otros menos mal. Y ahorita ya me ha pasado que me quedo por ahí encerrada, y pues ni modo, paciencia y esperar a que alguien abra, pero al principio si es como el temor a lo desconocido, a ver cómo es el paciente. Ya cuando uno lo conoce bien ya sabes que cuando un paciente te va a atacar o te va a golpear la ley es correr, nada de tratar de, lo voy a convencer, no. Cualquier, por mínimo o exagerado, si el paciente te va a hacer alguna agresión hay que correr o avisarle a vigilancia."*[128]

Los R1 que entrevisté tenían dos meses en el Hospital. Sus testimonios respecto a la experiencia de trabajar en la institución responden a un primer acercamiento. El doctor García narró sus impresiones de las siguiente forma:

"En estos dos meses que he estado en este lugar, en este tratamiento, viendo pacientes hospitalizados, en un inicio fue como algo nuevo, obviamente algo aterrador, hasta cierto punto; pero finalmente sabes a lo que vas a venir, a lo que te vas a enfrentar… Desde que entré – a diferencia de muchos de mis compañeros, si no es que a todos, les daba miedo, les daba cosa, les causaba una emoción muy fuerte entrar al área donde estaban hospitalizados los pacientes – a mí todo lo contrario. Me gustaba, me llamaba la atención y me producía mucha curiosidad el por qué X paciente estaba así… Yo creo que muchos

[128] Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

sienten, o creen, que un paciente psiquiátrico es impredecible, y sí es cierto, muchas veces el paciente es así, impredecible, totalmente… Es miedo a lo desconocido… Muchos pacientes están desapegados de la realidad, y te da miedo el oír, o el ver, que un paciente está actuando de una u otra manera totalmente extraña e irracional. Yo no te puedo decir a ciencia cierta, porque a mi nunca me causó ese terror que manifestaban mis compañeros. Aquí, el primer día sí, porque no sabes a lo que te enfrentas. No sabes qué hay, y la imagen de un paciente psiquiátrico siempre es como muy estereotipada: típico paciente que está totalmente desapegado de la realidad, que golpea, que grita, que hace, pero a mí francamente fue el primer día, el segundo tal vez pero, ya el tercero, ya pasó… El hecho de sentir que no puedes salir en determinado momento de peligro te causa pavor, pero a mí no fue tanto eso, porque te digo, sabes a qué vienes. No fue tanto el sentir que me encerraban con botón y todo, no. Si no el hecho de saber qué había adentro, qué tipo de paciente había. Yo siento que es más bien por ahí, pero de mis compañeros, yo creo que sí, el hecho de sentirse encerrado, y no poder salir urgentemente en determinado momento, causa pavor.".[129]

En estos fragmentos de entrevistas observamos que un hospital psiquiátrico provoca, aún para quien estudia este tipo de padecimientos, miedo e inseguridad. Quedarse encerrado sin poder salir del área de pacientes y convivir con ellos constantemente resulta aterrador. Se enfrentan a personas que, como el Dr. García señala, se encuentras *desapegadas* de la realidad. Conforme adquieren experiencia, esa idea disminuye, no desaparece por completo, pero los pacientes se vuelven enfermos, personas con padecimientos que ellos están capacitados para atender y entender.

2). Depresión desde el punto de vista psiquiátrico.

En el capítulo anterior vimos la percepción que tienen las mujeres internadas sobre la depresión. Ahora toca el turno de la explicación médica: la perspectiva del *Disease*. Esta perspectiva, junto con la del *Illness* en el capítulo anterior, me permitirá relacionar ambos puntos de vista, y así mostrar cómo el discurso médico se convierte en la explicación más

[129] Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.

efectiva para las pacientes durante su internamiento. En este apartado encontraremos la definición de depresión, los tipos de depresiones que existen, las causas o explicaciones psiquiátricas respecto a lo que la origina, y el tratamiento que se recomienda para este tipo de enfermedades. Por otro lado, hablamos sobre el diagnóstico: cómo lo hacen, cómo lo transmiten al paciente, y cuáles son las herramientas que utilizan para llegar al más acertado.

la Dra. Ramos define el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) apegada al manual diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-IV): *"Es un trastorno del estado del ánimo. Características de ánimo bajo, pérdida de motivación, o de interés por las cosas cotidianas. Sentimientos negativos como: minusvalía, desesperanza, culpa. Alteraciones en apetito y sueño. Ideas de muerte e incluso ideas suicidas, y ya de gravedad, incluso también con síntomas psicóticos. Pero la definición clásica es un trastorno del estado del ánimo… Los tipos de depresión aceptados son: el trastorno depresivo mayor; está la distimia, que es como una depresión más leve pero duradera, es algo constante pero a través de años; la reacción de ajuste con síntomas depresivos, que son síntomas depresivos muy en relación con un evento agudo, y que dura poquito, que realmente no es tan grave y que se va a solucionar – ese es el tipo de síntoma depresivo que uno saca adelante sin tratamiento –; trastorno bipolar en fase depresiva, la diferencia es que no solamente tienen depresión, si no tienen elevaciones del ánimo que también traen problemas; y el trastorno depresivo secundario a sustancias, algunas drogas llegan a causar, a largo plazo, síntomas depresivos; algunos medicamentos, ahí les pones el apellido; y algunas enfermedades también como el hipotiroidismo; algunas epilepsias, esas no son depresiones puras sino secundarias".*[130]

La Dra. Flores (R4) introduce una perspectiva que no es tan apegada al manual, e intenta explicar cómo la tristeza se convierte en depresión: *"En términos bonitos, es cuando la tristeza se convierte en enfermedad. Digamos que todas las personas estamos expuestos a ponernos tristes de vez en cuando, pero cuando esta tristeza está interfiriendo en nuestro funcionamiento, por ejemplo, que ya no queremos ir a trabajar o por ejemplo, ya no se*

[130] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.

levanta, o no tiene ganas, o que no está comiendo, y esta teniendo problemas por no comer, no atiende a los hijos, o que llegan a pensar en atentar contra su vida, por ejemplo, eso sería uno de los síntomas psicológicos de la depresión. Ahí es cuando uno dice que la persona está triste porque falleció un familiar, o perdió el empleo; pero si continua ya se convirtió en algo que requiere de una atención especializada… Se puede hacer crónica, o cuadros recurrentes. Entonces mejor uno lo deja con tratamiento para que ya no recaiga, porque por cualquier cosita se van a deprimir, no nada más se ponen tristes. Hay que tratar de evitar eso porque cada depresión, recaída, es volverse a ir para abajo, y levantarse está pesado. La doctora Torres siempre pone el ejemplo de que cada depresión, o cada recaída es – lo dice con bipolares –, como si la pata de un elefante nos pisara. Puedes quitar al elefante, pero de todos modos uno queda apachurrado, y para volver a inflar hay que darle tiempo al organismo. Y si vuelve a ponerse la pata del elefante encima, y se vuelve a poner, entonces generalmente te quedas chiquito. Por eso hay que quitar la pata del elefante, pero también hay que darle espacio al paciente para que pueda recuperar su forma de antes. Generalmente quedan cicatrices".[131]

El Dr. García (R1) agrega que la depresión, por lo general, se asocia con tristeza, pero también se puede manifestar con irritabilidad: *"Hay algunos pacientes que llegan por ejemplo, a la consulta externa, y no han estado tristes, y ellos no lo reconocen, o no lo sienten así… "No, no he estado triste, estoy enojado, muy irritable, todo me molesta y no quiero nada, no quiero que hagan ruido, no quiero salir, no quiero hacer nada". Demuestran, o te manifiestan, todo lo contrario a lo que pudieras pensar de una depresión: cabizbajo, triste, lloroso y de más. Pero no, se puede manifestar de otra manera… Todo lo que te dice el paciente está relacionado con un ánimo deprimido. Está relacionado con no querer hacer nada, falta de energía, falta de querer hacer las cosas. Se sienten culpables, se sienten mal, se sienten de la fregada, se quieren quitar la vida, están pensando en la muerte. Cumple con todos los criterios que nosotros tenemos establecidos para un trastorno depresivo mayor. Finalmente, si tu le rascas al paciente, le encuentras el punto*

[131] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

que pudo haber desencadenado todo eso. Puedes desencadenar en él una reacción depresiva, una reacción de llanto, de tristeza."[132]

Las explicaciones expuestas señalan que la depresión es un trastorno en el estado de ánimo que se prolonga por semanas, y se acompaña con la manifestación de otro tipo de síntomas. Sin embargo, ¿Cómo pueden determinar el momento en que la tristeza se convierte en enfermedad? Al respecto la Dra. Ramos (R4) comentó: *"Cuando hay un deterioro importante en el funcionamiento del individuo y bueno, obviamente está muy de la mano con el tiempo: si hoy te levantas y estás un poco triste, al rato se te quita. Pues esa tristeza no hizo nada, realmente no te afectó en nada. Pero si es una tristeza constante, que lleva ahí un mes, ya no nada más tienes la tristeza, sino que empiezan a aparecer otras cositas que te afectan en el funcionamiento. Uno de los parámetros para definir que es una enfermedad es la afección del funcionamiento del individuo."*[133]

La Dra. Flores (R4) observa el mismo parámetro: *"El funcionamiento. También esta el tiempo de que, bueno, si fallece el familiar y pasan dos meses, y uno sigue triste, y no lo puedes superar, bueno, hay que ver que está pasando. Es alguien que hay que tenerlo al pendiente, pero en general el criterio básico sería la pérdida del funcionamiento".*[134]

3). Causas de la depresión.

En las preguntas realizadas a los médicos respecto a las causas del TDM, entrevistas predominan las explicaciones propias del saber técnico-médico, del *disease.* El Dr. García señaló: *"Finalmente esos son todos cambios de comportamiento y del pensamiento, pero se ha visto que orgánicamente se debe a la disminución de una sustancia que está en el cerebro, que se llama serotonina, y que disminuye su nivel en el cerebro, y eso hace que la parte del cerebro que controla las emociones se distorsione. Se ha visto que esa es la causa. De ahí que los medicamentos que se usan en psiquiatría para la depresión sirvan o quieran ayudar a elevar ese nivel otra vez, de esa sustancia en el cerebro… Hay*

[132] Dr. García. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.
[133] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.
[134] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

depresiones leves que consideramos se deben a factores externos. Factores que se pueden ir modificando con un tratamiento psicoterapéutico, con hablar con un psicoterapeuta… Sin medicamento, pero eso ya es a criterio y a valoración del psicoterapeuta".[135]

La Dra. Ramos comentó: *"Como no tenemos una cura, eso habla de que no tenemos bien identificada la causa; pero bueno, a nivel bioquímico sabemos que hay alteración en algunos neurotransmisores: serotonina, noradrenalina, probablemente también la dopamina pero; pues, ahí la duda entra. Hay depresión entre familias, entonces esto te lleva a pensar: ¿Esto viene de un defecto cerebral que está en determinadas personas y que se pasa genéticamente? o es sencillamente esto, que es de las más antiguas: errores de crianza que finalmente provoca que no puedas sobre llevar algunas cosas, pero esa es de las explicaciones menos aceptadas. Los medicamentos lo que buscan es que se aumente la cantidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica, este espacio que está entre neurona y neurona. Y bueno, eso es básicamente la teoría más fuerte. La verdad es que en ninguna de las enfermedades psiquiátricas se tiene la causa exacta. Eso es mucho el motivo de que no tengamos cura para ninguna de estas enfermedades. Pero bueno, hay propuestas, propuestas fuertes, sobre todo apoyadas en cómo se da la respuesta a los medicamentos, y esta neurobioquímica: la de los neurotransmisores para la depresión. Obviamente siempre que hablas con personas con depresión te hablan de detonantes, que son estas causas que desencadenan la depresión. No todos nos deprimimos, a todos nos pasan cosas fuertes y no todos caemos en una enfermedad, y yo creo que ahí depende mucho esta predisposición genética. Yo siempre he tenido la idea de que esto viene precargado en el cerebro, nada más hace falta un pequeño… Para que se detone en sí la enfermedad".*[136]

La Dra. Flores recurre a una metáfora interesante al respecto: *"Cada persona tiene un umbral para aguantar el estrés. Hay gente que aguanta un "rotoplas", y hay gente que desde que nace trae un vasito nada más, y aguanta menos, o la manera en la que maneja su estrés. También está la parte de la personalidad, el medio ambiente y la parte de la vulnerabilidad biológica que tenga cada uno. Si uno puede ser vulnerable, no sé, porque*

[135] Dr. García. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.
[136] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.

tuvo problemas al nacer y es biológicamente vulnerable pero pues su ambiente y su personalidad se desarrollan, digamos, normal, a lo mejor va a aguantar más alguien que el ambiente este del asco, y aunque biológicamente este un poquito mejor pues a lo mejor se va a deprimir. Tiene que ser la interacción, por eso son enfermedades de etiología múltiple… Uno puede genéticamente nacer así, te puedes deprimir, pero si toda la vida sale bien, no se va a deprimir, a menos que si le llueve sobre mojado, seguramente será gente que se deprima…. Cada quien tiene su nivel, su umbral. Por eso a mí ese ejemplo del rotoplas – tampoco es mío, se lo robé a alguien más, pero es muy bueno – hay quien nace con rotoplas de estrés, y hay quien nace con cubetas o pepsilindros… Lo neurobiológico uno se lo da con el tratamiento, pero el medio ambiente no se puede cambiar. Si el papá es alcohólico, y la mamá es una mujer sumisa – una historia de la vida real – y el paciente, tiene una personalidad donde es muy difícil confrontar esa situación. Uno le puede dar todos los medicamentos que quiera, pero siempre va a estar expuesto. Por eso uno le tiene que dar herramientas al paciente para enfrentarse a eso, porque no le vamos a cambiar al papá y a la mamá. Y ese es el esfuerzo que tiene que hacer el paciente, aprender a manejar, así como paga la consulta y toma el medicamento. Entonces dependiendo de la perspectiva que le plantee uno al paciente, en realidad si se tienen que esforzar, es un esfuerzo bastante intenso el que tiene que hacer, depende de cada paciente".[137]

Las dos primeras explicaciones tienen que ver con una perspectiva médica en donde la función cerebral es lo que ayuda a entender por qué el paciente está deprimido. La Dra. Flores también habla de la resistencia de cada individuo para afrontar los problemas que se pueden ir presentando en el transcurso de la vida. Me parece un acercamiento interesante porque, sin alejarse por completo del discurso médico, se asemeja a algunos de los testimonios de las pacientes

4). Diagnóstico médico.

El diagnóstico que hacen los médicos cuando ingresa un paciente al Hospital es fundamental, de eso dependerá la clasificación y el tratamiento de la enfermedad padecida.

[137] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

Para llegar al diagnóstico el médico somete al paciente a diversos análisis clínicos; herramientas que permiten obtener evidencias de la enfermedad, y un acercamiento a la causa de la misma. Para los pacientes es importante conocer los resultados clínicos, estos representan las pruebas de la enfermedad. Sin embargo, en psiquiatría, no existe una prueba real o específica que señale la existencia y ubicación exacta de una enfermedad mental. Pregunté a los médicos entrevistados cómo realizan el diagnóstico, y cuál es la función de los exámenes de laboratorio.

La Dra. Ramos indicó: *"... Ahí viene el punto de las clasificaciones diagnósticas. Igual es muy criticado, porque finalmente nos obliga a encasillar a una persona con una determinada etiqueta. Sin embargo, gracias a esa etiqueta, tu puedes orientarte un poquito a qué es lo que vas a hacer, qué tratamiento le vas a dar, y qué pronóstico le puedes ofrecer… Te encasillan a que el paciente, para que tenga determinada enfermedad, debe de cumplir a, b, c, d, sobre determinado tiempo, y así lo haces. Pero bueno, esa etiqueta te permite decir por ejemplo, en una consulta de urgencias: OK, según lo que me está platicando ha tenido tristeza la mayor parte del día, ha perdido el interés en sus cosas, se siente menos, se siente culpable, está durmiendo con problemas, problemas en el apetito, etcétera. Entonces yo creo que está deprimido, y exploras los puntos que te hablan de la gravedad como son: los síntomas psicóticos o la ideación suicida. Si están presentes, entonces con esto yo me oriento a que le voy ofrecer una hospitalización porque es una depresión grave. Si no los tiene, entonces es una depresión de leve a moderada. Ahí se les dice que se puede manejar, que se necesita medicamento, pero lo refieres a la consulta y así más o menos se hace para todos los padecimientos. Exploras lo que ya casi te sabes de memoria: para esquizofrenia debe de cumplir esto y esto; para un trastorno bipolar esto. Pero sí, con todo y eso, hay cosas que se te van a ir, sobre todo en los depresivos. Hay depresivos que tú no sabes realmente que no es una depresión solita, si no es parte de un trastorno bipolar. A veces te equivocas en eso. Lo metes al hospital, le empiezas un antidepresivo y se va a la manía. Entonces resulta que no era depresivo solito, era bipolar. Ese es de los casos difíciles, sobre todo si los familiares no te apoyan mucho con otros*

datos. También te apoyas en los familiares para preguntar otros antecedentes, si es la primera vez que se pone así, cómo lo han tratado…"[138]

La Dra. Flores señaló: *"Se supone que cuando uno ve a un paciente de corte transversal tiene que haber un diagnóstico a las 24 hrs. En psiquiatría, en general los diagnósticos cambian: alguien que hoy es deprimido mañana es bipolar; alguien que hoy tiene una depresión psicótica mañana es esquizofrénico. Se hace un diagnóstico transversal pero siempre hay que ver al paciente, y hacer una valoración longitudinal, y hacer los cambios de diagnósticos. Pero eso es por la variabilidad de la presentación de los padecimientos... En depresión, generalmente, la gente que busca ayuda ya sabe que están deprimidos, lo que no saben es por qué, o qué se puede hacer. Así que nada más es confirmar el diagnóstico y explicarles todo lo que está alrededor: los riesgos, los beneficios del tratamiento. Explicarles qué es, porque culturalmente todo es depresión. Primero se trata de ver si realmente está deprimido, confirmarles el diagnóstico y luego se les dice… Hacer un diagnóstico es parte del arte de ser psiquiatra, uno tiene que llegar al diagnóstico, y en estos criterios se ven a todos los pacientes deprimidos, y se hace una estadística de cuáles son los síntomas más comunes, que son los que vienen en el listado. Sin embargo pueden haber agregados, que no porque no vienen en la lista no forman parte de la depresión. Entonces cuando uno tiene un paciente deprimido, por ejemplo, no es nada mas quedarse con eso: está deprimido, le doy un medicamento, un chocho, y ya, se le quita la depresión. Sino ver qué lo llevó a deprimirse, qué problemas tiene en su casa. Y para poder intervenir: ya sea psicoterapia, o a lo mejor darle herramientas para manejar el estrés, para confrontar los problemas que está teniendo, que sean los que generen, de alguna forma, la depresión. Aunque hay depresiones que se repiten y se repiten, y ya el paciente es muy sensible, digamos, antes aguantaba un rotoplas de estrés, al rato con un vasito ya, se deprime, porque también como que aguantan menos. Entonces hay veces que ni siquiera la intervención de afuera va a ser suficiente, y hay que dejarlos con tratamiento crónico más la parte de la terapia".*[139]

---

[138] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.
[139] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

Si bien los médicos tienen que apegarse al Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales para hacer el diagnostico, saben que no es suficiente para determinar qué enfermedad presenta la persona. En los próximos dos comentarios observaremos cómo el paciente, que acude a la biomedicina para tratar su malestar, tiene la expectativa de encontrar pruebas de laboratorio que demuestren en dónde está la enfermedad. La psiquiatría no puede proporcionar pruebas de laboratorio como sucede con otras enfermedades. Para hacer un diagnóstico los médicos psiquiatras se basan en muchas cosas: en hipótesis científicas respecto a los neurotransmisores, en el manual diagnóstico, en los antecedentes del paciente, o la información que los familiares den respecto a cambios en la conducta y personalidad del enfermo. Para la psiquiatría los análisis que se realizan a los pacientes proporcionan piezas del rompecabezas que se tiene que armar al momento de diagnosticar a una persona, pero no ofrece pruebas contundentes. Funciona como una manera de tranquilizar al enfermo y a sus familiares; y de utilizar el poder del conocimiento científico que, para quien lo ejerce, es capaz de demostrar, comprobar y curar la enfermedad. Aunque en este caso sólo se aspira al control del malestar.

Al respecto, la Dra. Ramos (R4) comentó: *"La dificultad de la psiquiatría es que no tenemos pruebas de laboratorio que te digan qué es. En otras enfermedades lo sospechas por medio de un interrogatorio clínico, y le dices "le voy a mandar a hacer esta prueba, y seguro con esto sale el diagnóstico", y acá no… La pregunta es: "si no existe la prueba ¿pues para qué me hacen todo esto?" Y lo que les digo es "mire, hasta ahorita por lo que estamos platicando, yo creo que usted tiene un problema depresivo, ansioso o psicótico". Los estudios se hacen para poderle poner un apellido, porque por ejemplo, hay problemas de tiroides, o problemas metabólicos, etcétera, o un tumor que puede dar esas manifestaciones; entonces ya no es puro, ya no sería una depresión pura, sino a lo mejor sería un trastorno depresivo secundario A, y entonces ya le pones un apellido. Realmente para eso se hacen los estudios, para descartar que no haya una causa médica, anatómica, que esté causando estos síntomas psiquiátricos… El paciente va con el médico esperando que le haga todas las pruebas de sangre y que le mande algo, aunque sea una vitamina, pero le mande algo, eso es algo que siempre te pide el paciente. Pero bueno, yo en lo personal siempre trato de decirles eso, que en psiquiatría no… Yo siempre trato de dejar*

muy en claro que no, no hay nada que me haga el diagnóstico de esto, pero sí me sirve para saber que estamos en el tratamiento adecuado, y que no tiene, además de lo que estamos viendo, algo más: que haya una epilepsia, un tumor, algún problema de tiroides, azúcar, etcétera… Si los resultados salen todos normales no quiere decir que no haya una enfermedad, hay una enfermedad, pero es de tipo psiquiátrico… Y pues ahorita no hay nada qué medir en su cerebro, para que yo le pueda decir: esto es lo que está alterado. Si salen todas bien no quiere decir que no haya nada, sino que es puramente psiquiátrico. Esto es, una alteración más de sustancias bioquímicas, como los neurotransmisores, serotonina, noradrenalina; y te digo, de manera así común, no es algo que puedas medir mucho, eso más o menos les explicas… Seguro si pudiéramos medirlos, esos si estarían alterados; pero bueno, no podemos, y lo demás que si podemos hacer pues eso aparentemente está normal.".[140]

El Dr. García (R1) explica a sus pacientes la escasez de pruebas clínicas de la siguiente forma: *"Uno de los problemas del paciente psiquiátrico no es que no entienda, si no que no le explican claramente a qué se debe su padecimiento. En medicina, en general, un paciente puede llegar y decirte: "me duele la panza, vengo a que me alivies, y también vengo a que me expliques porque me duele la panza". No se va a quedar conforme con que tú le des tratamiento, se le quite el dolor, y te diga, "bueno ya se me quitó el dolor, gracias doctor". No, el paciente, y como seres humanos, siempre tratamos de buscar el origen de las cosas, por lo que tú quieras: para prevenir, para conocer, para saber qué hacer cuando se vuelva a presentar, para estar tranquilo. Saber te da paz, tranquilidad; y pasa lo mismo con los padecimientos psiquiátricos. Solamente que en los padecimientos psiquiátricos hay muchos tabúes, entonces, algo que sirve mucho es la psicoeducación. Educar al paciente sobre el padecimiento, y explicarle todo eso, y cuando son por ejemplo, trastornos de personalidad, hay que explicarle que su alteración no va a salir ni en un electroencefalograma, ni en ninguna resonancia; es algo de su desarrollo, y que eso lo tiene que ir sacando, manejando con psicoterapia. Es parte de la educación el decirles que*

[140] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.

no hay una prueba física de su padecimiento. Ese es el origen que no hay un prueba de donde está el origen"[141]

4.1). ¿Cómo transmiten el diagnóstico? Comparación con otras enfermedades

Los médicos manifiestan que una de las dificultades que hay en el trabajo psiquiátrico es lograr comunicar al paciente qué tipo de enfermedad tiene y cómo puede llegar a controlarla, no a curarla. Para el médico psiquiatra resulta complejo explicar a sus pacientes por qué su personalidad y su comportamiento se están convirtiendo en un problema que afecta su salud. Igualmente complicado es hacerle ver al paciente que la enfermedad puede llegar a acompañarlos durante el resto de su vida, y que por lo tanto, tienen que manejarla con el tratamiento adecuado, medicamento y, en ocasiones, terapia psicológica. Los médicos recurren a analogías con otras enfermedades, como la diabetes o la hipertensión, para que el paciente entienda, que la depresión, u otro trastorno mental es una enfermedad como otras, y que debe ser atendida.

Al respecto la Dra. Flores comentó: *"De las partes más importantes de la psiquiatría es educar al paciente del padecimiento. Entonces, como parte de la educación, se les explica lo que estadísticamente se ha encontrado de porcentajes de remisión, de recaídas, de que de plano no van a responder, o de resistencias al tratamiento; y uno con números trata de hacerlo más evidente. Sin embargo, el que lo va viviendo es el paciente, porque es él quien mejora, y es él quien recae. Y bueno, no siempre es fácil explicarle, depende mucho de la conciencia que tiene cada paciente, y el prejuicio que hay acerca de la propia enfermedad. Lo que generalmente hacemos es compararlo con enfermedades bien conocidas, como por ejemplo la presión alta: todo mundo sabe que es algo crónico… O es como la diabetes que es más aceptado. Generalmente se compara con la diabetes, es lo que hacemos, o cuando les pega muy fuerte lo comparamos con cáncer, pero depende del paciente".*[142]

---

[141] Dr. García. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.
[142] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

Al preguntarle a la Dra. Ramos sobre las analogías que se hacen con otras enfermedades comentó: *"El paciente mismo se está culpando mucho: "Es que no soy lo suficientemente fuerte para poder con esto, y es que no sé echarle ganas, y por eso me enfermé", y no. A ver "cuando usted se enferma de diarrea, y tiene un dolor horrible, y tiene que estar en el baño, ¿si le echa ganas se le quita el dolor y deja de ir al baño?" "No pues no" "bueno, entonces es similar, ¿qué necesita para que se le quite la diarrea? ¿un antibiótico, una dieta?, así, igualito". Esta comparación con las enfermedades crónicas las usan sobre todo en enfermedades como esquizofrenia o bipolaridad, en donde necesitas tomar un medicamento y hacer cambios importantes en tu estilo de vida para más o menos controlar la enfermedad. Otro punto que les dices es que, desafortunadamente, ninguna enfermedad psiquiátrica, hasta el momento se cura. Ni la depresión, ni la ansiedad, nada. Tenemos puros controles, no tenemos nada que lo cure".*[143]

Sin embargo no es lo mismo padecer una diarrea, un dolor de cabeza o un resfriado que un trastorno emocional. En este caso hay que aceptar un diagnóstico psiquiátrico que hace referencia a enfermedades que no son visibles y que no generan pruebas de laboratorio. El momento en que el paciente recibe su diagnóstico es fundamental en el proceso de construcción de la enfermedad. Puede ser conflictivo para el enfermo y llevarle tiempo asimilar, y entender la explicación que ofrece la psiquiatría a su trastorno. Más aún si consideramos su carácter incurable y crónico. Cuando el padecimiento tiene que ver con un trastorno de la personalidad es todavía más complejo: no existen medicamentos y el tratamiento se basa únicamente en psicoterapias.

La Dra. Flores hace una distinción entre la personalidad y el carácter de la enfermedad entendida como un malfuncionamiento orgánico: *"...Tiene que ver con el carácter, con la personalidad, porque esas son las herramientas que tiene uno para manejar el estrés y para enfrentarse a las situaciones de la vida cotidiana. En algunas personas puede causar mayor o menor estrés, pero como el mecanismo de la patología a pesar de que son síntomas psicológicos, también tienes una parte física. Los mecanismos, el estrés que sería algo externo, no visible, genera cambios a nivel de todas las sustancias neurotransmisoras,*

[143] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007

hormonas. Y todos los cambios que se generan dentro de la sintomatología específica tienen una base biológica más o menos reconocida, dependiendo del padecimiento. Entonces cuando uno les explica estos mecanismos, y cómo se está manifestando para cada paciente, y lo compara con la diabetes, que tampoco se ve, porque digamos que las alteraciones son en la parte de la sangre, no se ve, no se siente, no duele, pero afecta – por ejemplo, los ojos, los riñones, varios órganos –, pues no es difícil hacer la comparación, y para el paciente es más fácil entenderlo así… Es más fácil también para un paciente aceptar la depresión como una enfermedad que sí está dentro del organismo, que si fuera nada más algo psicológico; porque a lo psicológico todavía a la gente le da temor. Pero los síntomas sí son psicológicos… Yo les explico cómo los sentimientos pueden ser algo fisiológico, porque también el mismo cerebro va modulando nuestras emociones, y bueno, la vida cotidiana. Pero pues uno trata de expresarlo de una u otra manera, y trata de dar ejemplos muy burdos como la diabetes, o a lo mejor de otra forma, que el paciente entre en conciencia". [144]

Los médicos juegan un papel importante en la aceptación y construcción del rol del enfermo. Los pacientes reúnen la información proporcionada por sus médicos para justificar y entender sus conductas, comportamientos y sentimientos fuera de lugar que los llevaron al internamiento. Una vez que identifican su malestar como una enfermedad no provocada por el individuo, sino que obedece a un mal funcionamiento de su organismo, todo adquiere sentido. Las pacientes saben que no sólo con echarle ganas saldrán adelante, o que con estar internadas 20 días la depresión desaparecerá. Aprenden que es un proceso largo, que en ocasiones no dará los resultados esperados y por lo tanto pueden recaer, necesitar más medicamento, o buscar uno nuevo que les ayude a salir de las crisis que se puedan llegar a presentar.

El rol del enfermo lo construye el paciente a partir de la explicación médica de su padecimiento. El médico representa la autoridad, el portador del conocimiento y de la explicación válida. El paciente, al obtener información técnica-médica sobre su enfermedad, puede explicar su padecimiento a otros, reconstruyendo lo que le dice el

[144] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

médico y no sólo imputárselo a una experiencia difícil en su vida. En las entrevistas a pacientes aparece el *disease* en el momento en que se cuestionaba ¿por qué una persona cae depresión y otra no a pesar de haber sufrido eventos traumáticos similares? Recuerdo que María, una de las entrevistadas, comentó que su hermana no entendía por qué la habían hospitalizado, si en todo caso ella había sufrido más. María contestó que entonces a lo mejor ella sí tenía algo mal en la cabeza. Este ejemplo revela que la causa orgánica del padecimiento es fundamental para el enfermo, le ayuda a explicarse sus diferencias con otras persona.

5). Tratamiento psiquiátrico para la depresión.

Una vez que se llega un diagnóstico y se le transmite al paciente, los médicos ofrecen un tratamiento. En el caso del Hospital las personas llegan en estado de crisis o por un intento de suicidio. La primera acción es medicar para controlar y calmar al paciente. Simultáneamente se construye el diagnóstico a partir de las pruebas y entrevistas realizadas a pacientes y familiares. Una vez estabilizado el ánimo, los psiquiatras se preocupan por encontrar el medicamento y la dosis adecuada, y así atacar el mal funcionamiento orgánico que generan la depresión. En la perspectiva del *disease* lo fundamental es contrarrestar ese mal funcionamiento. Generalmente esto se consigue a través del medicamento.

La Dra. Flores habló sobre el tema: *"El medicamento como tal, lo que hace es volver al equilibrio las alteraciones de los neurotransmisores que se ha visto que están implicados. Sin embargo no se sabe bien la causa neuroquímica de la depresión. El antidepresivo lo que hace es recuperar el equilibrio, tanto de los neurotransmisores, como de todos los sistemas de hormonas o del sistema inmunológico; y por eso son tan lentos, porque tienen que ir reestructurando todo, y se deja en mantenimiento como para afianzar la mejoría… Desafortunadamente no hay un medicamento específico para un receptor o para una sustancia. Todos los fármacos para el padecimiento que sea van a tener efectos secundarios, pero afortunadamente la industria está trabajando en eso, y cada vez los efectos secundarios son menos terribles, digamos: dolores de cabeza, nausea;*

generalmente son limitados. Entonces se les puede ofrecer buena calidad de vida con el medicamento".[145]

Con respecto a los efectos adversos y críticas que surgen hacia los medicamentos psiquiátricos, principalmente los antidepresivos, la Dra. Ramos señaló: *"Una de las críticas a uno de los antidepresivos, es que en los primeros días todos se tardan en hacer efecto. En los primeros días todavía están las características de la depresión, pero lo que se agrega es un pequeño impulso que te empiezan a hacer los antidepresivos. Entonces, en algunos países, se hizo la crítica de que con el inicio de los antidepresivos era más fácil que se cometieran intentos de suicidio en el principio del tratamiento, porque te agregan una chispita que antes no tenías, pero sigues con las molestias de la depresión".*[146]

Respecto a los efectos adversos del medicamento psiquiátrico, la Dra. Martínez explicó: *"Hay antidepresivos que causan resequedad de boca, nausea, mareos, que es lo más frecuente otros; pueden llegar a causar impotencia sexual, y por eso muchos pacientes lo llegan a dejar, porque si les altera bastante su vida sexual, cotidiana. Depende mucho del tipo de antidepresivo pero hay varios grupos".*[147]

La Dra. Ramos complementa: *"De los antidepresivos algunos te generan más ansiedad los primeros días, sobre todo los que son activadores, otros dan sueño. De los más frecuentes, también es el aumento de peso, en los nuevos ya no, pero en los clásicos: el prozac y todos esos, si hay un poquito de aumento de peso… Hay alteraciones en el deseo sexual, por ejemplo en los hombres hay alteraciones en la eyaculación, en algunos hay dolorcitos de cabeza, son los más frecuentes, y te digo, eso varía de persona a persona, y tienes que decírselo sino te van a decir: "me dio esto y me hace sentir más mal". Para empezar, para que se tomen un medicamento psiquiátrico, es muy difícil. Están los mitos de que un antidepresivo te hace adicto, tienes que explicarles: "mire, de todos los medicamentos que usamos los psiquiatras, sólo hay unos que sí tienen un riesgo de adicción. Los usamos, pero con mucho cuidado, y son los tranquilizantes, pero de ahí en fuera, si usted toma el*

[145] Dra. Flores. Entrevistar realizada el 17 de abril de 2007.
[146] Dra. Ramos. Entrevistar realizada el 5 de junio de 2007.
[147] Dra. Martínez. Entrevista realizada el 10 de abril de 2007.

antidepresivo podría, tomarlo de por vida" y de verdad es que no hay ningún riesgo de adicción… Pero ¿por qué? Si ellos te preguntan eso, entonces tienes que decirles… Medio les calma eso, pero si se topan con la vecina que les dice: "no te tomes eso que causa adicción". Otra vez las dudas, y tienes que volver, y tienes que decirles de una manera muy sincera que, éticamente como médico, también estaría mal si tú le dieras algo que le causara problemas".[148]

El tiempo que dura el tratamiento, y por lo tanto el consumo del fármaco, es muy variado. La Dra. Martínez lo explica: *"Dependiendo del tipo de depresión, cuando es un episodio único, o que es recurrente, que ya van varios episodios, se les recomienda un año. Hay pacientes que dos años, y hay pacientes que toda la vida lo tienen que tomar. Tienen tantos episodios que se recomienda que toda la vida lo tomen".*[149]

Respecto a esto la Dra. Ramos acotó: *"Normalmente son entre catorce y dieciocho meses, como para que asegures que no tenga una recaída. Pero sí le dices que el medicamento no lo es todo, que durante el tiempo de tratamiento tú junto con el paciente vayan ganando estrategias. Si ya tuvo un episodio depresivo es muy probable que tenga otro, porque no la estamos curando. También el punto, sobre todo de la terapia, es eso, ayudarle a ganar estrategias para que no le vaya tan mal con los problemas".*[150]

5.1.) El internamiento como parte del tratamiento psiquiátrico.

Parte del tratamiento que ofrece una institución dedicada a los trastornos mentales es el internamiento. Se sugiere que se internen aquellos pacientes que presentan ideación suicida, o ya hayan cometido un intento de suicido.

La Dra. Flores comentó: *"Al principio no había tratamiento. Son enfermedades crónicas, entonces generalmente se deterioran los pacientes y la familia no podía con ellos; y aparte el prejuicio de tener un familiar enfermo. Y ahorita que ya tenemos medicamento, se sabe*

[148] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.
[149] Dra. Martínez. Entrevista realizada el 10 de abril de 2007.
[150] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.

más y se trata de enseñar a los familiares y a los pacientes… Cuando se hospitaliza se trata de atacar la parte aguda. Se quita el riesgo, y se tienen que regresar a la casa. Por ejemplo, acá las hospitalizaciones son de 21 días. La mayoría de los hospitales todavía tienen pacientes agudos, crónicos. Desafortunadamente estos pacientes ya están abandonados. Esa es la otra cosa: ¿Por qué abandonar a un paciente? Porque no se respetan sus derechos humanos".[151]

Respecto al encierro en una institución psiquiátrica la Dra. Flores explicó: *"Digamos, están encerrados porque están con llave, pero en todos los hospitales te ponen alguna pulserita, o sea, no te puedes salir de ningún hospital hasta que te den de alta, y acá lo mismo, nada más que se trata de… Tiene más seguridad por el hecho de pacientes que tienen riesgo suicida a lo mejor se salen y se avientan de aquí, del barandal, y luego se tratan de escapar. Por ejemplo, los que están en manía que no tienen en ese momento un juicio, pueden tratar de hacer cosas que para ellos, en ese momento, sienten que las pueden hacer; pero es perjudicial, y eso se convierte en un riesgo para ellos o para terceras personas. Y esa es la idea de tenerlos en un lugar contenidos, no tanto de encerrarlos. De hecho, se supone que no están encerrados, tienen derechos, llamadas telefónicas si lo requieren. Los tenemos con ropa personal, no están en bata como si estuvieran enfermos… Psicológicamente la percepción es que sí están encerrados, y bueno pues sí están con llave, pero en general es para contenerlos del riesgo. Los pacientes firman de acuerdo. Tú les explicas, y entonces se supone que sí deben de tener algo de estrés pero en general no. Hay quienes llegan y piensan que es un hotel, "vengo a internarme porque estoy muy estresada"… Así que depende del paciente. Pero en general la idea es que sea benéfico el internamiento; sino, no se lo referimos. Cuando no creemos que es benéfico, se trata de disuadir al paciente de internarse, a menos que sea estrictamente necesario por el riesgo".*[152]

Como vimos en las entrevistas a las mujeres entrevistadas, la mayoría señaló que el internamiento había sido un buen momento para descansar, para pensar en lo que querían hacer o simplemente olvidarse de los problemas cotidianos. Claro que ellas podían sentirse

[151] Dra. Flores. Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.
[152] Dra. Flores. Entrevista realizada el 11 de abril de 2007.

así porque su diagnóstico lo permitía. En trastornos o cuadros más complicados el sentimiento no es el mismo. En este Hospital el internamiento es voluntario, y en el momento en que lo decidan pueden irse. La posibilidad de salir provoca que los pacientes no se sientan amenazados u obligados a permanecer en la institución. Tal vez este sea el motivo por el que las mujeres entrevistadas resaltaron el beneficio de un tratamiento que implica aislamiento y la interrupción de sus vidas.

Respecto a los pacientes que se internan en el Hospital el Dr. García señaló: *"Aquí en el Hospital se interna a pacientes que tienen riesgo para él o para otros. Cuando un paciente ya muestra conductas de riesgo, entre ellas por ejemplo, la idea persistente de quitarse la vida… Hay algunos que tienen ya todo un plan elaborado, que esos inmediatamente se internan, porque ya tienen la idea, ya tienen el modo, ya tienen la forma, ya tienen el método, ya tienen todo estructurado. Entonces en ese momento se les sugiere el internamiento. O hay unos que ni siquiera tienen la menor idea de cómo hacerlo, pero dicen, es que sí, en cuanto yo vea alguna oportunidad me voy a quitar la vida, e igual también van para adentro, se les sugiere internamiento. O cuando representan ya algún tipo de idea delirante, psicótica, algún tipo de síntoma psicótico que puede representar un peligro para otros… Todo se resume a que se internan cuando existen conductas de riesgo para él, o para otros. Es cuando se les interna… En este tipo de casos es beneficioso porque los tienen vigilados, los tienen controlados. Les empiezas a dar medicamento, y les empiezas a regular esas sustancias, y ves cómo va respondiendo el paciente… Sí es beneficioso porque lo tienes vigilado; y perjudicial, yo creo que no es perjudicial, porque finalmente para eso esta aquí, para ayudarlo".*[153]

Este doctor señala que el paciente puede llegar a ser un peligro para otros. Esto se relaciona con lo que veíamos en Berger y Luckmann y lo que ellos llaman, el mantenimiento de los universos simbólicos. Finalmente el loco, el internado en un hospital psiquiátrico, puede provocar un desequilibrio social en la percepción de la realidad, de la vida cotidiana; por lo tanto, el internamiento sirve para aislarlo y así evitar un desequilibrio en otros miembros del grupo social. El hospital es una manera de controlar y vigilar a aquellas personas que

[153] Dr. García. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.

pueden atentar contra su vida, o bien, contra la vida de terceras personas. Funciona como un contenedor de emociones, de situaciones que no pertenecen a las reglas o parámetros de lo social, y por lo tanto tiene legitimidad. En el hospital se controlan las conductas, se regulan. Por ejemplo, Emilia comentó que en el Hospital se quedaban sus malos ratos, sus gritos, sus momentos de crisis, y al salir de él todo eso desaparecería, y con un poco de suerte no volverían.

Con las doctoras del último año de la especialidad abordé una discusión actual en psiquiatría: la pertinencia de la existencia de los hospitales psiquiátricos. Comentaron que en otros países, Canadá por ejemplo, se ha propuesto reducir el número de hospitales psiquiátricos; y bajar el tiempo de internamiento a dos o tres días únicamente.

La Dra. Ramos opinó: *"Existe un movimiento, que es el movimiento de desinstitucionalización. Ahí en realidad no es tanto de desaparecer los hospitales psiquiátricos, sino de desaparecer los asilos. O sea, entendiéndolo como manicomio, desaparecer los manicomios. Ha habido grandes problemas porque el punto es que se están desapareciendo los manicomios, pero no se tienen los suficientes apoyos sociales para darle sostén a esa población que se está echando a la calle. La gente que sacaron de los manicomios, y no tienes en dónde ponerlos – porque incluso la familia los rechaza –, y es un problema nuevo para México porque como la mayoría de los países del tercer mundo vamos atrasados en esto… La intención es tener menos sedes hospitalarias, es decir, que el tratamiento hospitalario sea lo menos que se esté dando como tratamiento. Con la intención de realmente rehabilitar y reinsertar al enfermo, a que funcione. Muy en está cuestión, en que realmente debe funcionar y ser útil en la sociedad. Pero es bien complejo porque necesitas, si quitas el hospital psiquiátrico: club houses, hospitales de medio día, hospitales de medio camino, incrementas los servicios de salud en centros de salud, y en hospitales generales. Entonces, antes de quitarlo, se tiene que poner toda esa base, si no, no va a funcionar… Hospitalizarte ya te marca con una etiqueta. Ya te estigmatiza, entonces que diferente sería si dices: estuve hospitalizado en el GEA González por una apendicitis, por un parto, o por otra cosa; a decir estuve hospitalizada en un psiquiátrico. Inmediatamente se te adhiere la etiqueta… Entonces disminuye el estigma. Favorece más*

la utilización de recursos, no es lo mismo decir voy a consulta al GEA, que voy a consulta al psiquiátrico. Promueve la utilización de recursos, y sobre todo eso, promueve que sean rehabilitados, que realmente funcionen. Tú los metes a un hospital 21 días, y son 21 días que no trabajan, y no se va a recuperar esa funcionalidad de la noche a la mañana, se van a tardar un rato en volver a tener todo el funcionamiento que tenían antes… Para que ellos vuelvan a agarrar el tren que traían antes, cuesta trabajo. Entonces eso es lo que disminuiría el que quites las hospitalizaciones… Está ideal pero todavía falta un rato".[154]

La Dra. Flores comentó al respecto: *"... La idea es que, por ejemplo, en Canadá, en los lugares donde se está investigando más, ni siquiera son hospitalizaciones. A veces se dejan dos o tres días en un hospital general, en un área especial; pero ya ni siquiera hay hospitales psiquiátricos. En Canadá no hay hospitales psiquiátricos, la idea es que ni siquiera haya hospitales. Sí psiquiatras, que vean la parte aguda, lo urgente, y ya todo lo demás lo tienen que hacer en su casa. Rehabilitado, integrado a la sociedad, en lo que más se pueda. Esa la parte nueva, que aunque ya tiene muchos años, por lo menos aquí en México no se ha logrado".*[155]

6). Éxito en el tratamiento

Para los médicos, los pacientes que tienen mayor éxito en el tratamiento, son aquellos que reciben más mayor apoyo de su familia y que logran construir una consciencia de enfermedad. Al respecto, la Dra. Ramos señaló:

"Primero que nada yo creo que la consciencia de enfermedad, eso es algo bien difícil de lograr. La otra cosa que tiene mucho que ver es la relación médico-paciente. Realmente ¿qué tanto el paciente te está creyendo lo que dices?, y esto tiene que ver con cómo lo tratas, si lo escuchas, si le estás explicando, si le tienes la paciencia para informarle a él y a los familiares, si no te creen no se toman nada. Y los efectos secundarios, un medicamento con muchos efectos secundarios seguramente te lo va a botar. Yo creo que son de lo puntos más específicos. Y en función de eso yo creo que también es muy

[154] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 5 de junio de 2007.
[155] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

importante reconocer la percepción de la enfermedad de los pacientes, porque según lo que están percibiendo atribuyen, y si atribuyen a que no es una enfermedad, y no requiere de un manejo médico, seguramente no lo van a tratar".[156]

Este comentario es interesante. Si la persona no reconoce que lo que tiene es una enfermedad, seguramente no continuará con el tratamiento fuera del Hospital. Las mujeres que entrevisté se convencieron, por lo menos en el momento del internamiento, que la depresión es una enfermedad que debe ser tratada con medicamento. ¿Hay una aceptación real de la enfermedad, o únicamente el momento del internamiento lo permite? Para los psiquiatras la familia juega un papel determinante en el éxito del tratamiento. Es en ellos donde se encuentra la decisión de continuar, o no, con este. La familia evalúa la atención que está recibiendo el paciente, y en base a eso consideran si es pertinente mantener, o suspender el medicamento y las recomendaciones médicas para el malestar.

El Dr. García señaló: *"...En ocasiones hay pacientes que tienen familia que no creen en estas cosas, o que creen que la persona se está haciendo, que está fingiendo, o que no le pasa nada, y pues tienen cero apoyo, cero apoyo emocional, y finalmente todo eso merma en la recuperación del paciente psiquiátrico. En la vida cotidiana, por ejemplo, si tu vas a pedir un trabajo y dices que tienes trastorno bipolar, o tienes depresión mayor, o simplemente que estas tomando tratamiento psiquiátrico: ya es un estigma. Yo creo que para muchas enfermedades también, no sé, si vas y pides un trabajo, y dices que tienes diabetes pues también como que te pueden poner trabas. Pero en lo psiquiátrico es un poco más, porque mucha gente desconoce los padecimientos psiquiátricos, digo, la diabetes a lo mejor porque puedes decir: "mi vecina tuvo, y sé que es así y tal", pero es muy raro encontrarte alguien que al pensar en psiquiátrico no haga sinónimo de loco. "Quién sabe que vaya hacer, se va agitar, se va a poner todo mal, agresivo, puede atacarme". Es esa asociación: psiquiátrico igual a loco, a locura. Porque finalmente es un desconocimiento, y lo desconocido al ser humano por supuesto que nos da miedo… Nos han llegado pacientes que viven en un medio urbano, minimizan todo: "Es que es flojo porque no quiere hacer nada, quiere estar acostado nada más, le dices que haga algo, y no lo quiere hacer, ya no*

[156] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 29 de mayo de 2007.

sale con sus amigos, nos grita, se enoja, no quiere que uno lo toque, casi no duerme, está bien distraído, no pone atención en nada". Lo minimizan de tal forma que creen que el paciente está fingiendo, que el paciente lo esta haciendo a propósito".[157]

Como señalamos en el capítulo de las entrevistadas, las mujeres reciben críticas por no atender sus labores, cuidar a sus hijos, etcétera. Una vez que el psiquiatra les dice que se debe a una enfermedad, y que no son flojas, la carga negativa de esas características de la depresión puede, por lo menos a nivel individual, llegar a desaparecer durante su internamiento en el Hospital.

La Dra. Ramos señala que en la familia es dónde se toma la decisión, o no, de recibir algún tipo de atención al malestar: *"Hay dos componentes principales para el uso de determinado servicio de salud. Una es la percepción y las atribuciones que tengan de determinada enfermedad, y ahí se incluye qué tan grave están percibiendo la enfermedad. Y la otra es el comportamiento activo, lo que deciden hacer: busco o no atención, con quién voy; y en eso es determinante la familia. Hay pacientes psiquiátricos que están encerrados en sus casas, aislados de todo contacto, ¿quién hace eso? la familia. Un poco por pena, por ignorancia, por enojo, etcétera. La familia es determinante para poder decir: ve, o vamos, te llevo. Para cualquier búsqueda de atención y para mantener un tratamiento, la familia es la que lo permite. Desde cosas tan básicas como decir: si el paciente no tiene dinero, pues la familia lo apoya para que compre los medicamentos. Hasta: ya no te tomes eso porque no quiero… No puedes vivir con los pacientes y estar vigilando que se tomen diario lo que les estás indicando. La familia es determinante. Puede ser un buen apoyo y un impulso importante para que el paciente funcione, bien pero también el obstáculo más grande".*[158]

7). Depresión en nuestras sociedades

Se calcula que la depresión es una de las enfermedades psiquiátricas que más afecta al individuo en las sociedades contemporáneas. Se encuentra entre las quince principales

[157] Dr. García. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.
[158] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 5 de junio de 2007.

causas de pérdida de vida de años saludables. Pregunté a mis entrevistados médicos a qué atribuían esta problemática.

La Dra. Ramos señaló: *"Yo creo que ahí influyen dos cosas: una es que se está detectando más, probablemente antes también aparecía, pero es diferente como se maneja a lo largo de los tiempos y de las culturas. Entonces antes a lo mejor aparecía, pero no se manejaba como una enfermedad. No siempre se acudía al médico en busca de una atención, y ahora sí. Ahora es mucho más difundido que si tienes depresión trates de buscar ayuda médica. Todavía causa trabajo, pero es lo que se dice. La otra es el mismo ritmo de la sociedad, es terrible salir a la calle, el tráfico es intenso, la situación económica del país también es difícil, el desempleo, etcétera. Son situaciones que promueven mucho más la depresión, o la ansiedad, y son de hecho las enfermedades que más tenemos en consulta externa, y aún en consulta privada. Entonces yo creo que son esas dos cosas: se detecta más, pero también las condiciones de vida están favoreciendo más; o sea, hay más detonantes que a lo mejor antes no había".*[159]

El Dr. García responde de manera muy similar: *"...Va a ser una de las causas principales de ausentismo laboral que va a ocupar el segundo lugar en los gastos médicos. Y yo creo que es más bien por los avances de la tecnología que ahora se descubre más. No es que antes hubiera habido menos, si no que antes se desconocía. Como no se sabía, pues así pasaban los pacientes toda su vida deprimidos. Mal, pero así vivían, y creían que eran parte de eso. Por supuesto como ahora se sabe más de esto, sabemos que X o Y tipos de manifestaciones te pueden desencadenar una depresión. O bueno, más bien te pueden sugerir que tiene una depresión el paciente. Además que yo también creo que la humanidad obviamente se ha desarrollado y ha evolucionado de tal manera que ya hay muchos estresores externos que también pueden influir y que influyen, yo me imagino, en que se desarrolle o no una depresión".*[160]

La Dra. Flores contestó apelando a la severidad de la depresión, y que de esto depende si se busca o no atención profesional: *"Como en todo hay severidad: leves, moderadas y*

[159] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 5 de junio de 2007.
[160] Dr. García. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.

severas. Digo, las leves con platicarle a la comadre los problemas, con ir con el chamán… Todas estas estrategias que la cultura nos da, ayudan. Por eso de todos modos está uno, por más psiquiatra, uno va y le platica al vecino o a la amiga los problemas. Pero ya cuando esto esta impactando mucho la funcionalidad, si es lo mejor buscar una atención. Y ver la parte de los suicidios. Yo cuando se los planteo a los pacientes; a mí luego me gusta ser un poco como dramática para que les caiga el veinte porque es una enfermedad, digamos, mortal, porque si les da muy grave se pueden morir. Es una enfermedad grave. Es un problema de salud pública. La incapacidad que provoca afecta los trabajos, la economía. Se supone que sí va aumentar. Son las probabilidades. También con el aumento de población se pueden presentar más casos".[161]

Los tres médicos señalan que probablemente en la actualidad se habla más de depresión porque los sistemas de detección y diagnóstico son más efectivos. La depresión se relaciona con el ausentismo laboral porque es una enfermedad incapacitante: se ha convertido en un problema de salud pública que provoca que, quienes la padecen dejen de cumplir con sus responsabilidades, ya sea como madres, padres o como trabajadores. La funcionalidad del enfermo en el mundo social se ve afectada, y es en ese momento cuando se plantea como una enfermedad. Por otro lado, los doctores hablan del ritmo de vida que llevamos en las ciudades: tráfico, largas distancias que recorrer, horarios de trabajo, familia, hijos, amigos, etcétera. Los médicos coinciden con las entrevistadas quienes también hicieron referencia a la ajetreada vida en la ciudad como una posible causa de la enfermedad. En ambos discursos los factores externos son los que detonan los síntomas depresivos, y provocan que cada día aparezcan más casos de depresión. De esta lectura podemos concluir que el ritmo de vida en las sociedades contemporáneas tiene un efecto negativo en la salud del individuo. El ambiente social, los problemas económicos, los conflictos laborales: la vida en las grandes ciudades genera padecimientos mentales.

[161] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

7.1.). Depresión en mujeres.

Además de que en la actualidad los casos de depresión están en aumento, las estadísticas médicas muestran que el género femenino es el más afectado. Indagué con los médicos sobre las explicaciones que ellos mismos formulan para explicar este fenómeno.

La Dra. Martínez contestó: *"Es más frecuente la depresión en las mujeres que en los hombres, y tiene que ver con un aspecto más hormonal… Por ejemplo, se llega a presentar la depresión posparto cuando hay procesos de alteración hormonal. En las mujeres, cuando empiezan a entrar a la edad de la menopausia y bajan los estrógenos y hay un cambio hormonal es más frecuente que les de depresión".*[162]

La Dra. Flores señaló: *"Lo único que te puedo decir de lo que se ha investigado, y que parece ser, antes se creía que las mujeres nos quejábamos más y veníamos al doctor, y los hombres no. Sin embargo, en estudios que se hacen en población abierta, seguimos estando más altas las mujeres. Quién sabe, se ha dicho mucho la parte del rol femenino, de si bueno, todo nos lo tomamos más en serio. Es más estresor para nosotras nuestro rol cultural. La parte que se está buscando probar, y que origina más pruebas es la hormonal. Porque en los adolescentes es la misma incidencia. Hombre, mujer, empieza a cambiar en la adolescencia. Entonces parece ser que va mas orientado por las hormonas".*[163]

Dra. Ramos: *"Probablemente no es que se presente más en las mujeres, sino que piden más atención a eso; y por otro lado está el aspecto hormonal, que no lo podemos quitar, y que a las mujeres es algo que si nos pega terriblemente. Decimos que este tipo de enfermedades son multifactoriales, y uno de los factores que pueden estar influyendo son los cambios hormonales, y en nosotras siempre nos pega un poquito más. Yo creo que pudieran ser dos cosas que hacen la diferencia: una, que ellos deciden no buscar tanta atención; y otra, es que nosotras tenemos cosas biológicas que sí nos hacen un poquito más tendientes, susceptibles a estas cosas… Inclusive se ve en los niños. Cuando tú ves la prevalencia de depresión en niños no es como en los adultos. E n los adultos es más prevalente en mujeres*

[162] Dra. Martínez. Entrevista realizada el 10 de abril de 2007.
[163] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.

y menos en hombres. En los niños es al revés. Y ahí pasa porque la depresión en los niños se manifiesta de forma diferente: fallas en la escuela, en que están más rebeldes y más agresivos en general. Entonces cuando eso pasa en una niña,¿qué dice la familia?: "Está de berrinchuda, ya se le va a pasar". Pero cuando eso pasa en un niño hombre, ¿qué piensa la familia?: "oye no, tiene algo mal, hay que llevarlo al doctor". Entonces es en los niños en quienes más se busca atención. Es en los niños- hombres deprimidos. Eso cambia cuando se desarrollan, pero está muy influido por la cultura".[164]

Estas explicaciones se orientan en dos ejes: el orgánico, que refiere a que las mujeres son más propensas por factores hormonales; y el factor sociocultural, en donde la mujer tiene permitido experimentar ciertos sentimientos y buscar ayuda mientras que el hombre no lo hace tan fácilmente, a pesar de que sí experimenta síntomas o malestares similares. Tendríamos que realizar un estudio en diferentes sociedades para saber si el rol de la mujer y el del hombre son los factores que benefician, o perjudican, la aparición de este malestar. O por el contrario, si este tipo de explicaciones que dan los médicos refuerzan los estereotipos de mujer y hombre. ¿El discurso médico puede generar y construir estereotipos sociales respecto a los géneros?

8). El concepto de locura en los médicos psiquiatras

El concepto de locura fue el último tema abordado en las entrevistas. Los cuatro médicos se apresuraron en señalar que en la psiquiatría ese término no se emplea. Sin embargo es una palabra de uso común en los pacientes y médicos dentro del Hospital.

El Dr. García: *"No. Locura de hecho aquí nunca lo ocupamos, porque aparte de que finalmente es un término peyorativo, el término locura en medicina ya no se ocupa. Se ocupó antes, pero ya no. Precisamente tratando de quitar ese estigma que se tiene hacia los pacientes psiquiátricos. Nosotros creemos en los síntomas psicóticos, que son síntomas*

[164] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 5 de junio de 2007.

que están desapegados de la realidad; pero locura como enfermedad, ni siquiera creemos en el término".[165]

La Dra. Flores comentó: *"Lo que a veces se les llega a decir a los pacientes es que dentro del padecimiento pueden hacer locuras. Porque locura es hacer cosas afuera de lo que normalmente se hace en la sociedad… Lo que se sale de lo habitual en cada una de las personas. Entonces a veces se hacen locuras, pero eso no significa necesariamente que están locos. Aunque es evidente que algunos hacen locuras y lo saben, y se dan cuenta, porque no era parte de lo que él hacía, se salió de sus parámetros. Es una manera de decirles, y eso les ayuda bastante, pero: "¿No estoy loco?". No, no está loco. Pero si llega a realizar locuras y por eso tiene que tomar tratamiento. Depende de los casos. Los deprimidos sólo cuando se ponen psicóticos, y generalmente se dan cuenta que estuvieron fuera de la realidad y es parte del padecimiento todo el descontrol, y es más fácil manejarlo con ellos… Locuras me refiero a los que gastan dinero, que van y hacen cosas que afectan a terceras personas".*[166]

La Dra. Ramos señaló: *"Yo creo que en nuestro contexto actual sería una alteración en el comportamiento que te lleva a una falla en tu realidad. Yo lo vería así… Es una alteración, algo que se salga de tu normalidad. Para mí eso sería la locura. Todos estamos locos porque siempre haces algo que está fuera de ti… Cuando te sales un poquito de la normalidad que tú mismo traes preestablecida".*[167]

Si bien técnicamente el término locura no tiene validez, las respuestas de los médicos se parecen a las que obtuve con las mujeres entrevistadas. La locura se ve como una conducta que se aleja de lo habitual, que está fuera de orden, que indica un cambio de comportamiento en la persona. Desde el saber médico no se habla de locura. Para los psiquiatras estos comportamientos son causados por una enfermedad. Sin embargo, siempre se utiliza la palabra locura para explicar los comportamiento arrebatados, exagerados, fuera de lugar.

---

[165] Dr. García Entrevista realizada el 4 de mayo de 2007.
[166] Dra. Flores. Entrevista realizada el 17 de abril de 2007.
[167] Dra. Ramos. Entrevista realizada el 5 de junio de 2007.

9). Conclusiones del capítulo.

En este capítulo recuperamos el punto de vista médico del Trastorno Depresivo Mayor a partir de entrevistas realizadas a cuatro psiquiatras que trabajan en el Hospital. No detecté diferencias fundamentales en las respuestas dadas por los médicos recién ingresados a la especialidad, y los que ya están por terminarla. Todos ellos respetan y guían sus diagnósticos en base al Manual de Enfermedades Mentales, y en todo caso, es la experiencia la que refuerza sus conocimientos del *disease*. En este sentido las R4 muestran mayor confianza en sus definiciones del TDM, y además del DSM-IV, incorporan en las causas de la depresión el contexto de los pacientes que atienden. Los cuatro médicos son concientes que la psiquiatría no ofrece curas, ni pruebas fidedignas de la enfermedad que diagnostican; pero consideran que el tratamiento psiquiátrico es recomendable para que la persona regrese a sus actividades cotidianas, disminuyan sus malestares, y evite atentar contra su vida. Los psiquiatras saben que su responsabilidad se limita a controlar, medicar y contener los momentos agudos de la enfermedad; pero es el paciente quien debe asumir su enfermedad y atacarla con otras herramientas: psicoterapias y arreglos en sus vidas además del tratamiento psiquiátrico.

Abordé en primer lugar la experiencia de trabajar en una institución psiquiátrica. Las respuestas muestran que, a pesar de ser médicos en formación que conocen y estudian enfermedades psiquiátricas, el prejuicio y el estigma de estar en contacto con personas que las padecen tarda en desaparecer. Consideran que el estigma provocado por padecer alguna enfermedad mental es un problema grave que impide buscar y recibir atención profesional. Sin embargo, cuando comentan el temor que les produce – por lo menos las primeras veces– estar encerrado con los "locos", o enfrentarse a este tipo de pacientes, caen en el estigma hacia las personas que padecen enfermedades mentales.

La palabra locura aparece como aquello que está fuera de orden. Aquellas respuestas y conductas inesperadas que no tienen explicación, hasta que el saber técnico-médico las nombra como enfermedades. Los psiquiatras evitan hablar de locura y prefieren referirse a enfermedades que ellos están capacitados para atender. Conforme avanzan en su práctica

psiquiátrica su concepción de la locura y de los pacientes psiquiátricos se transforma. Las personas que atienden padecen enfermedades, y los médicos logran vencer el miedo de introducirse en el área de internamiento para tratarlos.

Los cuatros psiquiatras recurren al DSM-IV para definir al Trastorno Depresivo Mayor. La depresión se considera un trastorno en el estado de ánimo que es generado por un mal funcionamiento a nivel bioquímico que genera alteraciones en algunos neurotransmisores cerebrales. La Dra. Flores es la única que, además de mencionar las características depresivas que se encuentran en el manual, señaló que la depresión es cuando la tristeza se convierte en enfermedad. Para ella todos estamos expuestos a deprimirnos en algún momento de nuestra vida, y en el momento en que esa tristeza afecta nuestra productividad y se extiende por un periodo más largo de lo habitual, indica la presencia de un padecimiento que debe ser atendido como tal. En las respuestas de los médicos apreciamos que el TDM se entiende como el *disease*. Si bien reconocen que el entorno y las condiciones de vida de los pacientes son importantes de considerar. La tristeza prolongada que afecta la vida cotidiana es una enfermedad que tiene como una de sus causas una problemática orgánica del cerebro.

Para definir depresión es necesario hablar de las causas. Los médicos entrevistados señalaron que esta enfermedad es multifactorial; esto quiere decir que no se puede hablar de un solo factor condicionante de la enfermedad, sino de múltiples. El TDM se presenta como un padecimiento complejo, que involucra tanto factores sociales como el mal funcionamiento orgánico. Para los médicos este último es el más importante, y con él trabajan para identificarlo y combatirlo. Lo demás es tarea del paciente: buscar la manera de solucionar los problemas de su vida cotidiana. Los médicos sugieren a sus pacientes que acudan a psicoterapias una vez que han estabilizado su estado de ánimo con ayuda del medicamento. Para la Dra. Flores las personas nacen con cierta capacidad para resistir las adversidades. Recurrió a una metáfora interesante: cada ser humano tiene una determinada capacidad de manejo del estrés, algunos más que otros. Desde este punto de vista, la depresión puede ser manejada por el individuo si tiene las herramientas suficientes para afrontar los problemas. Sin despegarse de su perspectiva médica, la Dra. Flores aclaró que

si el problema es orgánico, por mucha fuerza de voluntad que se tenga, no se supera la depresión sin medicamento, tratamiento psiquiátrico o psicoterapias. Sin embargo considera que por más que un psiquiatra intente solucionar el problema, la persona que lo sufre tiene que trabajar sobre aquello que está ocasionando su depresión: problemas familiares, económicos, etcétera. Los médicos proporcionan los medios para controlar los síntomas, pero no pueden intervenir o cambiar la vida de sus pacientes.

El médico construye un diagnóstico basado en su experiencia profesional y en los manuales diagnósticos que encierran el conocimiento científico de la psiquiatría. Determina el nombre de la enfermedad, las causas posibles de la misma y ofrece un tratamiento dirigido a atacar el problema. La psiquiatría no ha logrado encontrar la cura para los trastornos mentales; pero sí, el control a los síntomas y malestares que generan. La psiquiatría es una rama de la medicina muy compleja, tampoco cuenta con las herramientas suficientes para la elaboración de diagnósticos. Los análisis clínicos y de laboratorio que realizan les ayudan a descartar o encontrar posibles causas del padecimiento. Los resultados de los análisis pueden mostrar fallas en la glándula tiroides, epilepsias, deficiencias bioquímicas en el cerebro, como posibles generadores de la depresión. Sin embargo todavía no existen pruebas específicas que logren ubicar el neurotransmisor exacto que produce los efectos depresivos. Esto inquieta a los pacientes: los resultados de sus análisis no muestran un elemento(s) a quién responsabilizar por su enfermedad. El médico proporciona a sus pacientes un discurso organizado, coherente, que lo tranquiliza al escuchar que sus malestares son ocasionados por una enfermedad. El paciente utiliza el discurso y saber médico para legitimar sus conductas y reconocerse como enfermo: construye su rol de enfermo. Al hacer esto legitima, también, al saber médico. Las actitudes valoradas negativamente por la sociedad: no limpiar la casa, dormir mucho, no atender a los familiares, etcétera, adquieren sentido y justificación al ser nombrados como síntomas de una enfermedad que requiere tratamiento, e incluso internamiento.

El tratamiento que ofrece la psiquiatría va por dos vías: si la persona se encuentra en una crisis, o tuvo un intento de suicidio, la recomendación es el internamiento. Permanecer en el Hospital es una manera de vigilar el comportamiento y así evitar que la persona se haga

daño, por esta razón se debe ingresar al Hospital con un cuidador. Esta persona vigilia las 24 horas al paciente y no lo deja solo en ningún momento. Al mismo tiempo se le administra al paciente medicamento para aminorar los síntomas, que se encuentran en su fase más grave. Una vez controlado se recomienda otro tipo de terapias y el alta. Los médicos señalaron que el internamiento es importante para la contención del paciente. Es benéfico porque evita situaciones de riesgo generadas por la enfermedad. El paciente internado reacciona con el medicamento y puede comenzar a reconocerse como enfermo. Este es un paso fundamental para el éxito en el tratamiento y en la adherencia terapéutica. Para los médicos, la familia del paciente es fundamental en este proceso. Deciden si el tratamiento es el adecuado, y apoyan al enfermo para continuar con el. Desde el punto de vista de las pacientes, el internamiento tiene muchas fases: desde la aceptación de estar ahí, la sensación de estar vigiladas constantemente, hasta la desesperación y el aburrimiento. Como señala Goffman, la carrera del enfermo es un proceso largo que termina con la aceptación de este rol, y por lo tanto, del saber médico como el que puede y debe aportar la solución al malestar; aunque esto represente aceptar la vigilancia y el control a través de los medicamentos y del internamiento.

En este capítulo observamos la construcción médica de la depresión, y la conformación del modelo explicativo médico de la misma. Los psiquiatras proporcionaron su conocimiento técnico de la enfermedad. Conocimiento basado en estudios científicos y en los manuales diagnósticos de las enfermedades mentales, y que en suma constituye un saber que a lo largo de los años se ha convertido en hegemónico y dominante. A través de las entrevistas se puede observar el lenguaje, las metáforas y los ejemplos que emplean los médicos para transmitir a sus pacientes el diagnóstico. En muchos casos utilizan analogías con otras enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión, para ilustrar que el trastorno depresivo afectará la vida de las personas y requerirá un compromiso del paciente con el tratamiento psiquiátrico. Hablan de la “locura” con sus pacientes cuando observan ciertos comportamientos impulsivos o fuera de lo habitual en la persona; y les explican que, si bien se les puede llamar locuras, deben entender que es la misma enfermedad que padecen la que los ocasiona. Las entrevistas con los médicos muestran cómo el discurso médico busca

que el paciente se acepte como enfermo para poder garantizarle que el tratamiento seleccionado es el más adecuado, efectivo y benéfico para su caso.

Reflexiones finales

La investigación presentada se realizó en una institución psiquiátrica al sur de la Ciudad de México con mujeres diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) e internadas en ese Hospital. Los tres objetivos principales fueron: conocer cómo construyen la enfermedad quienes la padecen; conocer la perspectiva de los médicos psiquiatras sobre este trastorno; e identificar si está presente, o no, la noción de estigmatización en el enfermo por padecer una enfermedad mental y recibir tratamiento psiquiátrico. Para cubrir estos objetivos trabajé con dos grupos de informantes, uno de ellos lo integran un total de doce mujeres y el otro, cuatro médicos psiquiatras que trabajan en el Hospital.

Las mujeres entrevistadas viven en la Ciudad de México y en el Estado de México. Todas habían recibido un diagnóstico psiquiátrico y tratamiento para el trastorno depresivo antes de su internamiento. Estos antecedentes nos hacen sospechar que sus respuestas y conocimientos de la depresión están influidos por el discurso médico. Los puntos tratados con este grupo fueron los siguientes: percepción de la enfermedad; causas del TDM; la experiencia del internamiento y el medicamento como parte del tratamiento; la locura y el estigma; el embarazo; la ansiedad; y por qué, desde su punto de vista, es una enfermedad que se presenta más en mujeres.

El otro grupo de entrevistados estuvo integrado por cuatro jóvenes estudiantes: una mujer y un hombre del primer año de especialidad con dos meses de práctica en el área de internamiento; y dos mujeres del cuarto año con tres años de experiencia en el área de internamiento, consulta externa y urgencias del mismo Hospital y otras instituciones similares. Con ellos abordé las siguientes problemáticas: experiencia psiquiátrica; depresión desde el punto de vista psiquiátrico; causas de la depresión; el diagnóstico psiquiátrico y cómo se transmite a los pacientes; el tratamiento psiquiátrico para la depresión y el internamiento como parte del tratamiento; el éxito en el mismo; la depresión en nuestras sociedades y su mayor incidencia en mujeres; y el concepto de locura.

Los testimonios de las doce mujeres entrevistadas corresponden a la perspectiva *Illness* del Trastorno Depresivo, y los médicos proporcionaron el punto de vista del *Disease.* De estas dos maneras de entender y explicar la enfermedad – a través de las entrevistas a médicos y pacientes – se pueden identificar los modelos explicativos que construye cada grupo. Para Kleinman, los modelos explicativos son las nociones sobre los episodios de la enfermedad y los tratamientos que se emplean por todos los implicados en el proceso clínico. En el caso del modelo explicativo médico observamos dos niveles de explicación. Por un lado, el que corresponde al conocimiento formal y teórico sobre la depresión (compartido con sus colegas); y el otro es el que se particulariza a partir de su experiencia como médico. En el caso de las mujeres, según las características subrayadas por Kleinman, estamos ante discursos desorganizados, con eventos mezclados y con diversas fuentes de documentación sobre el padecimiento. Los modelos explicativos se construyen, modifican y significan a lo largo del tiempo, es un proceso: las pacientes lo seguirán reformulando a lo largo de su padecimiento; y los médicos a lo largo de su carrera como psiquiatras en la que irán construyendo sus propias nociones del TDM a partir de su experiencia con pacientes.

Durante su internamiento, las mujeres entrevistadas construyeron un modelo explicativo propio en el que reúnen la experiencia personal de la enfermedad y el conocimiento psiquiátrico obtenido en el transcurso de su hospitalización. En ellas se conjuga la perspectiva del *Illness* y la perspectiva del *Disease*. El médico diagnóstica con base en el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV) un manual que contiene las características propias del trastorno depresivo. La paciente recibe esta información y la traslada a su propio lenguaje, experiencia y conocimiento previo. El discurso médico, que le da coherencia al síntoma y etiqueta el malestar, se une con el discurso personal, que resignifica su experiencia al identificar y reconocer los síntomas vividos como una enfermedad. Por ejemplo, en el momento en que les preguntaba a mis entrevistadas qué entendían por depresión, recurrían a lo que el médico les había dado como características de un depresivo, enumerando con los dedos lo que recordaban de ese listado aprendido: tristeza, falta de sueño, falta de apetito, desgano, etcétera. Cuando esto era trasladado a su experiencia, el discurso cambiaba y decían cosas como: *en mi caso no comía y bajé mucho de peso; dormía mucho; descuidé a mis hijos; dejé de salir, de ver amigas,* etcétera.

Cuando las pacientes lograban identificar las características del discurso médico con eventos o experiencias vividas, se apropiaban de ellas.

Detectar cuando un trastorno en el estado de ánimo se está convirtiendo en enfermedad, es complejo. La familia, junto con el enfermo, identifica en un primer momento las conductas extrañas. En el caso de la depresión, las primeras reacciones tienen que ver con pensar que la persona se volvió floja, irritable, sin ganas de compartir sus sentimientos, de salir a convivir como normalmente lo hacía. Sin embargo, estos eventos no necesariamente se pueden interpretar e identificar como síntomas de una enfermedad. El diagnóstico es complejo: una enfermedad como la depresión no produce un dolor físico específico; es un malestar general provocado por el estado de ánimo. Para el enfermo se vuelve difícil comunicar y explicar lo que está sintiendo y experimentando. En el caso de Clara y Rosa, dos adolescentes entrevistadas, sus temperamentos volubles y alocados se confundieron con las características propias de alguien de su edad. De ahí la importancia que adquiere, en el caso de las mujeres entrevistadas, el diagnóstico médico. Éste les ayuda a transformar en enfermedad un conjunto de malestares. Les da la posibilidad de nombrar y definir lo que sienten.

Las definiciones más comunes manifestadas por las entrevistadas sobre la depresión fueron: ganas de nada, un sentimiento de tristeza, vacío, desgano, *gusto por nada*. Estas sensaciones desembocaron en crisis emocionales, peleas con familiares, amigos, novios, esposos e intentos de suicidio. Con respecto a las causas psiquiátricas de su enfermedad señalaron: la presencia de *una neurona dormida* que no las deja funcionar bien, falta de serotonina, pequeñas epilepsias cerebrales, problemas en la glándula tiroides, entre otras. Sin embargo, estas explicaciones científicas pierden fuerza y las informantes prefieren recurrir a otras causas para entender lo que les pasa y lo que les generó el malestar: los problemas que han tenido a lo largo de su vida, al ritmo ajetreado de la ciudad, a ser mujer y las responsabilidades que esto implica, a la falta de carácter para hacer frente a la adversidades, entre otras cosas.

De acuerdo con Martínez-Hernáez (2006), la psiquiatría se puede considerar un sistema cultural porque es un conjunto de saberes, con un lenguaje propio y que se basa en manuales diagnósticos para estudiar y atender las enfermedades mentales. Desde esta perspectiva se analizó el discurso de los médicos psiquiatras entrevistados. La herramienta fundamental para diagnosticar y detectar el Trastorno Depresivo es el DSM-IV. Mediante las características ahí señaladas, los médicos construyen diagnósticos que transmiten a sus pacientes y constituyen un modelo explicativo propio. Este modelo conjunta la experiencia de la práctica psiquiátrica, y recurre a metáforas y un lenguaje de uso cotidiano para que la explicación sea más clara; pero está basado y justificado por los conocimientos científicos y avances médicos de la especialidad. La psiquiatría tiene un lenguaje propio, manuales diagnósticos e hipótesis científicas que la constituyen como una rama de la medicina y que puede ser analizada dentro del Modelo Médico Hegemónico descrito por Eduardo Menéndez (1983).

Berger y Luckmann (2005) señalan que la realidad la construyen quienes componen ordinariamente a la sociedad: el sentido común. Aplicado al estudio, permite pensar la enfermedad, y en este caso la depresión, como una construcción social que realizan los involucrados en este proceso: las pacientes y los médicos. Ambos actores proporcionan, cada uno en su nivel, elementos para significar, identificar, nombrar y transformar un malestar en enfermedad. Para estos autores el lenguaje es fundamental para que la interacción entre los sujetos se lleve a cabo. Médicos y pacientes conviven y se relacionan constantemente en una institución psiquiátrica para, en primer lugar, realizar un diagnóstico acertado. Los psiquiatras entrevistan a los pacientes y a sus familiares para conocer el contexto de la persona, y realizan análisis clínicos y estudios de laboratorio para conformar un diagnóstico. Una vez obtenido, transmiten el diagnóstico a sus pacientes, quienes recuperan los datos más importantes, los reelaboran y resignifican a partir de sus propias experiencias y conocimientos previos sobre la enfermedad. En esta interacción se generan diversos roles. Por un lado, la persona que acudió a un médico para atender y tratar su malestar, es transformado en enfermo una vez que el saber psiquiátrico determinó y nombró su trastorno. Por otro lado, el médico ocupa, gracias al enfermo, su rol como curador profesional y especializado. La construcción del rol es de ida y vuelta, el médico ayuda a la

persona a construirse como enfermo al legitimar sus malestares, comportamientos y transformarlos en un diagnóstico; y el enfermo reconoce el saber y el poder del médico sobre su padecimiento.

El enfermo es el vehículo receptor de dos aproximaciones al mismo problema y malestar. Es en él donde se espera esté la solución, o por lo menos, la disminución de los síntomas depresivos: la posibilidad de superar el padecimiento. El enfermo debe tomar el medicamento señalado por los médicos y trabajar en sus problemáticas mediante psicoterapias: esa es la responsabilidad que los médicos depositan en sus pacientes. Por otro lado, las responsabilidades del médico serían: controlar, diagnosticar y ofrecer tratamiento. La medicina biomédica busca que el individuo se haga cargo de su enfermedad. El médico y el hospital son solamente una fase en la larga carrera del enfermo. En ella se resuelven muy puntualmente algunos aspectos críticos del padecimiento, pero es el individuo quien tiene la responsabilidad mayor. Al recibir el diagnóstico, el paciente es liberado de las cargas sociales negativas asociadas a sus actitudes: ausencia laboral, dormir mucho, comer poco o en exceso, descuidar la casa, los amigos, la familia, los hijos. Pero a la vez, adquiere una nueva carga social: está enfermo y tiene que trabajar para superar el malestar.

El internamiento que el Hospital ofrece como parte del tratamiento psiquiátrico incluye: medicamento, terapias individuales y grupales, y terapia ocupacional. Para las mujeres entrevistadas, estar encerradas fue un proceso con muchas etapas. En un inicio difícil de sobrellevar y con el tiempo, algunas de ellas lo llegaron a considerar como unas vacaciones de su vida. Señalaron que nunca tienen tiempo para nada, *sólo cuando vas en el transporte público puedes reflexionar sobre tu vida*, dijo Laura, una de las entrevistadas. De los testimonios y comentarios recopilados se puede pensar que para ellas estar deprimido es estar cansado y que con una pausa en las actividades cotidianas, o con un poco de tiempo para poder pensar y decidir lo que se quiere hacer, sería suficiente para aliviar el malestar. En esta perspectiva se desdibuja la idea del mal funcionamiento orgánico, y se refuerza la idea del ritmo y las condiciones de vida como causantes del trastorno. Sin embargo, observo una contradicción en el discurso de las pacientes, a pesar de que piensan que la causa del padecimiento tiene que ver con experiencias vividas, mostraron confianza en el

tratamiento psiquiátrico como solución al malestar. Sólo dos de las entrevistadas salieron antes del tiempo estipulado de tratamiento, las demás prefirieron permanecer lo necesario para recuperarse y evitar las recaídas que pudieran llegar a presentarse.

Desde el punto de vista médico, la depresión debe ser atendida una vez que la tristeza se prolongó más del tiempo debido y empieza a afectar la vida del individuo. El medicamento ayuda a combatir estos síntomas y reinsertar al individuo a sus actividades y vida cotidiana. La psiquiatría carece de pruebas clínicas para detectar e identificar la enfermedad, por eso para los médicos, el DSM-IV es una herramienta fundamental para su práctica: es una manera de detectar la enfermedad, diagnosticarla y ofrecer el tratamiento más adecuado. Sin embargo estos manuales diagnósticos generalizan los padecimientos y los encierran en determinadas enfermedades, encasillando y etiquetando a las personas sin considerar factores sociales y culturales y las particularidades de los individuos que atienden. Los médicos recurren a analogías con otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión para mostrar a sus pacientes que un trastorno mental los acompañará a lo largo de sus vidas, y que deben ser responsables y cuidadosos para evitar recaídas o crisis recurrentes. Las pacientes utilizan estos ejemplos para decir que, como otros enfermos, no basta con "echarle ganas" para salir de la enfermedad, su organismo no responde como el de otros y probablemente siempre se caractericen como depresivos durante toda su vida. El discurso médico tranquiliza al enfermo. Justifica sus conductas y sentimientos al transformarlos en una enfermedad.

Toda carrera implica un proceso, un recorrido en el tiempo en el que se busca entender y atender la enfermedad, e incluso puede implicar cuestionar el diagnóstico que se recibe. En la etapa del paciente la persona internada acelera su proceso de aceptación: está conviviendo con su enfermedad las 24 horas del día, con personas con su mismo diagnóstico o más graves y con el personal médico que constantemente le recuerda que no está de vacaciones, sino siguiendo un tratamiento para controlar el malestar. Las mujeres entrevistadas se encontraban en la etapa del paciente – fase de la carrera del enfermo en la que se construye y define el padecimiento como una enfermedad, a partir de la orientación que decidieron buscar para la solución del malestar – en el momento de la investigación.

La entrevistadas mostraron inquietud respecto a ser consideradas “locas”, y por lo tanto, estigmatizadas por su entorno social. Los médicos por su parte, manifestaron que al inicio de su práctica profesional y especialización en psiquiatría sentían cierto temor a enfrentarse con enfermos mentales. Tenían una idea preestablecida del “loco”, del que está encerrado en una institución de este tipo. Una vez que adquieren experiencia, y vencen la barrera del estigma y del estereotipo, los internos se convierten en pacientes con diagnósticos que ellos realizan y atienden. Las mujeres entrevistadas no dudaban en contestar que ellas no estaban “locas”. Habían tenido y presentado momentos de agresividad, llanto, intentos de suicidio, sentimientos de desesperación y ansiedad, pero el hecho de estar ahí y haber acudido a tiempo al Hospital significa la posibilidad de evitar llegar a la locura. La depresión se encuentra en otra categoría dentro de las enfermedades mentales. No es la pérdida de la razón permanente, sino un estado previo a la locura. Si se reconocen los cambios de ánimo, si se acepta el exceso cometido: pleitos, heridas en el cuerpo y los intentos de suicido; la enfermedad puede detenerse y controlarse; siempre y cuando se sigan las recomendaciones y tratamientos médicos.

Emilia, Estela, Rosa y Elisa prefirieron ocultar a sus conocidos su estadía en el Hospital. Pidieron a sus familiares no decir nada y ellas, al salir, decidirían qué persona recibiría bien la información y a quién era preferible ocultársela. En cambio, Miriam, Eugenia, Laura y Clara habían comentado a sus conocidos que se encontraban en un hospital psiquiátrico y que padecían depresión. Ellas llevaban más tiempo diagnosticadas y conocían la enfermedad. Laura se mostraba tranquila porque había recibido muchas visitas y apoyo familiar. Transformaron su concepto de locura durante su estancia en el Hospital. Señalaban que la gente padece enfermedades que los llevan a reaccionar inesperadamente, o a tener manifestaciones diferentes a la norma; pero que todo ello era causado por una enfermedad y como tal, puede ser atendida y controlada.

La mayoría de las entrevistadas sabe que el Trastorno Depresivo no se cura, se controla. Los médicos psiquiatras constantemente señalan que esto es una dificultad importante para que los pacientes decidan atenderse o continuar con el tratamiento. Desde la perspectiva médica el Trastorno Depresivo se considera multifactorial, causado por factores orgánicos y

sociales. En el caso de los orgánicos se mencionó: una deficiencia de serotonina, un epilepsia cerebral o un desajuste hormonal – ya sea ocasionado por la glándula tiroides o por la menopausia –. Y dentro de los factores sociales los médicos entrevistados señalaron: el tipo de vida que se lleva en las grandes ciudades, los problemas económicos y las expectativas de género. A pesar de reconocer estos factores, el discurso de los médicos se inclina más hacia el enfoque del *Disease*, es decir, del mal funcionamiento orgánico. El hecho de que el trastorno depresivo no responde a una sola causa o explicación, nos indica que sería necesario conocer al paciente, su entorno, problemáticas y condiciones de vida, como piezas claves para reconstruir la explicación, la aparición del padecimiento y buscar una solución más integral.

Con este argumento resulta interesante reflexionar sobre el interés del conocimiento psiquiátrico en crear manuales diagnósticos que puedan ser empleados en cualquier parte del mundo sin considerar los contextos particulares. Olvidan que el elemento cultural, social y económico del individuo puede ayudar a responder sobre la presencia del trastorno. Por esto es fundamental realizar investigaciones antropológicas enfocadas en la construcción individual del padecimiento, y así conocer quiénes están siendo afectados por la depresión, y a qué responde que esto suceda. La antropología puede ayudar a aliviar las tensiones entre la tendencia a la universalidad de la psiquiatría, al aportar y analizar los contextos particulares considerando la cultura como un elemento necesario que pueda arrojar otro tipo de explicaciones a estos trastornos. Sería fundamental para esta disciplina reconocer que pueden existir diversas formas de entender y atender la enfermedad. El paradigma interpretativo, empleado en la antropología, ayuda a rescatar la importancia del individuo frente a un paradigma normativo, propio del pensamiento científico, que tiende a homogeneizar y no considerar las particularidades.

En la antropología se entiende a la enfermedad como un hecho social construido por los actores involucrados en el proceso de salud/enfermedad/atención. Para Kleinman, el contexto es fundamental para saber cómo es construida y experimentada la enfermedad. Propone entender la atención a la salud como un sistema cultural, un sistema de significados simbólicos para el estudio de cómo las personas actúan, perciben, etiquetan,

explican y atienden una enfermedad. El sector profesional, descrito por Kleinman, es la medicina científica, dominante en casi todas las sociedades. Este sector es similar al Modelo Médico Hegemónico propuesto por Menéndez (1983) y que, entre muchos otros rasgos estructurales, se caracteriza por ser: a-histórico, biologicista, y que establece una relación jerárquica entre el curador y el paciente, a quien considera ignorante de su enfermedad. Para ambos autores la medicina científica es la que más expansión y hegemonía tiene en las sociedades contemporáneas. Menéndez (2003) analiza los factores de este fenómeno y destaca: la búsqueda de la biomedicina por nuevas explicaciones biológicas de los padecimientos y la producción de fármacos para contrarrestarlos; la constante biologización en las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad; y la tendiente medicalización de los comportamientos de los sujetos que ahora son explicados y tratados como enfermedades. Estudiar este sector o modelo médico es importante para conocer cómo operan las instituciones médicas, cómo se construyen los modelos explicativos tanto de los pacientes que acuden a este tipo de atención, como de los médicos; y cómo se interrelacionan entre sí.

El estudio de las enfermedades mentales desde una perspectiva antropológica no es fácil de realizar. Las informantes seleccionadas vivían momentos de mucha vulnerabilidad e inestabilidad emocional. Tuve que vencer los miedos y prejuicios que genera estar en contacto permanente con enfermos mentales y estigmatizados socialmente para poder realizar una etnografía dentro de la institución psiquiátrica. Esta tesis aporta una mirada a estos padecimientos, y ofrece una propuesta para realizar este tipo de etnografías e investigaciones antropológicas. Sin duda este tema amerita mayor investigación para obtener datos más detallados, este es un primer acercamiento descriptivo a la problemática. El estudio de las enfermedades mentales desde la antropología médica es un terreno atractivo en donde tenemos mucho que aportar. Esta tesis le dio voz a quien vive la depresión, a las causas que las enfermas identifican como las detonantes, a la dificultad de permanecer internado un mes en un hospital psiquiátrico, y a la carga del estigma de la locura. La perspectiva de los médicos complementa la visión del TDM para observarlo como un fenómeno de nuestros tiempos que es necesario estudiar desde todos los ángulos posibles.

Bibliografía

Álvarez Bermúdez, Javier. *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. Editorial Trillas, México D.F. 2002.

Berenzon Gorn, Shoshana. *La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental.* Tesis para obtener el grado de doctor en psicología. UNAM, México, DF. 2003.

Bergalli, Roberto. "Sociología de la desviación" en, *Pensamiento criminológico*. Vol. 1. Obra dirigida por R. Bergalli y J. Bustos. Editorial TEMIS. Bogotá, 1983.

Berger, Peter y Thomas Luckmann. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores, Buenos Aires, primer edición en castellano 1968. Decimonovena reimpresión, 2005.

Bustos Ramírez, Juan. "Criminología y evolución de la ideas sociales" en, *Pensamiento criminológico*. Vol. 1. Obra dirigida por R. Bergalli y J. Bustos. Editorial TEMIS. Bogotá, 1983.

Coller, Xavier. *Canon sociológico*. Tecnos, Madrid, 2003.

Comelles, Josep M. "Ve no se donde, trae no se que. Algunas reflexiones sobre el trabajo de campo en antropología de la salud". Revista de Antropología social. 1989.

De la Garza Toledo, Enrique. (coord). "¿Hacia dónde va la teoría social? en, *Tratado latinoamericano de sociología*. Anthropos, UAM-Iztapalapa, México, 2006.

De la Garza Toledo, Enrique. “Subjetividad, cultura y estructura” en, *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades.* No. 50 (número extraordinario del 2001). UAM-I. México.

Eroza Solana, Enrique. “Las crisis convlusivas entre los tzotziles y los tzeltales. Del don sagrado al estigma” en, *Desacatos*. CIESAS. México, DF. Enero-abril, 2006.

Fitzpatrick, R. Et. Al. *La enfermedad como experiencia.* FCE. México, 1990.

Foucault, Michel. *Los anormales*. FCE, México, 2000.
Foucault Michel. *La vida de los hombres infames.* Caronte ensayos. Argentina, 1996.

Galindo Vilchis, Luz María. Análisis de la depresión de las mujeres como categoría social. tesis para obtener el grado de Maestra en estudios de género. Colegio de México, México, 2005.

Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores, Buenos Aires. Primera edición en castellano 1970. Octava reimpresión, 2004.
----------. *Estigma. La identidad deteriorada.* Amorrortu editores, Buenos Aires. primera edición en castellano 1970. Novena reimpresión, 2003.

González Emilio y Josep M. Comelles. (comps.). *Psiquiatría transcultural*. Asociación española de neuropsiquiatría. Madrid, 2000.

Kleinman, Arthur. *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition.* Basic book, Nueva York. 1988.
Kleinman, Arthur, (editor). *Culture and depresión. Studies in the anthropology and cross-cultral psychiatry of affect and disorder.* University of California Press. 1985.
----------. *Patients and healers in the context of culture.* Comparative studies of health and medical care. University of California press. 1980.

Kornblit, Ana Lía. “Representaciones sociales acerca de la salud y la enfermedad: una puesta al día” en, “Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales” coord. Roberto Briceño León, María Cecilia de Souza Minayo, Carlos E.A. Coimbra Jr. Editorial Fundasa Oswaldo Cruz Brasil. 2002.

Lara, María Asunción, Maricarmen Acevedo, Shoshana Berenzon. “La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres”. En, *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 20(3), mayo-junio, 2004.

Lara, María Asunción. *Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención.* Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias. UNAM, México, 2002.

Laplantine, François. *Introducción a la etnopsiquiatría.* Gedisa, Barcelona, 1986.

López Arellano Olivia, Florencia Peña Saint-Martin. “Salud y sociedad: aportaciones del pensamiento latinoamericano” en, *Tratado latinoamericano de sociología*. Anthropos, UAM-I. México, 2006.

Martínez-Hernáez, Ángel. *Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural*. Cadernos de Saúde Pública. V. 22. No. 11. Rio de Janeiro, nov. 2006.

Martínez-Hernáez, Ángel, Gemma Orobitg, Josep M. Comelles. “Antropología y psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad”. En, *psiquiatría transcultural*. Asociación española de neuropsiquiatría, Madrid, 2000.

Menéndez, Eduardo. “De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación” en, *Relaciones*, no. 88, otoño 2001. El colegio de Michoacán, vol. XXII.

Menéndez, Eduardo y Reneé Di pardo. *De algunos alcoholismos y otros saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización.* CIESAS. Colección Miguel Othón de Mendizábal. México, 1996.

----------. “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?” en, *Alteridades.* 4 (7), México. 1994.
----------. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* CIESAS, DF. 1983.

Osorio Carranza, Rosa María. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CONACULTA, INAH, CIESAS. México, 2001.

Ramírez Velázquez, Josefina. *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas.* Tesis para presentar el grado de doctorado en Antropología. CIESAS, México, 2005.

Ritzer, George. Las ideas de Michel Foucault en, *Teoría sociológica moderna*. McGRawHill. 5 ed. 2002.

Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnuaga J, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade, L. “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud púlbica”en, *Revista Panamericana de salud pública.* 2005;18(4-5)

Stoppard, Janet and Linda M. McMullen (ed). *Situating sadness. Women and depression in social context.* New Cork University Press. Estados Unidos, 2003.

Young, Allan. “The anthropologies of illness and sickness” en, *Ann. Rev. Anthropology.* 1982. 11:257-85.

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTAS Y MATRÍZ DE DATOS.

Anexo 1

Guía de entrevistas y matríz de datos

Tema: Datos sociodemográficos del informante

- Género
- Edad
- Lugar de nacimiento
- Estado civil
- Hijos
- Nivel educativo
- Ocupación actual

Tema: Percepción de la depresión en las mujeres

- Definición de la enfermedad
- Causas de la enfermedad
- Explicación de la enfermedad
- Depresión en mujeres
- Embarazo
- Ansiedad

Tema: Internamiento en el hospital psiquiátrico desde el punto de vista de las mujeres

- Experiencia en el hospital
- Locura y estigma
- Medicamento y tratamiento psiquiátrico

Tema: Experiencia psiquiátrica

- Cuánto tiempo llevan en la institución
- Cuál ha sido su experiencia en el hospital

Tema: Depresión desde el punto de vista médico-psiquiátrico

- Definición del Trastorno Depresivo Mayor
- Causas del TDM
- Depresión en nuestras sociedades
- Depresión en la mujer

Tema: Tratamiento psiquiátrico

- Cómo hacen el diagnóstico
- Cómo transmiten el diagnóstico a sus pacientes
- En qué consiste el tratamietno
- Medicamento
- Éxito en el tratamiento
- Interanmiento como parte del tratamiento

ANEXO 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Anexo 2

Guía de observación en el hospital de terecer nivel de atención

Tema: La institución

- Personal de salud del hospital
- Cómo esta organizado el hospital
- El espacio destinado al internamiento
- Personal de salud en el área de internamiento
- Cómo era físicamente el lugar
- Cuartos de las entrevistadas
- Consultorio médico
- Área de enfermeros

Tema: Rutina hosptialaria

- Actividades de las pacientes
- Actividades de los médicos
- Horarios de comida
- Horarios de visita

Tema: Terapia Ocupacional

- En que área del hospital se encuentra el espacio destinado a la terapia
- Qué horario tiene la terapia
- Quién integra el equipo de salud en la terapia
- En qué consiste la actividad
- Cómo se relacionan los pacientes enre sí
- Cómo se relacionan los pacientes con el personal médico de la terapia ocupacional

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 3

Consentimiento informado

Construcción social de la enfermedad mental: las narrativas sobre casos de depresión en pacientes de una unidad hospitalaria del tercer nivel de atención

Carta de consentimiento informado

La depresión es un trastorno afectivo que puede consistir en tristeza o infelicidad sin que afecte el funcionamiento cotidiano o manifestarse con numerosos síntomas físicos y psicológicos que interfieren con las actividades de la persona e incluso, incapacitarla para realizarlas. Es una alteración psiquiátrica que en los últimos años se presenta con más frecuencia entre la población y que necesita vigilancia y tratamiento médico. El estudio que pretendo realizar, tiene como finalidad conocer la percepción de la enfermedad en la población de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor que están hospitalizados en el Instituto. Al conocer la percepción que tiene de este padecimiento permite que se enriquezca el dialogo entre usted y el médico que lo atiende. Las creencias y atribuciones que tiene acerca de lo que es su problema ayuda a detectar a tiempo algún episodio de la enfermedad, seguir un tratamiento de forma adecuada o incluso, percibir cómo se siente con el tratamiento que está llevando a cabo. El estudio pretende vincular el discurso antropológico con el médico para así, entender la manera en que están viviendo la enfermedad y qué es lo que significa el Trastorno Depresivo Mayor para ustedes como pacientes.

Se le ha invitado a usted a participar en este proyecto ya que el diagnóstico con el que se le trata en el Instituto es el de Trastorno Depresivo Mayor. En caso de que usted amablemente decida ayudarnos en esta investigación, le pediremos que acepte una entrevista (la cual será grabada si usted lo permite) enfocada a los trastornos del estado de ánimo y a su estado anímico actual. Así como también, me permita conversar y observar cuales son sus actividades cotidianas dentro del hospital y así conocer lo que usted percibe de la enfermedad con mayor profundidad. De detectarse algún otro trastorno psiquiátrico o

recaída de síntomas afectivos o ansiosos se brindará la atención apropiada con el médico tratante o de guardia. La mayor molestia que usted podría experimentar es que recuerde algunos eventos dolorosos de su pasado, lo que podría causar accesos de llanto o de enojo, por lo que usted será escuchado y atendido por un profesional durante todo el procedimiento.

Sus datos personales no serán divulgados y toda la información que usted comparta con nosotros será estrictamente confidencial. En cualquier momento puede hacer preguntas sobre el procedimiento y en caso de desacuerdo podrá retirar su participación en el momento en que usted lo desee y sin que esto afecte la calidad de atención que usted recibe en el Instituto.

He recibido una explicación completa por parte de la Lic. Frida Jacobo Herrera (responsable del proyecto) acerca de su naturaleza y propósito; he podido preguntar mis dudas sobre todos los aspectos del estudio; y en caso de ser necesario, podré contactar a Lic. Frida Jacobo Herrera en el Instituto Nacional de Psiquiatría, al teléfono 56552811 ext 318. Luego de haber sido informado (a) acepto colaborar:

Fecha:_____ Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma del investigador principal: _____

Nombre y firma del testigo: _____

Nombre y firma del testigo: _____