

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Heridas químicas: el agenciamiento de consumo de  
antidepresivos entre jóvenes.**

Un estudio sobre espectros y tecnología

**Nicolás Sollazzo Dambrauskas**

Tutora: Susana Mallo Reynal

## Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal analizar el consumo de antidepresivos entre jóvenes del Área Metropolitana de Montevideo utilizando la perspectiva del agenciamiento de Gilles Deleuze y Felix Guattari, y su posterior reinterpretación por Manuel De Landa. Partiendo de los desarrollos teóricos de Michel Foucault; autores como Nikolas Rose, Paul Rabinow y Donna Haraway argumentan que, en el contexto de las actuales innovaciones biotecnológicas, nos hallamos en tiempos en los que la división entre lo natural y lo artificial, lo biológico y lo cultural, se vuelven cada vez más borrosas. En este marco han cambiado los términos y las formas bajo las cuales nos entendemos. Si esto es cierto, entonces: ¿Qué rol tienen los antidepresivos como tecnología? ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad de su consumo? ¿Cuáles son las relaciones humanas y no humanas que se establecen al devenir uno consumidor? ¿Cuáles son los procesos de subjetivación asociados? Se pretende dar respuesta a estas preguntas a través del análisis de 16 entrevistas a jóvenes de entre 18 y 29 años. Los hallazgos nos presentan un panorama complejo bajo el cual el lenguaje de la psiquiatría y la neurobiología, que identifica algunas formas de sufrimiento psíquico como deficiencia de determinados neurotransmisores, es apropiado por los jóvenes, pero a la vez, convive con la experiencia sagrada -en el sentido de Georges Bataille- e inefable con respecto a la locura. Se intenta descifrar este problema utilizando el concepto de hauntología de Jacques Derrida.

**Palabras clave:** Antidepresivos, agenciamiento, medicalización, tecnología, biopolítica, hauntología

## Abstract

The main objective of this research is to analyze the consumption of antidepressants among young people of the Montevideo metropolitan area using the assemblage framework of Gilles Deleuze and Felix Guattari, and its subsequent reinterpretation by Manuel De Landa. Building upon the theoretical developments of Michel Foucault; authors such as Nikolas Rose, Paul Rabinow and Donna Haraway argue that, in the context of current biotechnological innovations, we find ourselves in times when the division between the natural and the artificial, the biological and the cultural, becomes increasingly blurred. In this scheme, the terms and forms in which we understand us and each other have changed. If this is true, then: What role do antidepressants have as a technology? What are the conditions of possibility of its consumption? What human and non-human relationships are established by becoming a consumer? What are the associated subjectivation processes? It is intended to answer these questions through the analysis of 16 interviews with young people between 18 and 29 years old. The findings present us with a complex panorama under which the language of psychiatry and neurobiology, which identifies some forms of psychic suffering as a deficiency of certain neurotransmitters, is taken up by young people, but at the same time, coexists with the sacred -in the sense of Georges Bataille- and ineffable experience regarding madness. An attempt is made to decipher this issue by utilizing the concept of hauntology by Jacques Derrida.

**Keywords:** Antidepressants, assemblage, medicalization, technology, biopolitics, hauntology

# Índice

|                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen.....                                                                                                            | ii |
| Introducción.....                                                                                                       | 1  |
| Problema de investigación.....                                                                                          | 4  |
| Antecedentes.....                                                                                                       | 4  |
| Marco teórico.....                                                                                                      | 7  |
| Introduciendo a los agenciamientos y los afectos.....                                                                   | 7  |
| Manual para ser un cyborg.....                                                                                          | 11 |
| Locura, manía y melancolía: sobre los particulares y universales del sufrimiento psíquico y de su gestión técnica.....  | 13 |
| Job y Hamlet en el consultorio del psiquiatra: la depresión, los antidepresivos y las políticas de la ‘vida misma’..... | 16 |
| Metodología.....                                                                                                        | 22 |
| Análisis.....                                                                                                           | 24 |
| I. Cartografía de los agenciamientos de consumo de antidepresivos.....                                                  | 24 |
| II. El cuerpo.....                                                                                                      | 28 |
| Cuerpos sufrientes.....                                                                                                 | 28 |
| Cuerpos depresivos.....                                                                                                 | 31 |
| Cuerpos locos.....                                                                                                      | 34 |
| Cuerpos cyborg.....                                                                                                     | 37 |
| III. Formación del agenciamiento.....                                                                                   | 39 |
| IV. El fármaco.....                                                                                                     | 43 |
| El antidepresivo como phármakon.....                                                                                    | 43 |
| El antidepresivo como promesa de recuperación de un yo perdido.....                                                     | 45 |
| ¿El antidepresivo como tabú?: relato de un desplazamiento.....                                                          | 46 |
| V. El proceso.....                                                                                                      | 48 |
| Territorializaciones y desterritorializaciones.....                                                                     | 48 |
| Cuerpos, espacios y eventos: Toma de medicación, visitas al médico y otros.....                                         | 50 |
| Conclusiones: los espectros asedian a los yoes neuroquímicos.....                                                       | 53 |
| Bibliografía.....                                                                                                       | 56 |
| Anexos.....                                                                                                             | 61 |

## Índice de figuras

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Mapa del agenciamiento de consumo de antidepresivos.....                                                              | 27 |
| Figura 2. Semántica de la depresión en entrevistas.....                                                                         | 34 |
| Figura 3. Semántica de la locura en entrevistas.....                                                                            | 36 |
| Figura 4. Diagrama de la formación del agenciamiento.....                                                                       | 40 |
| Figura 5. Esquema del contexto terapéutico, proceso de medicalización y subjetivación.....                                      | 43 |
| Figura 6. Diagrama de la relación cuerpo/fármaco - entorno.....                                                                 | 66 |
| Figura 7. Explicaciones del funcionamiento del antidepresivo según valoración del entrevistado/a y grado de medicalización..... | 67 |
| Figura 8. Municipios de la ciudad de Montevideo.....                                                                            | 68 |

## Índice de cuadros

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro 1. Elementos territorializantes y desterritorializantes.....                                                              | 49 |
| Cuadro 2. Cuadro de entrevistadas y entrevistados.....                                                                           | 61 |
| Cuadro 3. Sufrimiento, causa atribuida y diagnóstico según entrevistado/a.....                                                   | 63 |
| Cuadro 4. Pensamientos reportados acerca del impacto de los antidepresivos en relaciones sociales e interacciones asociadas..... | 65 |
| Cuadro 5. Ingreso medio de los hogares por municipio.....                                                                        | 68 |

*Espectro: préstamo (s. XVIII) del latín spectrum 'simulacro', 'aparición', derivado de specere 'mirar'. De la familia etimológica de aspecto (V.)*

Diccionario Google

*[...] Y, señor Doctor, ahora que usted está bien enterado de lo que puede ser alcanzado en mí (y curado por las drogas), de la zona de conflicto de mi vida, espero que sabrá suministrarme la cantidad suficiente de líquidos sutiles, de reactores especiosos, de morfina mental, capaces de sobreponer mi abatimiento, de enderezar lo que cae, de juntar lo que está separado, de reparar lo que está destruido.*

*Le saluda mi pensamiento*

Antonin Artaud, El obligo de los limbos

*El hombre occidental se exterioriza a sí mismo a través de artefactos.*

William S. Burroughs, El almuerzo desnudo.

# Introducción

¿Por qué investigar el consumo de antidepresivos desde una perspectiva sociológica? Esta es la primera pregunta a la que se enfrenta toda empresa de este carácter, y quizás, el primer obstáculo también. Esta pregunta se vuelve más inquisitiva cuando el objeto de estudio es, para las concepciones dominantes del sentido común, un fenómeno individual y privado<sup>1</sup>, y por tanto, son otras las disciplinas científicas las que reclaman el análisis de este fenómeno como terreno propio. No es casualidad que hace más de cien años, Durkheim comenzara su clásico estudio del suicidio enfrentándose al mismo problema<sup>2</sup>. La respuesta que aventuro a dar a esta pregunta es que el consumo de antidepresivos es indiscutiblemente social y por tanto susceptible de indagación sociológica.

La primera imagen mental que se nos puede presentar a la hora de pensar en el consumo de antidepresivos es el acto de toma de la pastilla, acto rutinizado tornado hábito ya que implica el encuentro diario con el fármaco. Esta primera relación entre la persona y el fármaco no es una relación con un simple objeto inanimado, sino que es una relación con una tecnología, tecnología que es realidad humana<sup>3</sup> (el reverso de ello es que el humano vive en un mundo de objetos técnicos y los organiza), tecnología que también es conocimiento materializado<sup>4</sup>. Es una relación con una tecnología que actúa sobre el mismo cuerpo no solo mediante su acción farmacológica sino a través de los conocimientos a los cuales se encuentra ligada y de la cual es indivisible. No podemos concebir a los antidepresivos sin pensar en las explicaciones que brindan sobre el funcionamiento de la psique, las emociones y la vida humana; tampoco los podemos concebir sin pensar en los diagnósticos, que como diría Ian Hacking (1995) interactúan con los diagnosticados, así diagnosticados son afectados por los diagnósticos pero también ellos afectan a la ciencia misma que los clasifica.

Pero pensar en cuerpos de conocimiento y en discursos, y cómo estos interactúan con los consumidores abarca apenas una pequeña parte del problema. La relación consumidor-fármaco se encuentra inmersa en una miríada de relaciones suplementarias. Algunas son fácilmente asociables con el fenómeno, por ejemplo, la relación del consumidor con la institución médica; con un médico que trate al consumidor y prescriba los medicamentos. Otras relaciones no son tan claras a primera vista qué vínculo puedan tener con el fenómeno, como por ejemplo, las relaciones familiares o las relaciones con los grupos de pares. Por cierto, estas relaciones tienen una historicidad y una dimensión tiempo-espacio: analizar el consumo de antidepresivos nos enfrenta a ver cómo se articulan y desarticulan relaciones, estabilizan y desestabilizan, o, anticipando el lenguaje que utilizaremos posteriormente, *territorializan* y *desterritorializan*.

Los antidepresivos nos enfrentan también a lo que es una respuesta socio-técnica ante

determinados tipos de sufrimiento, y dentro de esta respuesta en la que entran en juego instituciones, saberes, discursos y relaciones variadas, también se da un correspondiente proceso de medicalización, un proceso en el cual este determinado sufrimiento debe ser codificado como patología para hacerlo susceptible de intervención médica. A lo largo de los años han cambiado tanto las maneras de sufrir, las maneras de entender el sufrimiento, las clasificaciones que engloban los sufrimientos medicalizados y las respuestas a estos. A principios del S. XX la patología psiquiátrica característica era la histeria, a mediados de siglo la esquizofrenia y la neurosis de angustia; mientras que a finales de siglo se había difundido la noción a nivel mundial de que existía una “epidemia de depresión”, particularmente desde la Organización Mundial de la Salud (Bielli, 2012)

El trabajo de Nikolas Rose (2007a)<sup>5</sup> con respecto a la biopolítica en el Siglo XXI influyó profundamente en el devenir de esta investigación. El mismo describe como los antidepresivos se han vuelto centrales como parte de la socio-técnica del gobierno de nuestra conducta, por parte de nosotros mismos y de otros. Su creación implicó cambios relevantes a nivel social de cómo los individuos se entienden a sí mismos y al mundo, como también concepciones de lo que los humanos son y deben ser. El autoescrutinio, el monitoreo, y la evaluación de los humores, la emoción y la cognición se volvieron centrales a la hora de su implementación. Se ha dado una transformación: las nuevas tecnologías médicas no pretenden simplemente restablecer un estado de normalidad o curar la enfermedad sino que prometen refigurar y remodelar a los procesos vitales mismos para maximizar su funcionamiento. La normalidad/normatividad misma parece estar sujeta a modificación como parte de las innovaciones tecnológicas en biomedicina y psicofarmacología.<sup>6</sup> Es en este marco que toma sentido la expresión de “*herida química*” utilizada por una entrevistada para referirse a su sufrimiento y su identidad, y que oficia de título del trabajo. En dicha expresión se encierra una manera de autocomprenderse, pero también de actuar: los antidepresivos aparecen como la respuesta natural a estas “heridas químicas” que se sufren debido a un desbalance en algunos tipos de neurotransmisores.

Existe otra interrogante sobre la cual me quisiera detener en esta introducción ya que motivó la elección de la temática y es en parte la *raison d'être* de este trabajo. Uno de cada diez uruguayos y uruguayas consumen antidepresivos o lo hicieron en algún momento de sus vidas<sup>7</sup>, es decir, constituye una experiencia que es relativamente común para las personas en nuestro país. ¿Por qué desde la sociología uruguaya no se ha analizado esta temática al día de hoy? No es que la sociología como disciplina tenga que analizar siempre lo que es común y global, sino no existirían estudios sobre colectivos específicos, sobre minorías, etc. Pero en este caso, la ausencia es llamativa, sobre todo para lo característicos que son los antidepresivos en relación a la biopolítica en el Siglo XXI, las transformaciones tecnológicas y los conocimientos médicos, y las relaciones que entablamos

con otros y nosotros mismos. Pero más allá de estos aspectos que son de interés para la producción de conocimiento, los antidepresivos como problema social son ante todo *polarizantes* para el público. (Ehrenberg, 2010) Los datos de consumo de otro tipo de fármacos no se ven con tanta preocupación como los datos de consumo de antidepresivos, lo mismo se puede decir de los psicofármacos en general; y esta visión polarizante posiblemente obedezca a la visión de los antidepresivos como parte de una “psicofarmacología cosmética” (Rose, 2007a), como un fracaso para adaptarse a la idea de ‘individuo’ occidental: racional y “dueño de sí mismo” (Martin, 2008); o a la idea de que consumirlos implica ser etiquetado como “defectuoso” (Karp, 2006), pero también, a los conflictos desatados entre las distintas disciplinas y conocimientos, entre las “terapias del habla” y las “terapias de la pastilla”, entre la psiquiatría biológica y las neurociencias frente a la psicología psicodinámica y el psicoanálisis. (Bielli, 2012)

Por último, ¿por qué hablar de *agenciamientos*<sup>89</sup>? Me guió bajo la idea de que no se puede entender ni a los antidepresivos, ni al consumidor, buscando/reduciéndolos a una esencia, o derivar sus propiedades de una estructura trascendente, ya que ellos *se definen en las capacidades que tienen para interactuar y establecer relaciones entre sí*, y con otros elementos humanos y no humanos cuyas conexiones cambian, y también cambian estos y sus propiedades emergentes al cambiar estas mismas relaciones. Aquí no pensamos solo en relaciones entre humanos, sino relaciones con espacios, con discursos, con tecnologías; relaciones que se reactualizan en acontecimientos concretos, en devenires constantes<sup>10</sup>. La perspectiva del agenciamiento nos permite contemplar lo anterior y nos obliga a reformular todas nuestras preguntas acerca de nuestro objeto de investigación: ya no nos preocupa qué *es* el consumo de antidepresivos, ni tampoco qué lo *causa*, más bien nos preguntamos: ¿cuáles son sus condiciones de posibilidad?, ¿qué relaciones se establecen bajo las cuales se da ese consumo?, ¿cómo este consumo se reactualiza a diario? ¿cómo se da de una miríada de maneras diferentes?, ¿cómo de tantos potenciales devenires deviene uno consumidor? ¿cómo se amplían o constriñen las capacidades de los cuerpos?

La investigación que sigue fue realizada entre el 2016 y 2018 y tuvo como principal objetivo analizar las características y condiciones del uso de antidepresivos por parte de jóvenes del Área Metropolitana como parte de un proceso de medicalización desde una perspectiva de agenciamientos. El recorte de realidad engloba, fundamentalmente, el aspecto final de la vida social del medicamento (Van Der Geest, Whyte y Hardon, 1996) poniendo el foco en el proceso de consumo y en los consumidores. La población de estudio comprende a jóvenes de entre 18 y 29 años que consumían antidepresivos en el marco del Sistema Nacional de Salud dentro del área metropolitana de Montevideo, lo que comprende algunas zonas de los departamentos de Canelones y San José. En este proceso hemos intercambiado de manera constante con Emiliano Sosa Barrios quien realizó en el mismo período su proyecto de investigación *El agenciamiento*

*psicofarmacológico en personas con un sufrimiento psíquico grave*, y con Marcos Bustos quien llevó adelante su investigación *El juego del fármakon o sobre la emergencia de la política. Una arqueología del silencio en el Uruguay posdemocrático*. Siendo nuestras preocupaciones teóricas y empíricas similares, del diálogo surgieron ideas y reflexiones que le terminaron dando forma al trabajo que se presenta aquí. Esta versión definitiva que toma en el presente Trabajo Final de Grado fue realizada con la orientación de la Dra. Susana Mallo.

## Problema de investigación

### Objetivo General

- Analizar el agenciamiento que se produce a través del consumo de antidepresivos entre jóvenes de entre 18 y 29 años en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud para el Área Metropolitana.

### Objetivos Específicos

- Analizar las relaciones sociales humanas y no humanas involucradas en la constitución de este agenciamiento y sus partes.
- Estudiar la constitución del agenciamiento atendiendo a los diferentes acontecimientos que lo caracterizan
- Indagar en el proceso del agenciamiento y los fenómenos de territorialización y reterritorialización que se dan en su interior.
- Describir procesos de subjetivación<sup>11</sup> que se den al interior del agenciamiento.

## Antecedentes

El estudio del consumo de antidepresivos -y de psicofármacos en general- abarca diferentes disciplinas (sociología médica, antropología médica, medicina, psicología, filosofía, neurociencias, entre otros). Williams, Gabe y Davis (2008) distinguen cuatro áreas al interior de lo que se puede llamar la ‘sociología de los fármacos’: i) un área destinada al estudio del rol de los fármacos en la medicalización de la sociedad lo cual incluye estudios tan diversos como aquellos sobre el ‘disease mongering’ (promoción de enfermedades), la construcción mediática de los nuevos fármacos, la farmacologización de la vida diaria, entre otros; ii) estudios sobre desarrollo y regulación de fármacos; iii) estudios sobre consumo de fármacos y iv) estudios sobre expectativas e innovación referentes a la biotecnología.

Los estudios contemporáneos sobre psicofármacos y sobre la psiquiatría han realizado un esfuerzo para dejar atrás el modelo teórico que concebía al sufrimiento psíquico desde una estricta separación entre lo social y lo biológico, y entre naturaleza y cultura. Las obras de Paul Rabinow

(1996) y Nikolas Rose (2007a) han tenido su rol en ello, proveyendo de un marco de referencia a los mismos. Rabinow acuñó el término *biosocialidad* para designar a la erosión de los límites entre la cultura y la naturaleza en estas emergentes formas de socialidad al margen de la innovación biotecnológica. Rose por otro lado actualizó empírica y teóricamente el análisis de la biopolítica contemporánea examinando desarrollos recientes en cuanto a la genética, la neurociencia, la farmacología y cómo la biomedicina llega a gobernar y gestionar los mismos procesos vitales. Algunos autores reformulan el concepto de medicalización como *biomedicalización* para contemplar estos aportes. (Bianchi, 2018).

De acuerdo a Bianchi (2018), la medicalización en América Latina ha dado lugar a numerosas investigaciones, tanto a nivel teórico y empírico. El análisis del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) sobre los cuales se ha colocado más el foco. El mismo ha recibido atención en países como Argentina, Brasil y Chile. También se han producido artículos que apuntaron a sistematizar la producción en torno a los procesos de medicalización en América Latina. Murguía, Ordorika y Lendo (en Bianchi, 2018) denotan una prevalencia teórica de las tesis foucaulteanas en las investigaciones en la región, las cuales llevan a considerar a la medicina como estrategia biopolítica del Estado moderno, y como forma de control social, pero estos análisis se llevan a cabo sin contemplar las especificidades regionales -extrapolando realidades de otros contextos- y sobreenfatizando los elementos represivos en los procesos de medicalización. Entre los resultados de su relevamiento muestran como los trabajos dan cuenta de que los procesos de medicalización reflejan las desigualdades de la región. Por un lado amplios sectores de la población tienen acceso limitado a los bienes y servicios médicos; por otro lado describen como existe una sobreutilización de fármacos y servicios en los sectores socio-económicamente más favorecidos.

Tanto los estudios sobre el fármaco (antidepresivo) como los estudios sobre los diagnósticos<sup>12</sup> (depresión[es], trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, etc.) han ido de la mano; es prácticamente imposible investigar uno en la actualidad sin referirse a los otros. McLeod (2014) señala como en los estudios sociológicos acerca de antidepresivos, los debates han tendido a poner el énfasis en el individuo deprimido, y cómo las capacidades humanas de pensar y sentir pueden mediar la experiencia del uso de antidepresivos. Algunas de las líneas de investigación refieren a los significados que se atribuyen a la medicación, otras sobre cómo las narrativas juegan un rol en la reinterpretación del yo (*self*) la cual sucede cuando una medicación es prescrita. Este tipo de estudios presupone a las ideas tradicionales sobre la agencia humana y la distinción radical entre el agente y lo no-humano y lo inanimado, entre la naturaleza y la cultura. Uno de los ejemplos más distinguidos en esta línea es la obra de David A. Karp (2006), *En Is it me or my meds?: Living with Antidepressants* llevó adelante un estudio en base a 50 entrevistas en profundidad a consumidores de antidepresivos, teniendo como objetivo entender la experiencia de

consumirlos bajo la perspectiva de los pacientes. Su análisis se centró en los significados atribuidos a la medicación y al enfermar, los cambios en el self, la carrera iniciada, las justificaciones del uso y sus cambios a lo largo del tiempo, la ambivalencia y resistencia en torno a la medicación. El autor entendió que el consumo de antidepresivos acarrearía cambios para el self mayores que otro tipo de fármacos e instó -ya que era un estudio que tenía la divulgación como propósito- a los consumidores a volverse pacientes activos, que buscaran ayuda pero que a la vez cuestionaran y se convirtieran ellos mismos en una autoridad en cuanto a la gestión de su sufrimiento.

En las últimas décadas -aparte de los enfoques más longevos como los derivados del interaccionismo simbólico, la fenomenología, y más recientemente el posestructuralismo- emergió un área de estudios agrupada bajo el término de ‘nuevos materialismos’<sup>13</sup>. Esta etiqueta contempla un amplio rango de perspectivas pero algunas de sus características comunes refieren a su monismo metodológico entre lo natural y lo cultural, la agencia y la estructura, lo micro y lo macro, lo humano y lo no humano; poniendo el foco en los entramados relacionales y en las propiedades emergentes de ellos. (Fox y Ward, 2017). Un ejemplo de este tipo de investigaciones es el estudio cualitativo de McCleod (2014), contando con cuatro hombres y cuatro mujeres participantes que provenían de centros de salud. Se utilizaron métodos de investigación atípicos como el utilizar ‘gráficas de bienestar’ para que las llene el participante según su historia. Además en las entrevistas se introdujeron otros métodos como la toma de fotografías generadas por los participantes. En el trabajo se ilustra como la medicación facilitó la creación de asociaciones activas en un agenciamiento de fuerzas heterogéneas.

Existen otro tipo de estudios que, sin adscribirse a corrientes particulares han sido de enorme influencia y han fomentado el debate con respecto al sufrimiento psíquico, los psicofármacos y los diagnósticos psiquiátricos. Emily Martin (2008) realizó un reconocido estudio etnográfico sobre depresión maníaca en el que, a lo largo de varios años, asistió a grupos de apoyo, clases y seminarios sobre diversos temas: desde psicología, salud en el lugar de trabajo, a cómo criar a los niños para ser adultos productivos y a hospitales. En combinación con la observación participante realiza 80 entrevistas a toda una serie de personas que abarcan desde usuarios de servicios de salud mental y asistentes a grupos, hasta miembros de la industria farmacéutica. Al igual que en los trabajos de David Karp, hay una intención explícita de describir un problema de índole científica pero a la vez combatir el estigma asociado a la ‘enfermedad mental’. A la vez, cuestiona el lugar otorgado a la racionalidad en la sociedad estadounidense. Por otro lado, las investigaciones de los sociólogos Horwitz y Wakefield (2007) exploran la génesis del concepto de depresión y apuntan a trazar la diferencia entre trastorno y respuesta normal a situaciones de la vida cotidiana. Su trabajo se plantea la cuestión de cómo podemos distinguir efectivamente entre lo que es el sufrimiento común y universal -que se puede originar ante situaciones como la pérdida de

status, la pérdida de vínculos de valor afectivo o la inhabilidad de lograr metas- y lo que es patológico. En este razonamiento se encuentra una crítica a los enfoques que los autores denominan “culturalistas” que subsumen a la enfermedad a la cultura; argumentan que la enfermedad es una entidad objetiva mientras que las maneras de enfermar son culturalmente variables. En este sentido sostienen que debido a los criterios de diagnóstico actuales del DSM se medicalizan toda una serie de problemas los cuales son de índole social.

Si nos referimos en concreto a los antecedentes existentes en nuestro país, no se han realizado estudios acerca del uso de psicofármacos desde la sociología, no así desde las ciencias sociales como paraguas más amplio. Un antecedente relevante y fundamental el cual proviene de la antropología y psicología se encuentra en la tesis doctoral de Andrea Bielli (2012) acerca de la introducción de los antidepresivos en el Uruguay entre 1950 y el año 2000 desde una perspectiva de estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad. Una de las ideas fuerza del trabajo es que en el Uruguay la introducción de los antidepresivos supuso una innovación radical que llevó a las disciplinas psicológicas a reacomodar sus métodos de investigación, marcos teóricos y modos de intervención como redefinir sus relación. Se realizó en dicha investigación un examen sistemático de publicaciones académicas uruguayas de psiquiatría, psicoanálisis y psicología, se examinó información de medios masivos acerca de la depresión y los antidepresivos y diversos datos de ventas y legislación. También se realizaron entrevistas a integrantes de estas tres disciplinas como también de la industria farmacéutica. Un segundo antecedente se encuentra en la tesis doctoral en Ciencias Sociales de María Noel Miguez (2012) quien analiza la medicación abusiva con psicofármacos en la niñez, vinculándolos a los procesos contemporáneos de disciplinamiento y a las nuevas manifestaciones de la razón instrumental moderna. Las reflexiones finales vinculan los hallazgos con la mercantilización del “sufrimiento mental” y el subyugamiento y homogeneización de la diversidad en las sociedades capitalistas.

## **Marco teórico**

### **Introduciendo a los agenciamientos y los afectos**

Hice referencia en secciones anteriores a que entendía el consumo de antidepresivos como un agenciamiento (DeLanda, 2006; Deleuze y Guattari, 1972/2006b; Fox y Ward, 2017; Massumi, 1992, 2015). Un agenciamiento es una multiplicidad de elementos conectados de manera habitual y no habitual, siempre en flujo y reensamblaje; cuyas relaciones se caracterizan por ser *de exterioridad*. Lo primero que significa esto es que cualesquiera de los elementos que conforman un agenciamiento pueden desprenderse del mismo y conectarse en otro agenciamiento, entablando, en este nuevo destino, relaciones completamente diferentes: una benzodiacepina puede ser utilizada

tanto para tratar ataques de pánico como de manera recreativa, un mismo tipo de antidepresivo puede ser utilizado para tratar una depresión o migrañas, una persona puede tener un efecto secundario y otra no tomando el mismo antidepresivo, una persona que haya decidido realizar actividad deportiva mientras realizaba su tratamiento puede haber obtenido mejores resultados que otra que no, una familia puede ver el consumo de antidepresivos de uno de sus integrantes con alivio y otra con preocupación, las combinaciones posibles son infinitas. Desde luego, esto implica que los elementos tienen una cierta autonomía pero también que las partes de las propiedades componentes de un agenciamiento no pueden explicar el todo. Si pensamos en términos de agenciamientos, podemos seguir pensando en referencia a las partes en relación a un todo, pero como se puede observar, esta relación es radicalmente diferente a las que se entablan en por ejemplo, un sistema, en el que las propiedades de sus partes componentes explican el todo y a su vez son lógicamente necesarias (léase relaciones de interioridad).

Además de la exterioridad de las relaciones, el concepto de agenciamiento se puede definir de acuerdo a dos dimensiones. Una primera dimensión se ve representada bajo el continuo *material-expresivo*. En los agenciamientos sociales podemos distinguir una serie de componentes que juegan un rol material, que van desde una serie de cuerpos humanos orientados el uno hacia el otro -en un sentido psicológico y fisiológico- pero también edificios, herramientas, tecnologías, etc. En los agenciamientos de consumo de antidepresivos se encuentran no solo cuerpos (de consumidores, de sus familias, amigos, de psiquiatras, etc.) sino también diferentes elementos materiales como el antidepresivo mismo, los edificios de mutualistas y hospitales. Por otro lado, el rol expresivo refiere a lo expresado<sup>14</sup>, no solo a través del lenguaje y de símbolos, sino también mediante gestos y posturas corporales, vestimentas, maneras de hablar, etc. Previo a consultar a un psiquiatra puede ser que la familia de una persona notara que “ya no era como antes” y “que algo le pasaba” y le sugiriera consultar a un médico.

La segunda dimensión la podemos denominar a través del binomio *territorialización-desterritorialización*. Para entender esta pareja conceptual, un primer acercamiento es entenderla de manera literal. Las interacciones suceden en lugares concretos: el antidepresivo se puede consumir en una sección particular de la casa de la persona, las consultas rutinarias al psiquiatra implican una visita más o menos frecuente al policlínico, etc. También puede suceder que a partir del consumo de antidepresivos se cambien determinadas actividades y por ende se frecuenten determinados espacios en detrimento de otros, o que ante una determinada situación límite se interne a la persona y en dicho caso se de un proceso de territorialización en el que el espacio de consumo coincide con el espacio médico. Por ende, esta dimensión refiere a la delimitación espacial del agenciamiento, a la definición o borramiento de sus límites en relación a un territorio. Sin embargo, esta dimensión abarca, además de la delimitación espacial, los procesos no-espaciales que incrementan la

homogeneidad o heterogeneidad de un agenciamiento<sup>15</sup>. En el agenciamiento de consumo de antidepresivos, el consumo de antidepresivos trae aparejada determinadas explicaciones de cómo funciona el cuerpo humano y sus procesos psicológicos asociados en términos de neurotransmisores; si un consumidor de antidepresivos asiste también a terapia psicoanalítica, esta explicación anterior se va a encontrar con una nueva que explica los síntomas en relación a un inconsciente, la heterogeneidad del agenciamiento se va a incrementar pero estas explicaciones y tratamientos pueden coexistir perfectamente. Ahora bien, si la persona pasa a creer que su aletargamiento se debe a que hay un espíritu malvado habitando su hogar, puede ser que esto conlleve un proceso de desterritorialización tal que desarticule el agenciamiento: lo coherente no sería seguir consultando a un psiquiatra sino acudir a un exorcista.

Entonces, los procesos de territorialización y desterritorialización nos hablan de cómo se articula un determinado agenciamiento en primera instancia. Existe una segunda articulación que refiere a los procesos de *codificación-decodificación*. Como ya mencionamos anteriormente, el consumo de antidepresivos es imposible de entender sin pensar en toda una serie de conocimientos *psi*, categorías nosográficas y diagnósticas, etc. que especifican ese consumo; esto forma parte del código. Un psiquiatra tiene que ser capaz de diagnosticar a un determinado usuario que se le presenta a su consultorio, pero cómo señala Ehrenberg (2010), la psiquiatría está lejos de ser una práctica nosográfica que etiqueta a individuos, sino que lidia con problemas prácticos: “¿Cuál es el problema con el paciente? ¿Cómo él o ella pueden ser tratados? ¿Qué tratamiento se deriva del diagnóstico? ¿Por qué el tratamiento funciona o no funciona? ¿Es el suicidio un riesgo?”. Es el código lo que permite formular y responder estas preguntas. El código también abarca toda la serie de reglas que forman parte del agenciamiento. Las interacciones más cercanas a la institución médica tienen algunas normas, existen pautas para pedir hora con un psiquiatra, mecanismos de derivación entre médicos, procedimientos burocráticos, reglas informales que se siguen en la consulta de acuerdo a las expectativas mutuas que obedecen en parte a los roles que se ocupan. Sin embargo, no hay un grado tal de codificación que cada consulta sea igual, o dos médicos actúen exactamente de la misma manera. También hay códigos sobre la frecuencia de cuando tomar los antidepresivos, o sobre sus contraindicaciones. Por otro lado, las interacciones entre la familia o con los grupos de pares en el marco del agenciamiento de consumo de antidepresivos se puede esperar que sean menos codificadas, más flexibles, y seguramente presenten una mayor variedad.

Por último, en un agenciamiento los elementos se caracterizan por sus afectos<sup>16</sup> en el sentido spinoziano, es decir, su capacidad para afectar y ser afectados. La apertura al mundo, cualidad que no es exclusiva del ser humano, es lo que habilita esta capacidad<sup>17</sup>. Con antelación referimos a Hacking, y como diagnosticados y diagnósticos interactúan entre sí, afectándose mutuamente. Si el día de mañana me diagnostican con depresión, puede ser que cambie de manera más o menos

consciente algunas de las ideas que tengo acerca de mí, de quién soy, de qué sucede a mi alrededor y de lo que tengo que hacer de ahora en más, esto es lo que Deleuze (1969/2016; Deleuze y Guattari, 1972/2006b) entienden como devenir, en este caso un *devenir-depresivo*. A partir de un encuentro con una fuerza he cambiado de estado y también lo han hecho mis capacidades de establecer relaciones, he devenido-otro; en este encuentro en el presente emerge un signo que es expresión de mi pasado -en relación al sufrimiento psíquico y diferentes condiciones de vida que me llevaron a ese lugar- y en relación a mi futuro -como potencial consumidor de antidepresivos. En este caso, se dio efectivamente un choque entre dos fuerzas, una red de fuerzas productiva bajo la cual se produjo el acontecimiento único e irrepetible de la consulta que derivó en un diagnóstico, y una red de fuerzas que se configuran en la forma de la institución médica (como conocimientos, procedimientos, etc.) y que en este caso ejercen un carácter reproductivo, el poder. (Massumi, 1992) Podemos pensar esta concatenación de diferencia y repetición pensando en que no soy solo yo mismo quien atravieso este complejo de fuerzas, sino toda otra serie de personas; después de todo no existiría un diagnóstico si solo se aplicara una única vez. A su vez, la reproducción no solo la debo tener en cuenta para pensar como afecta este proceso a diferentes personas, sino también como se sostiene a lo largo del tiempo. Si una determinada consulta a un psiquiatra derivara en un diagnóstico y una prescripción, y no hubiera una segunda y tercera consulta, este devenir-depresivo no se concretaría<sup>18</sup>. La reproducción (del diagnóstico, del consumo, etc.) no vuelve los acontecimientos idénticos y cada repetición repotencializa el proceso mismo de manera que pueda volverse otra cosa. Así mismo, el encuentro entre fuerzas, en este caso el del cuerpo con las fuerzas, nunca es un encuentro pasivo; el diagnóstico, en caso de haberlo, se puede tomar y resistir simultáneamente, la prescripción también; recordemos también que de acuerdo a Deleuze (1962/2006a) el cuerpo mismo es un campo de fuerzas en tensión. No todos los cuerpos son susceptibles de ser captados por todas las fuerzas, existe un trabajo previo de moldeo que se realiza a lo largo de toda la vida: imagínense si perteneciera a una comunidad amish, en particular a una familia que rechaza la medicina moderna y utilice medicinas tradicionales, en este caso introducir ese objeto extraño con forma de pastilla en mi cuerpo no tendría sentido. Por otro lado imagínense el caso de una familia en la que uno de sus integrantes haya tenido malas experiencias con la psiquiatría, en ese caso puede suceder que el resto de sus integrantes estén en menores condiciones de consultar a un psiquiatra en caso de experimentar sufrimiento psíquico.

Los afectos por ende le dan a la vida cotidiana su calidad de “[...] *continuo movimiento de relaciones, escenas, contingencias y emergencias.*” (Stewart, 2007; p. 2; trad. propia). Los encontramos expresados en sensaciones, impulsos, ensoñaciones, modos de atención, de acoplamiento (Stewart, 2007), de sintonización entre cuerpos (Massumi, 2015), y de todo eso solo se puede dar cuenta discursivamente de manera muy precaria, esto es lo que abre un abismo entre el

enfoque utilizado aquí y el de las sociologías racionalistas o de la reflexividad. Volvamos por un segundo al ejemplo anterior: estuve experimentando una serie de sensaciones y pensamientos displacenteros que me hicieron tomar la decisión de consultar con un médico; no es la primera vez que voy a uno, también a lo largo de mi vida he tomado diferentes medicaciones cuando enfermé de tal o cual cosa, nada de esto es extraño para mí; puedo recordar el típico olor a desinfectante que hay en los policlínicos, la blancura de las batas de médicas y médicos, esto me puede traer alivio. Ahora bien, pensar en la palabra psiquiatra puede ser que traiga todo otro tipo de ansiedades. Numerosas imágenes sobre los estereotipos de locura pueden pasar por mi conciencia sin que yo me detenga en particular en ninguna de ellas, pero de su pasaje conservo una especie de pavor subrepticio que no se debe mostrar ya que puede ser tomado para el exterior como la misma confirmación de los temores propios. Cuando agende mi consulta con un psiquiatra puedo detenerme a pensar en qué se imaginará el telefonista que me atienda. En ese instante puedo sobreactuar mi amabilidad impersonal como manera de compensar esta ansiedad, y nuevamente, nada de ello ser conscientemente buscado.

Ahora que hemos sentado las bases de lo qué es un agenciamiento debemos explorar algunas otras dimensiones que serán fundamentales para nuestro análisis. Primero, es necesario atender a la historicidad del agenciamiento de consumo de antidepresivos haciendo un panorama de los procesos que lo hicieron surgir. Segundo, tenemos que diagramar algunas características sobre el rol de los objetos técnicos y sobre los procesos de medicalización al interior de los agenciamientos. En tercer lugar, debemos señalar algunas características de la biopolítica en el siglo XXI.

## Manual para ser un cyborg

*Más humanos que los humanos*  
-Motto de la Corporación Tyrell, Blade Runner

*Todas las cosas cambian en un ambiente dinámico.*  
*Tu esfuerzo por permanecer lo que eres es lo que te limita.*  
-Puppet Master, Ghost in the Shell

El agenciamiento de consumo de antidepresivos es un agenciamiento que contiene en su interior a objetos y relaciones técnicas,. La noción de técnica ha variado su uso a lo largo de la historia y engloba un número muy amplio de fenómenos, pero en un principio refiere a maneras, procedimientos o métodos destinados a realizar algo de manera más eficiente – lo logre o no, o a aumentar las capacidades del ser humano (Ellul, 1977/1980; Rose, 2007a), esa es su definición instrumental, pero la técnica, en tanto ‘proceso de exteriorización’ es también: “ [...] *la continuación de la vida por otros medios que la vida.*” (Stiegler, 1994/2002; p. 36) debido a que humano y ambiente se acoplan entre sí a través de ella, y se cristalizan las prácticas y los

pensamientos en la materia orgánica. La creación de objetos técnicos ha acompañado a la humanidad a lo largo de su historia, y los seres humanos han suplido sus falencias biológicas a través de la creación de los mismos. (Simondon, 1958/2008)¿Qué es la tecnología<sup>19</sup> entonces? Para nuestros fines servirá la definición que brinda Nikolas Rose (en Rose, 2007a; p. 17. trad. propia):

La tecnología aquí refiere a cualquier montaje estructurado por una racionalidad práctica gobernada por una meta más o menos consciente (...) ensamblajes híbridos de conocimientos, instrumentos, personas, sistemas de juicio, edificios y espacios, apuntalados a un nivel programático por ciertas presuposiciones y asunciones acerca de los seres humanos.

Esto significa que la tecnología es un agenciamiento de relaciones sociales y humanas en las que, contrariamente a la acepción popular del término, el equipamiento y las técnicas son apenas un componente. La tecnología no es un instrumento sino una mediación, y en un principio esta mediaba la relación entre humano y naturaleza. En esta primera instancia simplificada, podemos pensar que un antidepresivo es un objeto técnico que media entre la persona y la realidad de su sufrimiento psíquico. Sin embargo, la proliferación de objetos técnicos se agencia de manera tal que no solo se constituyen como autónomos, sino que esta mediación pasa a transformar a la naturaleza y a la humanidad misma, tornándolas naturaleza tecnificada y humanidad tecnificada correspondientemente. Si pensamos en una persona que consume un antidepresivo y este le trae como efecto secundario una somnolencia excesiva, el psiquiatra puede recetarle, para contrarrestar este efecto secundario, un neuroestimulante; en este caso a través de la tecnología se busca solucionar algo producido por la tecnología misma, lo natural ya no es tan fácil de distinguir; sin embargo, este ejemplo ilustra apenas una pequeña parte de lo que se quiere mostrar pues aún persiste una distinción radical entre lo natural y lo tecnológico. Ellul considera que los objetos técnicos no son solo mediaciones sino que son el ambiente mismo de la humanidad, una humanidad que forma parte del mismo agenciamiento técnico. ¿Dónde está lo natural? Las formas en las que se entienden y llegan a ser las personas obedecen a agenciamientos técnicos<sup>20</sup>, su entorno, la ciudad, es inherentemente técnica, nuestras mismas actividades biológicas obedecen a agenciamientos técnicos: piénsese en las ocho horas que recomiendan dormir los doctores las cuales se nos suelen presentar como una necesidad natural, la historia nos revela que este patrón de sueño surge con la Revolución Industrial para acomodarse a la jornada laboral en la fábrica. (Leader, 2019). Como diría el filósofo François Dagognet (en Rabinow, 1995), la maleabilidad de la naturaleza ofrece una invitación a lo artificial. La categoría misma de depresión es parte de una tecnología lo cual detallaremos en secciones posteriores.

¿Y entonces qué sucede con la humanidad tecnificada? Donna Haraway (1991/1995) utilizó la noción de *cyborg* proveniente de la ciencia ficción para referirse a ella. El *cyborg* es un híbrido de máquina y organismo. El género artístico del cyberpunk es quizás el que nos permita aproximarnos más a esta idea: en la película *Blade Runner*<sup>21</sup> (Deeley y Scott, 1982) existen *cyborgs* llamados replicantes, androides bioingenieriles que en apariencia son indistinguibles de los seres

humanos pero cuentan con mayores capacidades que los mismos. El slogan de la corporación que los fabrica muestra en definitiva la paradoja que subyace en la idea misma del cyborg: “*Más humano que los humanos*”. En la película *Ghost in the Shell*<sup>22</sup> (Yoshimasa et al y Oshii, 1995), la protagonista Motoko Kusanagi es una *cyborg* que posee un cerebro y una columna vertebral orgánica pero el resto de su cuerpo es una prótesis cibernética (su caparazón: ‘*shell*’) y se pregunta a lo largo del filme si siquiera alguna vez fue humana y si actualmente su propia conciencia (su ‘fantasma’: *ghost*), es humana o sintética. Además en la misma película, una inteligencia artificial sintiente denominada *Puppet Master* se define a sí misma como una forma de vida y al ser interpelada por autodenominarse así responde:

**Nakamura:** ¡Tonterías! Este balbuceo no es prueba de que eres una forma de vida pensante!

**Puppet Master:** ¿Y puedes ofrecerme una prueba de tu existencia? ¿Cómo puedes tú, cuando ni la ciencia moderna ni la filosofía pueden explicar qué es la vida? (Yoshimasa et al y Oshii, 1995)

Como se puede notar, el *cyborg* es radicalmente diferente al antiguo robot que ideológicamente sigue habitando un mundo que distingue radicalmente entre lo natural y lo artificial; el cyborg interpela lo que es ser humano y lo que es la vida. A quién esté leyendo le puede llegar a parecer extrema o ridícula esta importación del *cyborg* desde la ficción<sup>23</sup> a nuestra vida cotidiana, pero basta pensar en la medicina contemporánea para ver su poder explicativo como metáfora en esta desestabilización de lo que implica ser humano. Vivimos en la era de la reproducción asistida, de las máquinas de soporte vital, de los trasplantes de órganos -todos los cuales han redefinido las fronteras entre la vida y la muerte-, de los marcapasos, de las prótesis, de la predicción genética (Rose, 1995, 2007a), del proyecto del Genoma Humano (Rabinow, 1995), de los *fitbits*<sup>24</sup> (Fox y Ward, 2008a, 2008b), la clonación y los transgénicos. ¿Cómo podemos entender a los antidepresivos, esta tecnología que no actúa *sobre*, sino que actúa *con* nosotros, cambiándonos en el proceso, prescindiendo del *cyborg*? Nos estamos parando en arenas movedizas. En la era del cyborg, -el cual es más humano que los humanos- nos debemos reeditar el interrogante de Spinoza sobre qué es lo que puede hacer un cuerpo.

## **Locura, manía y melancolía: sobre los particulares y universales del sufrimiento psíquico y de su gestión técnica**

*Me ha tocado vivir meses enteros de desengaño  
noche tras noche de sufrimiento  
Me acuesto y la noche se me hace interminable;  
[...] me canso de dar vueltas hasta el alba, y pienso ¿Cuándo me levantaré?  
Mis días se acercan a su fin, sin esperanza, con la rapidez de una lanzadera de tela.  
Recuerdo, oh Dios, que mi vida es como un suspiro, y que nunca más tendré felicidad.  
Nadie podrá volver a verme; pondrás en mí tus ojos, y dejaré de existir.  
Como nube que pasa y se deshace,  
así es el que baja al sepulcro:*

*jamás regresa de allí,  
sus familiares no vuelven a verlo.  
Por eso no puedo quedarme callado.  
En mi dolor y mi amargura  
voy a dar rienda suelta a mis quejas*  
-Libro de Job

*¡He aquí el quid! Me creéis loco; pero advertid que los locos no razonan. ¡Si hubierais visto con qué buen  
juicio procedí, con qué tacto y previsión y con qué disimulo puse manos a la obra!*  
-El Corazón Delator, Edgar Allan Poe

Para analizar un agenciamiento debemos tener en cuenta su historicidad. Es a través de ella que vemos cómo las relaciones entre sus elementos llegan a entablarse a través de la coevolución, y son en definitiva, obligatoriamente contingentes. (DeLanda, 2006). Para ello repasaremos de manera sucinta, y sin introducirnos en profundidad en estas por un motivo de espacio, algunas características generales de la historia de los antidepresivos y la depresión.

Trazar la historia de la depresión es trazar la historia de experiencias desiguales de sufrimiento que toman una misma forma bajo períodos históricos y epistemes<sup>25</sup> (Dreyfus y Rabinow, 1982/2001) concretas. ¿Qué es el sufrimiento<sup>26</sup>? Dar pregunta a esa respuesta se puede transformar en una tarea titánica pero intentaré ser breve para nuestros propósitos. Puedo sufrir en experiencias tan disimiles como si me pego en un dedo, si se muere mi perro, si me despiden de mi trabajo, si me preocupo porque el Amazonas está siendo deforestado, si hice algo mal y me adviene la culpa o por si al contrario me castigan por algo que no hice; en ninguna de ellas diría que el sufrimiento es equivalente. En sus múltiples acepciones, el sufrimiento puede denotar un fenómeno objetivo como un desastre o una calamidad pero yo por el contrario pretendo entenderlo como una experiencia y un sentimiento. (Mayerfeld, 1999). El sufrimiento denota un sentirse mal, y a menudo, se halla emparentado al dolor. El dolor tiene una característica evolutiva de defensa del cuerpo: sino siento una extremidad puede ser me la quiebre o se me ampute y yo ni cuenta me de; pero es mucho más que una experiencia sensorial. (Le Breton, 1995/1999). El dolor y el sufrimiento son una de las pocas experiencias compartidas por toda la especie humana y se encuentran reflexiones sobre este a lo largo de toda la historia de la humanidad. El Libro de Job, por ejemplo, nos muestra a un hombre que a pesar de su rectitud es castigado como fruto de una apuesta entre Dios y Satán y al ser castigado es tomado como un pecador por sus congéneres. Esto nos lleva en cierta manera a uno de los problemas fundamentales del sufrimiento: *“Lo que propiamente hace que nos indignemos frente al sufrimiento no es el sufrimiento mismo; sino el sinsentido del sufrimiento.”* (Nietzsche, 1887). En contraposición, autores como Schopenhauer piensan que no es el sinsentido o la falta de significado donde se debe ver el problema del sufrimiento sino en como el sufrimiento nos puede atormentar a través de un elaborado uso del significado (Wilkinson y Kleinman, 2016). Antropológicamente entonces el sufrimiento es un hecho existencial y

sociológicamente una experiencia moral - el sufrimiento indigna-, pero a la vez se caracteriza por ser inaccesible al resto: “[...] *es un fracaso del lenguaje*” (Le Breton, 1995/1999; p.43), y por eso requiere la apelación a metáforas, gritos, quejas, silencios, muecas, y más. A la misma vez una persona que sufre puede no tener un claro sentido de qué le sucede<sup>27</sup>, puede no tener ningún deseo de aliviar su sufrimiento o puede querer hacerlo pero repetir constantemente actos que le generen sufrimiento<sup>28</sup>. Las actitudes y acciones en torno al sufrimiento y el dolor han cambiado a lo largo del tiempo y también dependen del contexto en que sucedan. Uno puede pensar en los diferentes umbrales de dolor en las diferentes culturas (Illich, 1974/1975), o como los soldados en la guerra toleran dolores que son intolerables para personas en contextos normales. El vínculo entre el sufrimiento y la medicina lo podemos pensar con Canguilhem (1966/1971) quien pensaba que la enfermedad, en definitiva, era una forma de sufrimiento y eso era lo que la hacía un asunto humano.

Los antidepresivos y la depresión en tanto categoría son entonces, partes de una tecnología orientada a la gestión técnica del sufrimiento, pero no son sólo eso. La noción moderna de depresión es un concepto que adquiere su forma en los últimos cien años. Si hubiéramos de bosquejar un recorrido histórico con respecto a este nos tendríamos que remontar a la Antigua Grecia y a los términos de manía y -fundamentalmente- de melancolía los cuales tenían connotaciones bastante diferentes (Healy, 1997; Ehrenberg, 2010) Para los griegos, el loco era un maníaco; un insano: si se le caracterizaba por ser sobreactivo pues padecía manía, si por el contrario se caracterizaba por ser subactivo, este padecía melancolía<sup>29</sup>. A la persona loca se la consideraba enteramente loca ya que el alma se veía como indivisible: era alguien que había perdido el completo control de sus facultades. (Healy, 1997). Las explicaciones de su origen se encontraban asociadas a la teoría de los humores hipocrática la cual tuvo vigencia hasta el siglo XIX: en este esquema el funcionamiento del cuerpo se explicaba en relación a cuatro sustancias que debían encontrar un equilibrio: sangre, flema, bilis y bilis negra. Un exceso de bilis negra podría generar melancolía. Estas concepciones coexistían también con la vinculación de la locura con lo místico, lo sagrado y lo demoníaco; dependiendo de la sociedad en cuestión. El cristianismo por ejemplo, consideraba que los delirios y actos insólitos eran “ [...] *fruto del pecado por parte del hombre, de la lucha de Satán contra Dios por la dominación del mundo.*” (Bastide, 1965/2005; p. 307) y por ende, a menudo la locura tomaba la forma de la posesión demoníaca.

Hasta la Edad Media el loco era parte del ambiente del pueblo, pero su representación atraviesa un proceso de secularización durante el Renacimiento en el que estos pasaron a ser simplemente figuras peligrosas:

El loco del Renacimiento comienza a hacer su aparición como una figura cultural de principal importancia reemplazando a la muerte como foco de preocupaciones profundas dominantes respecto del orden y del sentido. Al comienzo apareció como parte de un número más grande de tipos diferentes agrupados: el tonto, el simplón, el borracho, el libertino, el criminal, el amante (Dreyfus y Rabinow, 1982/2001; p. 30)

Simultáneamente emerge el proceso denominado por Foucault (1961/1993) como ‘gran encierro’, habilitado por la antigua estructura de los leprosarios que habían quedado vacíos: pobres, locos, criminales y desamparados pasan a ser alojados en las mismas instituciones sin distinción. Con el advenimiento del Estado Moderno, del capitalismo y la ruptura con los poderes reales, el tener a potencial mano de obra encerrada y alimentada no solo pasó a ser visto como un problema moral sino también como económico; era costoso y a la vez era un desperdicio de fuerza de trabajo. (Foucault, 1961/1993; Dreyfus y Rabinow, 1982/2001) No sucedía lo mismo con el loco: carente de razón, incapaz de trabajar, servir o de entrar en el circuito de intercambio de bienes y servicios, y además, irresponsable, al no ser sujeto de derecho (Castel, 1980). Lo que nos devela esta transformación es fundamental.

Foucault entiende que la locura, más que una substancia, es una configuración de una infinitud de mediaciones que conforman una dispersión, la cuál es la condición de posibilidad misma de su experiencia; lo anterior se encubre bajo la apariencia de una unidad, como si la locura fuera una totalidad homogénea, asequible y única. De acuerdo a esto sostengo que, si bien se pueden hallar emparentadas, sufrimiento y locura designan a dos nociones bien diferentes. Si pensamos en la oposición entre razón y sinrazón, esta se da bajo un desdoblamiento permanente; la razón denuncia la locura y ello hace que se afirme como razón. Shakespeare (1609/2015; 95-100) ilustra este punto excelentemente en *Hamlet* cuando Polonio le dice a Gertrudis: “*Vuestro noble hijo está loco./ Locura llamo a eso,/ pues definir qué cosa en verdad es locura./¿qué otra cosa sería, sino solo estar loco?*” Anteriormente aludimos a que se dio una transformación: el encierro pasa a tomar la forma del asilo, el loco pasa a ser culpabilizado de su propia condición y a la vez se establece la prerrogativa de la intervención médica para su tratamiento. En este marco se origina la psiquiatría como cuerpo de conocimientos, prácticas, tecnologías y a la vez como ciencia política orientada a la gestión técnica de la locura. (Castel, 1980). A su vez, se dio un desplazamiento, el discurso del loco ya no era simplemente silenciado como otrora, seguía sin formar parte de la *polis*, pero en su exclusión ahora debía ser aislado e interpretado, y la locura deviene objeto de estudio, investigación e intervención: deviene enfermedad mental. A este proceso gradual en el que la locura pasa a ser definida y pensada en términos médicos lo denominamos medicalización. (Conrad, 2007; Illich, 1974/1975; Zola, 1972)

## **Job y Hamlet en el consultorio del psiquiatra: la depresión, los antidepresivos y las políticas de la ‘vida misma’**

*Macbeth: ¿Cómo va vuestra paciente doctor?*

*Médico: No es tan grave su dolencia, señor, como la agitación que sufre por incesantes visiones que le impiden reposar.*

*Macbeth: ¡Cúrala! ... ¿No puedes calmar un espíritu enfermo, arrancar de su memoria los arraigados pesares, borrar las angustias grabadas en el cerebro, y con un dulce antídoto olvidador arrojar de su seno oprimido las peligrosas materias que pesan sobre su corazón?*  
-Macbeth, William Shakespeare

*La base biológica de la enfermedad mental es ahora demostrable: nadie puede razonablemente ver la frenética actividad localizada en el cerebro de una persona conducida por una obsesión, o ver el apagado brillo del cerebro deprimido y seguir dudando que son condiciones físicas en lugar de una inefable enfermedad del alma. Similarmente, es ahora posible localizar los mecanismos de la furia, la violencia y las percepciones erróneas e incluso detectar los signos físicos de calidades complejas de la mente como la amabilidad, el humor, la crueldad, el gregarismo, el altruismo, el amor de la madre al hijo y la autoconciencia.*  
-Mapping the Mind, Rita Carter<sup>30</sup>

La psiquiatría ha cambiado radicalmente desde los albores del asilo hasta la época de la psicofarmacología y va a verse atravesada a lo largo de la historia por la voluntad de detentar la “solidez” epistemológica del resto de las disciplinas médicas. En los asilos del S. XIX, la enfermedad mental se identificaba y presentaba a través de la visión. El *Atlas* publicado por Esquirol en 1838 las clasificaba de acuerdo a la apariencia de los pacientes; cada categoría diagnóstica iba aparejada de la descripción de un caso típico, detallándose la apariencia física y el comportamiento corporal de quien padecía dicha enfermedad, y a su vez de una ilustración. En esta manera de operar radicaba la diferencia de como la psiquiatría observaba su objeto de estudio en comparación al resto de la medicina. Al describir la mirada médica, Foucault (1963/2003) detalla cómo se introducía en las profundidades del cuerpo humano, vinculando síntomas visibles al exterior del cuerpo con lesiones al interior; era en definitiva interpretar estos signos y buscar sus causas. La psiquiatría fracasaba en este designio. Se quedaba en la superficie del cuerpo, en la “[...] *postura, la mirada, el color de piel del melancólico, los gestos del maníaco, los movimientos del histérico.*” (Rose, 2007a; p. 193, trad. propia).

Dos autores van a marcar un cambio con respecto a esta tendencia y serán quienes le den su impronta a la psiquiatría en el S. XX. Emil Kraepelin, quienes muchos consideran el fundador de la psiquiatría moderna, entendía que las enfermedades mentales se asentaban en causas biológicas y genéticas cambiaría el rol del diagnóstico por la historia de caso, la cronología de la sintomatología y la prognosis; su visión tendría un renacimiento con el surgimiento de la neurobiología. Por otro lado y en tendencias opuestas, con Sigmund Freud y el psicoanálisis “[...] *el ojo daría lugar al oído*” (Rose, 2007a; p.194. Trad. propia). Se inauguró un espacio psicológico en el que estarían ubicadas la locura, la enfermedad mental, las neurosis y psicosis; ligadas al deseo, a la motivación, a la represión, al inconsciente y a lo sexual<sup>31</sup>. El procedimiento cambia, al no ser más el terapeuta quien debía buscar la verdad en el cuerpo del paciente sino el paciente mismo quien debía producir su propia verdad, hablarla y confesarla: “*la cura por la palabra*” (Rose, 2007a; p. 194)

Este nuevo espacio psicológico sería el dominio de la mirada psiquiátrica, la interioridad de las personas. Sin embargo, múltiples factores se conjugaron para que este espacio, profundo y amplio, se achatará; y que la mirada psiquiátrica misma cambiara nuevamente. La psiquiatría, en sus diferentes corrientes, nunca dejó de buscar establecer el correlato entre la conducta y su base orgánica, y en cierta manera, la búsqueda de poder ostentar un estatuto epistemológico símil al del resto de las disciplinas médicas. Esto supuso, por ejemplo, las disecciones de los cerebros de los pacientes asilares. En el principio del S. XX, la neuroanatomía iba a proporcionar avances en este sentido al distinguir secciones del cerebro vinculadas a funciones; la cristalización de este proceso se dio en la invención de la lobotomía<sup>32</sup>. A pesar de ello, el cerebro se seguía resistiendo a la visualización pretendida.

La psiquiatría moderna estuvo ligada a la neurobiología durante gran parte de la historia (por ejemplo, con la frenología en el S. XIX), sin embargo, a mediados de siglo esta relación se renueva por diferentes motivos emparentados: a) Se inventa la psicofarmacología. La misma surgió en los años '50 a través de la experimentación con animales y pacientes asilares. Surgen los primeros neurolépticos (clorpromazina), los sedativos, y posteriormente los antidepresivos (imipramina<sup>33</sup>) (Ehrenberg, 2010; Healy, 1997; Rose, 2007a, 2019). Con el advenimiento de la psicofarmacología, la psiquiatría parecía finalmente adaptarse al resto de las disciplinas médicas teniendo bajo su ala a enfermedades discretas, externas y observables que podían ser tratadas con terapéuticas específicas -lo que Bielli (2012) en referencia a Dagognet denomina el modelo de la especificidad<sup>34</sup>: a cada enfermedad le corresponde una terapéutica concreta. De la misma manera que las infecciones bacterianas se tratan con antibióticos, la depresión se trataría con antidepresivos. (Bielli, 2012; Healy, 1997; Rose, 2007a) b) La depresión se volvió una categoría de amplio uso pero también se autonomiza del resto de categorías a las que estaba asociada. Si bien la noción de depresión se podía encontrar a fines del siglo XIX -por ejemplo en la categoría de locura maníaco-depresiva de Kraepelin (Healy,1997)- hasta alrededor de la década de 1940 no se había logrado desprender de otras categorías como la melancolía, la neurastenia y la histeria. En algunos textos psiquiátricos de la primera mitad del S. XX se utilizaba el término de “estados depresivos”, pero encontraba múltiples obstáculos para su aplicación. Cuando se presentaban en la práctica médica general personas que exhibían estos estados y estos no se hallaban vinculados a la insanía, estos solían considerarse como fingidores. Tampoco existía una terapéutica concreta para ellos si bien se llegó a utilizar la terapia electroconvulsiva para algunos casos. Con la psicofarmacología la depresión en tanto categoría se volvió una entidad propia y esto sucedió de manera similar al antiguo aforismo de Hipócrates el cual rezaba que: *“Es el tratamiento el que revela la naturaleza de la enfermedad”* (Ehrenberg, 2010), y la categoría se empieza a afianzar efectivamente por el tratamiento que se le puede asignar. c) La psicofarmacología abrió el terreno para la explicación bioquímica de los

trastornos mentales. A falta de un agente patógeno específico, la especificidad finalmente parecía encontrarse en la existencia de agentes bioquímicos, particularmente neurotransmisores: entonces la depresión podía ser explicada en tanto merma de serotonina: “ [...] una concentración anormalmente baja de este neurotransmisor en las sinapsis de regiones particulares del cerebro.” (Rose, 2007a; trad. propia). Lo que se instauró fue un nuevo régimen de verdad vinculado al remodelamiento de las tecnologías psiquiátricas de verdad:

Se dio origen a una variedad de entidades nuevas: sitios receptores, potenciales de membrana, conexión y descarga, regulación de receptores, bloqueo de receptores, ligamiento de receptores. En una primera etapa, estas entidades fueron solo hipotéticas; en un paso posterior se demostró su existencia en el laboratorio; luego, fueron entidades experimentales por derecho propio; y finalmente realidades que la tomografía por emisión de positrones y otras técnicas de visualización parecieron volver visibles. (Rose, 2007b; p. 391)

En conjunto con ello nuevas fuerzas entraron en juego: equipos de investigadores científicos, revistas especializadas, agencias reguladoras, compañías farmacéuticas, técnicas de investigación<sup>35</sup>, entre otros. El antiguo estudio de caso clínico fue dejado de lado por las pruebas aleatorizadas de doble ciego. En suma, la mirada molar de la psiquiatría había sido trocada por una mirada molecular. d) La mirada molecular vino engarzada a una progresiva disección y refinamiento de los diagnósticos; ciertos diagnósticos cayeron en desuso, otros se subdividieron progresivamente con el pasar de las décadas. El *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) de Estados Unidos es quizás el manual de diagnósticos psiquiátricos más influyente a nivel mundial (existen otros de amplio uso como el *International Classification of Diseases* [ICD] de la OMS el cual no se limita a la psiquiatría). Este manual, cuya primera versión se publicó en la posguerra, utilizaba en sus primeras versiones diagnósticos basados en concepciones biopsicodinámicas de los trastornos mentales, influidas por el psicoanálisis. A partir de su tercera versión, y debiéndose en parte a la crisis de legitimidad que atravesaba la psiquiatría, define sus categorías a través de criterios ‘objetivamente visibles’. En cada versión subsecuente -actualmente se encuentra en la quinta edición- ha ampliado la cantidad de diagnósticos. La importancia del DSM viene dada porque se supone debería funcionar como una guía general y estandarizada para el uso por parte de los médicos, proponiendo una serie de diagnósticos en los cuales un determinado paciente sería incluido en uno u otro bajo criterios de inclusión y exclusión, de acuerdo a la presencia o ausencia de una cantidad de síntomas de un total (Horwitz y Wakefield, 2007). Por lo tanto, los manuales de diagnósticos como el DSM deberían entenderse no como un canon bíblico a seguir, sino en primer lugar como un mapa que configura un territorio para que la psiquiatría ocupe. En segundo lugar, tiene consecuencias prácticas<sup>36</sup>: en algunos países la financiación del tratamiento del usuario por parte del seguro médico requiere un diagnóstico del DSM; también la financiación de proyectos de investigación requiere a menudo que esta se adapte a un diagnóstico del DSM. (Rose, 2019) La

proliferación de diagnósticos psiquiátricos ha sido vista por varios comentaristas, científicos e investigadores como parte de un fenómeno de patologización de la vida. (Horwitz y Wakefield, 2007)

Es necesario resaltar dos elementos, el primero que la categoría depresión se ha resistido a la especificación; no supone bajo ningún concepto una entidad nosológica estable, engloba estados heterogéneos y diversos; lo cual ha redundado en la proliferación de diagnósticos que se incluyen bajo lo que son las “depresiones” (Bielli, 2012) y también en su constante cambio: por ejemplo Ehrenberg (2010) señala que en la década de los ‘80s una serie de trastornos de ansiedad cayeron bajo el paraguas de los trastornos depresivos ya que eran mejor tratados a través de antidepresivos que ansiolíticos. El segundo es que la búsqueda de marcadores biológicos -para los diagnósticos del DSM en general y para la depresión en particular- hasta ahora no ha dado los éxitos esperados. Según Rose (2019) las anomalías en la neurotransmisión hipotetizadas hace 50 años aún no han sido demostradas en las hendiduras sinápticas de pacientes vivos diagnosticados con un trastorno. Tampoco se ha logrado hacer en otras áreas que lucían prometedoras como la investigación a nivel de los genes (Rose, 2019) o de los ritmos circadianos. Sin embargo la idea de la especificidad de los antidepresivos fue ampliamente difundida, fundamentalmente a partir de la introducción de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) -un ejemplo de ellos es el famoso Prozac o fluoxetina- los cuales eran publicitados bajo la idea de que eran “drogas inteligentes”<sup>37</sup> mucho más específicos en su acción que los anteriores Antidepresivos Tricíclicos.

Foucault (1976/1991) utilizó el término *biopoder* para designar un cambio en la racionalidad gubernamental a partir del Siglo XVIII en la que el poder político dejó de simplemente “dejar vivir y hacer morir” a sus súbditos sino que tomó como su cometido la gestión de la vida y las características vitales en nombre del bienestar de la población. Este a su vez tenía dos polos el disciplinamiento del cuerpo (*anatopolítica*) y la regulación de la población y sus mecanismos de vida: nacimiento, morbilidad, longevidad y mortalidad (*biopolítica*). Nikolas Rose, retomando a Foucault, plantea que el biopoder en la actualidad actúa de manera bastante diferente a como lo hacía trescientos años atrás, sus mutaciones la podemos ver en varias dimensiones. Una primera es la ya mencionada molecularización; asistimos a una biopolítica molecularizada que disecciona tejidos, proteínas, moléculas y drogas, los sustrae de sus afinidades específicas, sea a órganos, individuos, especies; y las vuelve unidades transferibles y manipulables capaces de moverse de lugar a lugar. En dicho pasaje la biología ya no habla más el lenguaje de la mecánica y la física clásicas, más bien la inscripción de la vida se enlaza a la gramática, la semántica y la sintaxis; a las ciencias de la información y la comunicación (Canguilhem en Maus, 2014). En segundo lugar, es una biopolítica orientada a la optimización en el sentido de que las nuevas biotecnologías parecen no estar más constreñidas a la normatividad del organismo mismo: las distinciones binarias entre lo

normal y lo patológico han dado lugar a la gestión del riesgo y a la idea de susceptibilidad<sup>38</sup>, las intervenciones tecnológicas dan lugar a nuevas formas vitales como en el caso de la investigación en células madres, la clonación, los códigos genéticos, las comidas transgénicas, etc.; los mitos de la “psicofarmacología cosmética” y los “diseñadores de humor” emergen en esta constelación. En tercer lugar, en la biopolítica del siglo XXI emergen nuevas formas de subjetivación: el telos secular de las sociedades liberales avanzadas es el de la búsqueda de la vida y la salud, por otro lado, las nuevas neurociencias y ciencias de la conducta tejen nuevos vínculos entre lo que hacemos y lo que queremos ser. En el camino hemos devenido *yo*es neuroquímicos (*neurochemical selves*), maneras emergentes de entendernos a nosotros mismos a través del funcionamiento de nuestro cerebro. En el Siglo XXI Job puede seguir entendiendo que su martirio se debe a la voluntad divina pero este martirio se entiende a través del impacto en el cerebro, como si fuera una especie de filtro. Evidentemente esto no implica que en nuestra época no existan otras formas de individualidad y que solamente nos entendamos en esos términos, sino que mas bien ellas se solapan. La emergencia de un *yo* neuroquímico es, en cierta parte, la condición de posibilidad del éxito de los antidepresivos: la idea de que el usuario, en alianza con el médico y el fármaco pueda encontrar la intervención apropiada para actuar sobre la anomalía molecular que actualmente está afectando su vida. Debemos recordar a su vez, que los antidepresivos tienen sobre sí inscrita una determinada ética, determinadas concepciones de lo que debemos ser, y también propician formas de vida en la que el *yo* es tanto ‘natural’ como ‘a ser producido’ y las personas deben comprometerse con una constante tarea de evaluar su humor, sus emociones, su cognición y en ello los límites entre el tratamiento, la recuperación y la optimización se borran. En efecto, el tratamiento con antidepresivos entraña además un juicio comparativo sobre diferentes formas de vivir y de ser humano y esos juicios son atravesados por la creencia de que la intervención técnica puede propiciar un cambio en estas formas de vivir. Por último, y quizás, un punto fundamental a la hora de considerar a los antidepresivos, con la biopolítica contemporánea emerge una nueva economía de la vitalidad en el que la vida se somete novedosos procesos de capitalización y extracción de biovalor, es decir, el “[...] *valor extraído de las propiedades vitales de los procesos vivientes.*” (Rose, 2007; 32). Es de público conocimiento que la psicofarmacología es altamente lucrativa para la industria farmacéutica. Este hecho va de la mano de que a su vez el desarrollo de nuevas biotecnologías requiere enormes inversiones de capital de riesgo y por ello su desarrollo sigue todas las reglas y exigencias de la producción capitalista en términos de la obtención de ganancias y el aumento de valor de acciones de las corporaciones farmacéuticas en la bolsa de valores. En un contexto en el que en numerosos países el consumo de psicofármacos muestra una tendencia al alza<sup>39</sup> y que una cantidad considerable de la población mundial es potencialmente diagnosticable con un trastorno mental<sup>40</sup>(Rose, 2019), no es ninguna sorpresa la consideración de

algunos de que se estén medicalizando experiencias normales de la vida o situaciones causadas por factores sociales (Horwitz y Wakefield, 2007). A su vez, se han puesto bajo lupa las diversas prácticas controversiales de las industrias farmacéuticas<sup>41</sup>.

La biopolítica del siglo XXI, toma la forma de las políticas de la ‘vida misma’ (Braidotti, 2010; Franklin, 2000; Rose, 2007a), se ha erigido un principio organizador de los discursos proliferantes que hacen a la ‘vida’ tecnológicamente mediada en una entidad autoconstituida. Es por ello que nos hemos vuelto seres más biológicos que antes, de la misma manera que el cyborg es más humano que el humano, como señala Rabinow (1996; p. 99; trad. propia): *“La naturaleza va a ser conocida y rehecha a través de la técnica y va a finalmente volverse artificial, de la misma manera que la cultura se vuelve natural.”*

## Metodología

*Mira solo a los movimientos – y te llevarán a la materia.*<sup>42</sup>  
-Brian Massumi, Parables for the virtual: affect, movement and sensation

En consonancia con el enfoque teórico, ontológico y epistemológico esbozado previamente, el diseño metodológico propuesto para los fines de esta investigación se ubica desde una perspectiva materialista y pos-antropocéntrica. En lugar de pensar que el investigador es el elemento central del proceso de investigación, quien impone ‘orden’ a los ‘datos’ para comprenderlos o explicarlos, se entiende que la investigación misma es un agenciamiento en el que se involucran tanto investigador, como acontecimiento de investigación, herramientas, técnicas, tecnologías, teorías, y un sinfín de cuerpos, cosas y abstracciones; produciendo una variedad de capacidades materiales en el camino. La consecuencia lógica de lo antecedente es que tanto el diseño como las técnicas elegidas deben poder orientarse para poder captar las relaciones y flujos afectivos de los agenciamientos estudiados -los cuales serán nuestras unidades de análisis- y al mundo social en su carácter dinámico y cambiante; con sus fuerzas e intensidades. En esa ‘captación’, el agenciamiento de investigación también produce y le da forma a estos flujos afectivos, (Fox y Aldred, 2015, 2017) y en definitiva nos lleva a la cuestión de la política de la metodología, en la que la misma es una forma de relacionarse con mundos múltiples y ensamblados. (Coleman y Ringrose, 2013)

Para elaborar el diseño tuvimos que tener en cuenta las limitaciones que se nos impusieron. En primer lugar, limitaciones de tiempo y recursos: siendo una investigación conducida en el marco de un taller de investigación de grado se contaba con un tiempo limitado para realizar el trabajo de campo -alrededor de tres meses-, no se contaba con recursos financieros y a la vez todo el trabajo fue llevado adelante por una sola persona. Segundo, tanto la literatura existente como experiencias previas me llevaban a pensar que el consumo de antidepresivos era una actividad estigmatizada por

lo que también debía tener en cuenta la posibilidad de encontrarme con dificultades a la hora de encontrar participantes para la investigación.

En base tanto a nuestros objetivos, teoría y contexto es que decidí adoptar un diseño cualitativo de investigación, flexible, y que a la vez pudiera producir datos de profundidad heurística que permitieran entablar relaciones a través de las cuales pudiera explorar la economía afectiva del agenciamiento estudiado. La segunda decisión a tomar refería a la muestra a utilizar y a la población objetivo del estudio. Opté por utilizar una muestra compuesta por jóvenes de entre 18 y 29 años que consumieran antidepresivos. ¿Por qué jóvenes? La primera respuesta es teórica, estudiar una misma ‘generación de realidad’ (Virilio en Margulis y Urresti, 1996) refiere a estudiar un conjunto de personas que comparten formas de percibir y apreciar, que mantienen diferentes relaciones con la velocidad, con el tiempo, con los ritmos, con las intensidades; pero a la vez como señalan Margulis y Urresti, también comparten factores de orden cultural (códigos, lenguajes), biológicos (salud, energía) y también una facticidad, un modo de estar en el mundo; una generación que no vivió el pasaje desde la biopolítica somática a la molecular sino que nació de pleno en la segunda. La segunda respuesta es práctica, las limitaciones de las que partimos me llevaban a utilizar los recursos disponibles de la manera más eficiente, esta población -jóvenes- resultaba ser de fácil acceso. Apelé a dos métodos de reclutamiento, el primero fue colocar un aviso en redes sociales como Facebook, el segundo fue el método de la ‘bola de nieve’; a cada persona entrevistada le solía pedir que me remitiera a otra.

En una etapa inicial de la investigación preveía utilizar dos técnicas, entrevistas semi-estructuradas y diarios de investigación<sup>43</sup> (Kenten, 2010) para contemplar datos de diferente naturaleza. La técnica de los diarios, si bien aplicada, fue descartada del análisis porque muy pocos participantes adhirieron a su uso. Para diseñar la entrevista procuré en primer lugar realizar preguntas que permitieran al entrevistado relatar su experiencia y en segundo lugar reflexionar en torno a ella. (Ver Anexo 1) Sin embargo, las entrevistas no fueron tomadas como métodos de acceso a representaciones subjetivas del mundo sino como manera de situar a los entrevistados en agenciamientos. (Fox y Ward, 2008b, 2017). Durante las entrevistas le propuse a los participantes que realizaran una ‘gráfica de bienestar’ (McLeod, 2014) en torno a dos ejes, tiempo y bienestar/malestar. Este método, más que suministrar datos para el análisis permitió a los entrevistados dar cuenta de otra manera de las cosas que pasaron en su biografía discursivamente.

Teniendo en cuenta el tiempo sumamente corto -tres meses- del que consta el trabajo de campo en el taller decidí guiarme por dos principios, el primero fue la selección gradual de la muestra (Flick, 1998/2004), amparándome en este paraguas sumamente amplio de jóvenes de entre 18 y 29 años fui incorporando los casos de manera que cada caso permitiera aumentar la profundidad y amplitud de la muestra, esto implicó por ejemplo buscar hombres cuando ya había

entrevistado a varias mujeres, o entrevistar a no universitarios cuando ya había entrevistado suficientes universitarios -este segundo punto a veces era un poco más difícil porque no siempre sabía de antemano a qué se dedicaban los participantes previo a entrevistarlos-; el segundo criterio fue la accesibilidad, y este fue de hecho bastante relevante. Cómo verificó la posterior entrada al campo, la condición de consumidor antidepresivos es una condición estigmatizada a lo que se suma que muchos participantes pueden no desear realizar una entrevista por cómo se sienten de ánimo en el momento o por no querer compartir información acerca de ellos por su nivel de intimidad. De este proceso resultaron un total de 17 entrevistas de las cuales una fue excluida por no cumplir con los criterios de edad por lo que el total neto fue de 16 entrevistas. (Ver Anexo 2)

La estrategia de análisis se hizo a través de la codificación de las entrevistas y del diario de campo, su interpretación y puesta en diálogo y conexión con la teoría, pero nunca la imposición de la teoría sobre los datos, es decir, se privilegió particularmente la emergencia y la diferencia desde cada acontecimiento y la utilización creativa de los conceptos (Massumi, 2002). La codificación implica la existencia de un corpus de datos y una búsqueda de patrones y de recurrencia mediante la categorización, y la reducción de la complejidad de estos datos a través de conceptos o categorías superordinadas. (Gibbs, 2007/2012; MacLure, 2013). Evidentemente, la lógica de codificación impone un esquema representacional en la que la manera de ‘cortar’ a través de la diferencia es mediante una lógica arborescente y jerárquica de relaciones fijas entre entidades discretas. La codificación subsume la diferencia y se centra en lo explicable, evadiendo el ‘exceso’ de lo no categorizable y de lo que se resiste a la categorización, y, simultáneamente, requiere del investigador una inmersión y un enredo con la minucia de los datos; anotando, describiendo, incorporando teoría o construyéndola. Nos permite diagramar las dinámicas de cómo el saber/poder produce orden de la diferencia, aunque nos dificulta captar todo lo que se escapa de sus lógicas. Para ello, seguimos el consejo de MacLure (2013) de tomar a la codificación como una forma abierta y en marcha de ‘hacer sentido’ (*make sense*) de los datos. Y en ello lo que procuramos hacer fue cartografiar los agenciamientos, sus relaciones, sus conexiones, y sus flujos afectivos; cartografiarlos y ver cómo funcionaban. Como se puede observar, en la teoría y metodología propuesta existen tensiones, pero estas tensiones tienen el potencial de ser productivas en la medida que se tomen en consideración.

## **Análisis**

### **I. Cartografía de los agenciamientos de consumo de antidepresivos**

El agenciamiento puede ser abordado como un mapa. ¿Trazar un mapa del consumo de antidepresivos? Esta es una idea extraña en efecto. Implica pensar en una territorialidad del consumo, en un espacio, en sus líneas, en su apertura. No creo que haya una única manera de

hacerlo; la que empleé es una de tantas posibles: creé una ficha de trabajo separada para cada agenciamiento particular en la que se pudieran seguir cada una de las relaciones que configuraban este territorio: el consumo, o mejor dicho, el consumir. Este territorio era un territorio móvil, algunas de sus relaciones eran más estables que otras, pero también cambiantes, relacionadas con un pasado, una historicidad (la cual abordamos en secciones anteriores), y con un futuro; con una actualidad pero también con una virtualidad.

Un ‘cuerpo’ y un ‘antidepresivo’, esto es lo axiomático en un agenciamiento de consumo<sup>44</sup>. El ‘consumir’ hace que el ‘cuerpo’ devenga ‘consumidor’. ¿Sucedé una sola vez? No, el consumo de antidepresivos es recursivo y sostenido en el tiempo:

Tomo fluvoxamina uno de noche, y topiramato uno de mañana y uno de noche

Milena, 19 años

El antidepresivo tiene como eso de que hasta el primer mes, en realidad, según la gente hay gente que tarda más, en realidad no te, no te hace, no te regula nada, tiene que irse acumulando y acostumbrando el cuerpo.

Álvaro, 22 años

El acontecimiento de la toma de medicación sucede recursivamente de manera diaria durante período prolongado, en espacios determinados: la cocina, el cuarto, el baño. En cada toma la relación entre el cuerpo y el fármaco se reactualiza pero como veremos, esta relación va cambiando. ¿Por qué estos jóvenes toman antidepresivos? En todos los casos lo hacían para aliviar un sufrimiento dado, sufrimientos singulares y variados entre ellos y a los cuales atribuían causas diferentes relacionadas a su presente y su pasado. Esto no significa necesariamente que el mismo consumidor crea que los antidepresivos le vayan a hacer mejorar; no es extraño que se empiece este tipo de tratamiento bajo reticencias, a veces como ‘último recurso’ o porque alguien más en su entorno cree que el tratamiento con antidepresivos le va a aliviar. De la misma manera muchas veces se da el caso contrario: una persona empieza este tipo de tratamiento bajo el rechazo de su entorno familiar o sus grupos de pares. En este proceso, el o la consumidora pueden enfrentarse a lo que ellos mismos llaman un ‘período de adaptación’ en el que enfrentan efectos secundarios que acentúan su sufrimiento y para algunos llegan a intolerables:

Creo que lo que generalmente piensa la gente, si te dan antidepresivos vas a mejorar... y no. Las primeras semanas pasa cualquier cosa menos eso

Aria, 21 años

Si bien algunos de estos efectos secundarios pierden fuerza o desaparecen con el tiempo, otros persisten por fuera de este período y se vuelven algo que el consumidor debe tolerar a lo largo de su tratamiento, por lo que podemos dividir la relación de la persona con los ‘efectos terapéuticos’ y ‘efectos secundarios’ mediados por el fármaco.

En los agenciamientos estudiados, el consumo de antidepresivos se realizaba en un contexto médico y medicalizado, bajo prescripción del psiquiatra y con controles de rutina durante el proceso, no siempre sucedía lo mismo con otro tipo de medicamentos como los ansiolíticos. A

menudo se cambiaban de psiquiatra por diferentes motivos, pero no sucedía que consumieran antidepresivos sin consultar con uno; también se daba que cambiaran de antidepresivo por no conseguir los resultados buscados, incluso, sucediendo que se dieran los dos simultáneamente, cambio de psiquiatra y de antidepresivo. A su vez, el tratamiento con antidepresivos iba acompañado de otro tipo de psicofármacos como ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos, anticonvulsivos, entre otros. Estos en su conjunto conforman un *agenciamiento psicofarmacológico* que se puede desagregar en múltiples agenciamientos: uno de ellos siendo el agenciamiento de consumo de antidepresivos. Existen muchas razones para hacer esta operación analítica: no producen los mismos efectos, no se recetan para lo mismo, las personas sienten efectos diferenciales, no conllevan las mismas cargas simbólicas ni connotaciones culturales, pero, de manera holística conforman el tratamiento psicofarmacológico en su conjunto. Este agenciamiento psicofarmacológico a su vez forma parte de lo que Cameron Duff (2014) llama un *agenciamiento de recuperación*, en el que se pueden incluir todo otro tipo de agenciamientos que forman parte de la terapéutica de la persona y pueden ser tanto médicos como no médicos. La mayoría de nuestros entrevistados realizaban alguna forma de psicoterapia (psicoanálisis, conductismo, terapia reicheana, etc.) además de consumir antidepresivos; el agenciamiento psicoterapéutico era uno de los más comunes que solía formar parte de su recuperación en su conjunto:

Es como que te sostiene, ‘miti miti’, terapia y medicamentos, y los medicamentos te sostienen en la parte creo química que te dicen ellos, que es lo biológico que es lo que sea, que hace que estés más así, que capaz no estén tan para abajo. *Igual, es como que no se, yo se que también que sino hago terapia, se que los medicamentos capaz que no me funcionan, pero se que si hago solo terapia y sin los medicamentos capaz que tampoco estoy mejor.*

Romina, 22 años

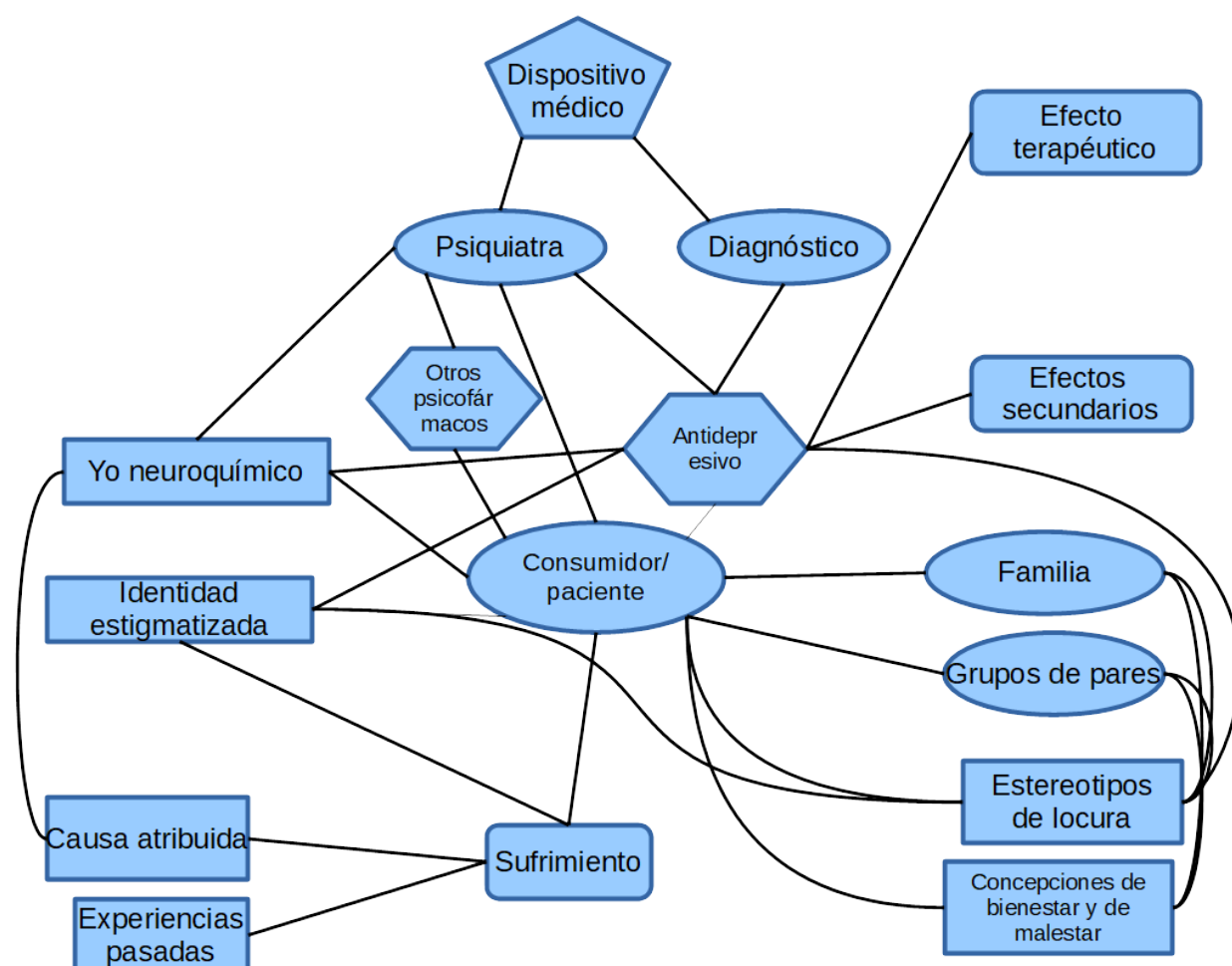
No obstante, se creaban toda otra serie de flujos afectivos que formaban parte del ‘sentirse mejor’: practicar fotografía, escuchar y tocar música, realizar deporte, recurrir a medicinas alternativas como la acupuntura, etc. De más está decir que muchos de los elementos particulares de estos agenciamientos son compartidos y tienen múltiples conexiones entre sí. Nuestra preocupación particular se encuentra con respecto al agenciamiento de consumo de antidepresivos pero aludiremos a los mencionados anteriormente en referencia a las conexiones que mantienen con el mismo.

La familia y los grupos de pares también tienen su lugar dentro del entramado relacional del agenciamiento de consumo de antidepresivos. Sobre la primera, en ocasiones puede tener un rol central tanto para la formación del mismo o para su mantenimiento, en un sentido positivo o negativo; pueden ser quien lleve al consumidor a consulta, pueden supervisar el tratamiento, o por el contrario, pueden tener un rechazo hacia el mismo y officiar de fuerza contraria a su mantenimiento. A su vez, las mismas relaciones familiares son afectadas por el acontecimiento de ser un usuario de servicios de salud mental y consumidor de antidepresivos. Los grupos de pares

tienden a tener una relación más distante, por ende a conectarse y desconectarse del agenciamiento, pero también afectan y son afectados. Varios de nuestros entrevistados y entrevistadas reconfiguraron radicalmente sus relaciones de amistad al comenzar un tratamiento con antidepresivos. En razón de lo expuesto, una posible cartografía es la siguiente:

Consumidor – antidepresivo – otros psicofármacos – psiquiatra – padecimiento o sufrimiento determinado - efecto terapéutico - efectos secundarios – diagnóstico psiquiátrico – dispositivo médico – estereotipos de locura - identidad estigmatizada – yo neuroquímico - concepciones del bienestar y el malestar– contexto familiar – experiencias pasadas – causa atribuida - grupos de pares

**Figura 1. Mapa del agenciamiento de consumo de antidepresivos**



Fuente: Elaboración propia en base a trabajo de campo

Como se puede observar, las conexiones son legión y se debe entender este esquema en tanto tipo ideal, no como esencia, sino como espacio de posibilidades (DeLanda, 2006). Si bien hemos delineado algunos de los aspectos del agenciamiento, este esquema se comprenderá mejor más adelante, quizás lo principal a tener en cuenta en este momento es: i) los elementos se conectan y se desconectan, ni todos los agenciamientos cuentan con estos elementos, ni un mismo agenciamiento cuenta con los mismos elementos a lo largo del tiempo, ii) los elementos no siempre conservan las mismas propiedades o actúan de la misma manera: una familia puede pasar de rechazar el tratamiento a aceptarlo y apoyarlo, un antidepresivo puede pasar de hacer ‘sentir bien’ a quien lo

toma a dejar de hacerlo, iii) se ve una clara distinción que algunos elementos tienen un rol más material: el antidepresivo, el espacio donde se lo toma, el edificio de la mutualista u hospital; y otros un rol más expresivo: el diagnóstico, los estereotipos de locura, las ideas sobre el bienestar y el malestar iv) el esquema no comprende la multitud de relaciones que se entablan con el afuera.

## II. El cuerpo

La tarea que tenemos por delante es comprender cómo funciona el agenciamiento, sus procesos, sus acontecimientos, sus territorializaciones y sus desterritorializaciones. Comenzaremos *in medias res* refiriéndonos a las potencialidades del cuerpo al interior del agenciamiento siguiendo la vieja pregunta spinoziana ¿Qué es lo que puede hacer un cuerpo?. En un agenciamiento las temporalidades se entrecruzan, y empezar por el cuerpo será esclarecedor para comprender cómo se forman aquellos entramados relacionales. Desde luego, si recordamos que el cuerpo se constituye como encuentro entre fuerzas, al hablar del mismo hablamos del agenciamiento en su conjunto también.

### Cuerpos sufrientes

*En este momento, me siento mal. Este acontecimiento, crucial para mí, es inexistente, inconcebible para el resto de los seres, de todos los seres. Salvo para Dios, si es que esa palabra tiene algún sentido.*

-Emil Ciorán, Del inconveniente de haber nacido.

*El inacabamiento, la herida, el dolor necesario para la comunicación.*

-Georges Bataille, El Culpable

Hemos explorado con anterioridad al sufrimiento humano. Como plantea Wittgenstein (1953/1999) para el caso del dolor, la certidumbre que tenemos de que los demás pueden sentir dolor coexiste con la imposibilidad de poder compartir dicha experiencia. Aunque la podamos manifestar, a los dolores y a las manifestaciones de los dolores, los separa una sima. El cuerpo sufriente es la condición de posibilidad del consumo de antidepresivos porque los mismos son una mediación técnica orientada a la gestión de determinados sufrimientos, sea aliviarlos, sea hacerlos tolerables. La cultura provee del marco y define una forma específica para el ámbito de los sufrimientos, si se debe intervenir sobre ellos y con que prácticas, (Foucault, 1990) y a su vez, a pesar de que el sufrimiento propio le sea inaccesible a quien le es ajeno, de todas maneras se encuentra atravesado por relaciones de saber-poder; la mirada médica de la medicina moderna es parte de este “ [...] vínculo fantástico del saber y del sufrimiento ” (Foucault, 1963/1973; p. 3) en el que a través del cruce de cuerpos, miradas y discursos se apunta a erigir un ‘conocimiento positivo’, un dominio de cosas por conocer, y una objetivación desde el ‘síntoma subjetivo’ de un sufrimiento que pertenece al orden de lo patológico a aquel ‘conocimiento positivo’

El sufrimiento es un problema para lo que Foucault (2004/2006, 2004/2007) denomina la gubernamentalidad; no algo a ser eliminado, pero un problema en lo que es el ‘cuidado de la población’ por parte del Estado. La gubernamentalidad es un concepto que engloba un ensamblaje de diferentes instituciones, procedimientos, análisis, técnicas y estrategias que tienen a la población como su objetivo y en ese sentido se encuentra intrínsecamente ligada al biopoder. El ‘cuerpo sufriente’ es atravesado por el biopoder, y el sufrimiento, no a nivel individual sino a nivel poblacional: es algo a ser gestionado. Cuando emerge la biopolítica, el ‘arte’ de gobernar se encontraba permeado por el pensamiento utilitarista (por ejemplo en la división de la agenda y la no agenda de Jeremy Bentham, lo cual implicaba la división de las actividades del gobierno según incrementaran o no la felicidad de los súbditos) por ende el campo de la felicidad estaba colocado como parte de lo que debía ser conducido y gestionado, en conjunto con la salud y la productividad de la población. Pero esta gubernamentalidad no sucedía de manera de arriba hacia abajo, sino que estaba involucrada en los mismos procesos y modos de subjetivación de los cuales hablamos anteriormente; en las prácticas sobre el yo en nombre de la vida o la salud, sea la individual o colectiva (Rabinow y Rose, 2006). La gubernamentalidad nos habilita entonces hacernos las siguientes preguntas: ¿Por qué determinados tipos de sufrimiento son responsabilidad del Estado? ¿Por qué determinadas personas acuden a los servicios de salud cuando se encuentran bajo determinados tipos de sufrimiento? ¿Por qué los antidepresivos son una de las maneras de abordar este sufrimiento?

En el cuadro 2 (Ver anexo) se pueden observar los sufrimientos reportados por los entrevistados previo o durante al tratamiento con antidepresivos, las causas que les atribuían y el diagnóstico que les brindó el o la psiquiatra con quien consultaron. Lo primero que se tiene que aclarar es que tomamos el sufrimiento como dado, es decir no vamos a problematizar en torno a sus causas ya que excede a los propósitos del estudio. Una segunda puntualización refiere a la heterogeneidad del discurso con respecto al sufrimiento en el que encontramos: i) *términos biomédicos y/o psicológicos* -depresión, ansiedad, anorexia-, ii) *quejas somáticas* -cistitis, dolor, hacerse necesidades encima-. iii) *emociones* -angustia, tristeza-, iv) *prácticas* -autoflagelación, romper cosas, dormir, estar en la cama- , iv) *relaciones con otros afectadas* -problemas en la familia, responder mal-, v) *relación consigo mismo afectada* -desvalorizarse, autoodio-, vi) *capacidades afectadas* -no poder ir a estudiar, no sentir cosas buenas ni malas, situaciones que no podía manejar, no poder dormir-. En las sociedades occidentales de la modernidad tardía, nos entendemos en una gran medida en términos biomédicos (Conrad, 2007; Rose, 2007a). No es ninguna sorpresa que los entrevistados lo hagan; pero no debemos entender a su sufrimiento confinado en los términos de la biomedicina<sup>45</sup>, sino más bien, un sufrimiento atravesado y que toma forma, que los incorpora y los excede, después de todo, no debemos entender al sufrimiento como

una esencia irreductible. El ‘cuerpo sufriente’ debe transformarse en ‘cuerpo tratable’ y en ‘cuerpo gobernable’ para entrar en un tratamiento con antidepresivos. Milena me contaba como tras un momento de sentirse mejor durante el tratamiento volvió a sentir mal, pero estos eran diferentes, era un ‘estar mal desde’:

Y además yo estaba bien, y en un momento, volví a estar mal. Volví a estar mal y ta. Y ahí empecé a tomar el topiramato. *Pero fue un diferente estar mal*. Estar mal *desde* el no poder controlarme. Y empecé a estar mal *desde* la depresión, y ahí empecé a tomar la fluvoxamina.

Milena, 19 años

En este fragmento vemos esta capacidad de ser afectado del cuerpo sufriente por la biomedicina, no solo en términos de ‘tratamiento’ o ‘gobierno’, sino en términos de subjetivación. Dejaremos en suspenso este razonamiento porque será abordado en profundidad en el capítulo 3. Planteemos entonces la pregunta espinosiana: ¿Qué puede hacer un cuerpo sufriente? Referirnos a todas las posibilidades en este espacio es imposible. Por motivos heurísticos quisiera referirme a dos tipos extremos: uno viene dado por la pérdida de capacidades del cuerpo sufriente, de placer, de voluntad, de ‘ganas’:

Nunca dejé de hacer las cosas, ir a clase.... sí de salir, porque como te conté no me gusta andar entre la gente, pero *lo demás lo hacía como por inercia*, como para yo misma decir no te quedes tirada, no te quedes tirada. Pero ta lo hacía porque era lo que se supone que tenía que hacer, no lo hacía con ganas, *era como una máquina*. Me despertaba, subía al ómnibus, iba a la facultad, volvía. Y así transcurría la vida.

Florencia, 26 años

No me sentía muy conmigo mismo y cosas de esas. Eh... no se. Lo que consideraba era mi mayor problema eran las pocas ganas que tenía de hacer las cosas. El cansancio no tanto. Pero... si me sentía bastante mal. Y no era porque había pasado algo malo ni nada de eso.

Ian, 22 años

Lo que describen ambos son cambios en las relaciones. Se pueden dejar de hacer cosas, y otras se hacen por inercia; ya no se hacen de la misma manera. A menudo las y los entrevistados relatan como les llevó tiempo reconocer que efectivamente ‘estaban sufriendo’ y que lo que sentían y hacían no era normal.

El otro tipo es el de la experiencia límite, los sufrimientos que bordean el límite de ‘lo intolerable’, lo extremo; en la que el sufrimiento se torna desorganizador y desestabilizador, en este caso el cuerpo es desbordado por el sufrimiento:

Similar a un ataque de pánico pero no sabría, no sabría decir la diferencia entre un ataque de pánico y una crisis nerviosa, era como que sentía que me iba a morir como que no podía sop... como que mi cuerpo no podía aguantar tanto dolor eh... como... como que mi cerebro se apagaba y empezaba a gritar, a gritar y a llorar llorar llorar, y... y... y... gritaba, y a veces como que pensaba que me iba a volver loca. Me acuerdo una vez que estaba en mi casa y empecé a gritar, a llorar, a gritar como que no se, como que si me desg... me desgarraba la garganta gritando y mi viejo y mi vieja quedaban como ¿qué te pasa? ¿pasó algo?

Maida, 21 años

La sensación era como... una angustia, una falta de energía impresionante. Un sentimiento de desesperanza que te aplastaba el pecho. Era como... bien mucha angustia, mucha depresión. También hubieron tiempos que se mezclaron con otros sentimientos como rabia, culpa. Pero era básicamente eso y, también en mi caso lleva mucho auto-odio, y baja autoestima. Ganas de autoflagelarme o eliminarme. Y es algo que lo pude contener bastante tiempo pero llegó un punto que empezó a

explotar. Entonces empecé a tener trastornos alimenticios. Empecé a tener trastornos de sueño. Tengo un insomnio muy potente. Empecé a tener ansiedad. Que, antes era solo depresión, ahora es trastorno ansioso-depresivo. O sea, eso es lo que me dijo mi psiquiatra. Que se fue transfor...fue siempre depresión, pero se sumó la ansiedad. Y a partir de eso empecé a tener... mucho insomnio.

Victoria, 18 años

El sufrimiento toma la forma de diversos flujos de sentimientos que se reactualizan en situaciones concretas, le dan una textura al existir, pero ante todo, a pesar de que, en tanto experiencia es incompañible, es un flujo posible debido a la apertura de los cuerpos; los shockea, los desestabiliza, los orienta, a veces inasimilable, se proyecta, deja rastros, se prolifera, habita los cuerpos y las relaciones, se puede mostrar y se puede esconder. La entrevistada 2 relataba lo siguiente tras haber sido internada, la cual fue la experiencia previa a tomar antidepresivos:

Y después de que yo salí del sanatorio, *a mí me impactó mucho verla a mi madre mal*. Ver a mi vieja tipo, no se como decir. Angustiada, porque ella se sentía culpable que yo no me había podido ayudar, ver a mi novio en la misma situación. Y ver a... sobre todo tuve dos amigas que cuando hable con ellas *me dijeron cosas que me llegaron. Me movió de adentro cosas, y eso fue cuando dije, ta yo no puedo hacer estas cosas. Tengo que salir, tengo que sentirme bien*. Pero lo más importante fue ver a mi madre, ver a mi vieja el día que salí del sanatorio. *Totalmente tipo, desencajada*. Se echaba la culpa ella, que ella no me había podido ayudar. Que, que... yo a ella iba a hacer lo mismo que ella había llegado. Que se sentía super culpable. Que no sabía como ayudarme. Eso me ma... Te hace mal. Es tu madre yo que se. No se. Eso me mató. Ver a mi novio también. *Y el hecho, una de mis amigas se sentó y me dijo: Vos eras... la persona a seguir. Tipo la fortaleza todo. Me hablaba de pila de cosas que nunca me había dicho, nunca*. Hasta ese momento jamás me había dicho cosas tipo... en cuanto a como me veía ella en mi vida. Vos me has contado pila de cosas que viviste que pasaste. Y yo te miraba ahí y siempre tipo... siempre estás para todo el mundo. Siempre corriendo para todos lados. Vos sos mi persona a seguir. Y ver que hayas hecho esto, es ¡pah! Me dejó, ¡no lo puedo creer!. ¡Pah!

Camila, 29 años

En este fragmento se puede notar el quid del asunto: el sufrimiento como una fuerza que se ramifica. Ella fue internada por haber ingerido muchas pastillas, al salir, la ‘impacta’ verla mal a la madre. Ver a su novio, ver a su amiga, pero sobre todo ver a su madre en ese día concreto. Sus amigas diciéndole que ella era un modelo a seguir, pero esto era algo que nunca le habían dicho. Su sufrimiento impactó en los demás, pero el sufrimiento de los demás impactó en ella como para ‘desencajarla’.

## Cuerpos depresivos

*Últimamente y sin saber por qué he perdido toda la alegría y el deseo de ocuparme de las tareas cotidianas. Tengo tal pesadumbre en la mente que esta gran fábrica, la Tierra, me parece un promontorio yermo; y esa bóveda cristalina, ese firmemente majestuoso tachonado de fuego áureo, sólo me recuerda una infecta y nauseabunda licuefacción de vapores.*

-William Shakespeare, Hamlet.

¿Por qué referirnos específicamente para la depresión cuando el antidepresivo se utiliza para tratar diversas condiciones? ¿Por qué hacerlo cuando los entrevistados se han referido a múltiples formas de sufrimiento? Si bien esto es cierto, para 15 de 16 de nuestros entrevistados y entrevistadas la categoría de depresión tenía un importante carácter afectivo y estructurador de la

identidad y de la experiencia del sufrimiento dentro del agenciamiento. En secciones previas hemos rastreado la emergencia del concepto desde la melancolía hasta su uso actual en la psiquiatría. Vale la pena recordar que no todas las disciplinas científicas utilizan el término para referirse a lo mismo<sup>46</sup>. Para la psiquiatría, depresión puede significar una emoción humana normal, un humor que se puede tornar patológico al permanecer durante largo tiempo o acentuarse; a su vez un síndrome depresivo puede que incluya un humor deprimido o no; puede estar precipitado por ciertos eventos biográficos o no (Shorter, 2015). La depresión en tanto categoría ostenta una silueta imprecisa y ha tenido problemas para definirse con precisión por la variedad de estados y diagnósticos que engloba (que a su vez tienden a proliferar conforme al paso del tiempo) -por ello se suele hablar más de ‘depresiones-’, pero también por superponerse con otras categorías psiquiátricas, y por lo tanto, se enfrenta a contratiempos para adaptarse al modelo de la especificidad.(Bielli, 2012). En base a ello, la historia de la depresión ha presentado dilemas y desafíos particulares los cuales han sido medulares para la reflexión epistemológica psiquiátrica como la necesidad de distinguir entre *“el humor que uno tiene y la personalidad problemática que uno es; [...] [entre] la persona que uno es y la enfermedad que uno tiene”* (Ehrenberg, 2010; p.71). Así mismo la depresión, a diferencia de otras categorías psiquiátricas, se caracteriza simultáneamente por su extrema heterogeneidad y máxima universalidad<sup>47</sup>.

Nuestro objetivo aquí es atender al ‘cuerpo depresivo’, cómo esta categoría penetra los intersticios entre saberes científicos y saberes populares, entre saberes y cuerpos. Valentina describía de la siguiente manera la diferencia entre la tristeza y la depresión, reeditando la misma pregunta que se hace la psiquiatría y contestándola: su sufrimiento era una enfermedad:

Estar triste... no te... no te limita vivir tu día a día. Capaz estás triste una semana... pero igual te levantas. Capaz estás triste y yo que se.... seguís comiendo. *Pero tener depresión es algo, es una enfermedad.* No podés salir de tu.... sub sub sub subsuelo que estás ahí. No ves una motivación. Perdés las motivaciones. Perdés el norte. Hasta hoy tampoco lo he encontrado. No tenés algo por lo que luchar. O un sueño. O no te visualizás a vos inserto en la sociedad, teniendo un trabajo o siendo madre. Yo no me veo haciendo nada eso. Y... creo que esa es la diferencia, que estar triste todo el mundo está triste. A todos nos pasan cosas , pero no tiene porque condicionar tu relación, en el día a día o tu vida cotidiana, en la depresión sí.

Valentina, 20 años

Si los sufrimientos y los cuerpos se territorializan en la categoría depresión, es porque la depresión es un territorio a ser ocupado, y esto se debe entender en términos procesuales. Romina veía en retrospectiva como ella solo se veía como ‘una chiquilina que se estaba quedando vaga’ y que si no hubiera ido a un especialista que le dijera que tenía ‘esto y esto’ probablemente seguiría viéndose así. El territorio se delimita de muchas maneras, en cosas que el cuerpo no puede hacer, pero también donde está su sufrimiento, ‘está en su cabeza’ y eso ‘hace que el cuerpo no pueda hacerlo’:

Es como que te falta ese decir, me falta esa felicidad, ese algo que me haga sentir bien. como, no se, yo creo que es todo basado en sentimientos, de cómo es todo. Como que me cuesta explicarlo, yo realmente no se ni como es que me surgió, *si no voy a un especialista que me diga tenés esto y esto, sinceramente yo lo veía como que era una chiquilina que se estaba quedando vaga*, no quería hacer nada y se pasaba llorando y a la vez me arrepentía. Cuando me venían cosas de esas que me quedaba llorando en el cuarto. Yo me decía, ¿por qué si te gusta estudiar, si te gusta hacer esto no lo hacés? Simplemente es como que , no se si te falta esa voluntad, no se es como que... *el cuerpo no lo puede hacer es como... realmente no lográs saber como surge. Es algo que está en tu cabeza. Eso hace que tu cuerpo tampoco pueda hacerlo, porque, como que te falta esa fuerza, esa voluntad de decir: "Yo quiero hacer esto", y aunque te venga esa fuerza de decir: "Yo quiero hacerlo", no se, llega al momento y es como que te vienen los pensamientos negativos y vas en retroceso y aún todavía me sigue costando creer que tenga anotado en mi historia clínica, esta muchacha sufre de depresión*. Es como que, es como que tampoco es algo que se hable mucho en la sociedad.

Romina, 22 años

Este encuentro de fuerzas en el que emerge el 'cuerpo depresivo' trae tensiones'. Florencia por ejemplo piensa que en aquel momento ella hubiera dicho que estaba 'realmente triste' y que a veces se utiliza el término indiscriminadamente:

Ta para mí primero también hay que ver a qué le dice cada uno depresión , yo por ejemplo no se si hubiera dicho estoy deprimida yo pensaba que no más, *yo que se te ponen el nombre depresión pero en realidad yo hubiera dicho estoy realmente triste. Yo que se no se, pero no tenía una razón por la cual estaba triste*. Y yo creo que a veces, no es, a veces alguno dice una persona que hace terapia o que no tiene algun amigo , o que sepa algo y que pueda decirle no se consultá o hacé tal cosa antes de medicarte. Dice ta tengo depresión, va a uno cualquiera y ta toma pastillas. O sea sin sentido entendés

Florencia, 26 años

Por otro lado, Ilana piensa que los 'depresivos' siempre marcan el 'toque' que los identifica, es algo que se puede ver notoriamente aunque no todo el mundo lo explicita; es una señal de identidad, mientras que para Enzo la depresión es algo que uno puede llegar a tolerar pero de lo cual no se puede deshacer:

Lo mismo los depresivos, siempre marcan el toque que los identifica. ¿No? O sea, en su forma de hablar, en su forma de actuar, en su forma de vestir o lo que fuere. Como que marca siempre una diferencia dependiendo de las personas.

Ilana, 21 años

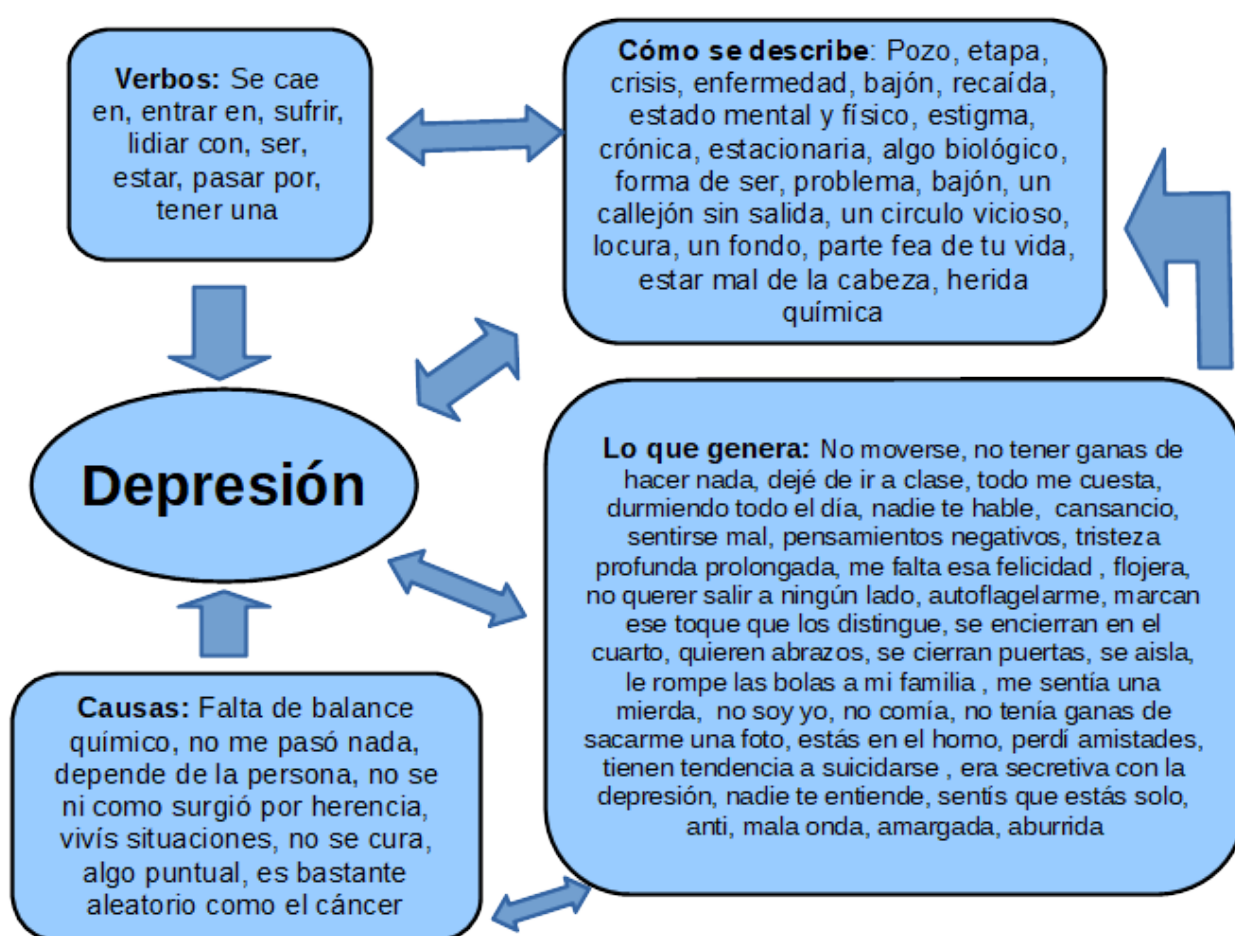
Algo que quería decir es que la depresión no se cura. No te terminás curando de depresión. Por ejemplo los antidepresivos no es que te dejaste de sentir deprimido sino que como te ayuda a llevarla. A no sentirla tanto.

Enzo, 19 años

En la figura 2 se pueden observar los diversos significados que tomaba la depresión en nuestras entrevistas. La depresión como algo en lo que se 'cae', se 'entra', se 'pasa' (múltiples metáforas cinéticas), se 'sufre', se 'es', se 'está' y se 'tiene'. A su vez figura como un 'pozo', una 'etapa', una 'crisis', una 'enfermedad', una 'forma de ser', un 'problema', un 'bajón', una 'parte fea de tu vida', etc. ¿Qué puede hacer y no hacer un 'cuerpo depresivo'? Puede perder las 'ganas de moverse', de 'hacer cosas', le 'cuesta todo', 'duerme mucho', 'pierde amistades', le 'falta felicidad', tiene 'pensamientos negativos'. A su vez se territorializa en diferentes explicaciones causales: desde lo aleatorio a lo hereditario -la predestinación-, de lo biográfico a lo biológico y a

veces hasta el sinsentido (“no me pasó nada”). La depresión codifica el sufrimiento y opera como medio de expresión del agenciamiento. Aún así, y a pesar de la suma heterogeneidad y de la infinita potencialidad de expresiones del ‘cuerpo depresivo’, estas toman formas esteoreotípicas, lo que las hace, desde luego, fundamentalmente impersonales y prepersonales. Enunciaciones similares con pequeñas variaciones, una agencia inhumana profiere palabras a través de los cuerpos como si de una posesión se tratara. (Massumi, 1992). No habría depresión sino hubiera una interrelación de relaciones que produjera este tipo de enunciaciones y sensaciones. No habría depresión si solo una persona ‘cayera’ en un ‘pozo depresivo’. La depresión, entonces, toma un carácter performativo (Bielli, 2012), me detendré en el capítulo 3 sobre qué es lo que significa esto.

**Figura 2. Semántica de la depresión en entrevistas**



Fuente: Elaboración propia en base a trabajo de campo

### Cuerpos locos

La historia de la locura revela como en el proceso de organización de la vida social, a través de la evolución de valores, reglas, creencias, discursos, juicios, tecnologías y sistemas de poder, lo racional y lo irracional coexistieron pero de manera separada, en espacios separados. Es a su vez la historia del ‘monólogo de la razón’ acerca de la locura, y de su sucesivo silenciamiento. Con Pinel, la locura se desprende de la miseria humana en general y de la delincuencia en particular para

transformarse en enfermedad mental y se constituye el asilo como organización institucional. La Razón, jueza de la locura, objetificó a la locura en delirio; ya no más lo trascendente sino una amenaza a ser controlada, prevenida y tratada. (Basaglia y Ongaro, 1987). Sin embargo la depresión, pareciera, a primera vista ser remota a la locura: *“La locura es misteriosa y espectacular, mientras que la depresión es sutil y discreta. Su presencia es sentida, pero silenciosamente, porque los pacientes deprimidos no pierden la razón.”* (Ehrenberg, 2010; p. 70; trad. propia). Alain Ehrenberg (2010) indica como la depresión se volvía una suerte de democratización de lo excepcional: la patología de la persona normal; un proceso que fue previamente pavimentado, a principios de Siglo XX, con el lenguaje de las neurosis provisto por el psicoanálisis.

A pesar de lo anterior, muchos de nuestros entrevistados y entrevistadas manifestaron de alguna manera tener algún tipo de vínculo con ella, tanto en el ‘sentirse loco’, como en el que lo etiqueten como tal. El cuerpo-loco aparece como otro potencial devenir del cuerpo en el agenciamiento; una relación de tensiones y resistencias con el cuerpo-depresivo y con otros cuerpos. Tras haber atravesado muchas experiencias en la adolescencia, a Tadeo le recetaron antidepresivos entre otros psicofármacos, y eso suponía para él en ese momento un recordatorio de que estaba “loco” :

Y a la edad lo tomaba como el culo, lo tomaba para el orto. Te sentís un loco de mierda, por eso te estigmatiza, a mí me, me estigmatizó bastante; el tema de decir: “Bo, tengo que tomar diez pastillas”. Aparte, el trato que te da el psiquiatra en una institución de esas, es bueno vas te sentás, anota, no te dice ni que si ni que no, ni si está bien ni si está mal, y bueno: “Esto para esto, esto para lo otro”. Con dieciséis años, este... tomando diez pastillas en un día, no no, la verdad no me hacía mucha gracia.”

Tadeo, 28 años

No solo es la autopercepción propia lo que entra en juego, a Emily le sucedía que era su madre la que le decía que estaba loca. Los demás también juegan un rol relevante, más aún en el caso que sea un miembro de la familia. Esto significó para ella una experiencia llena de miedo en la que temía lo que fuera a suceder. Una vez hecha la visita al psiquiatra, este cuerpo-loco se redujo en potencia para dar paso al cuerpo-depresivo:

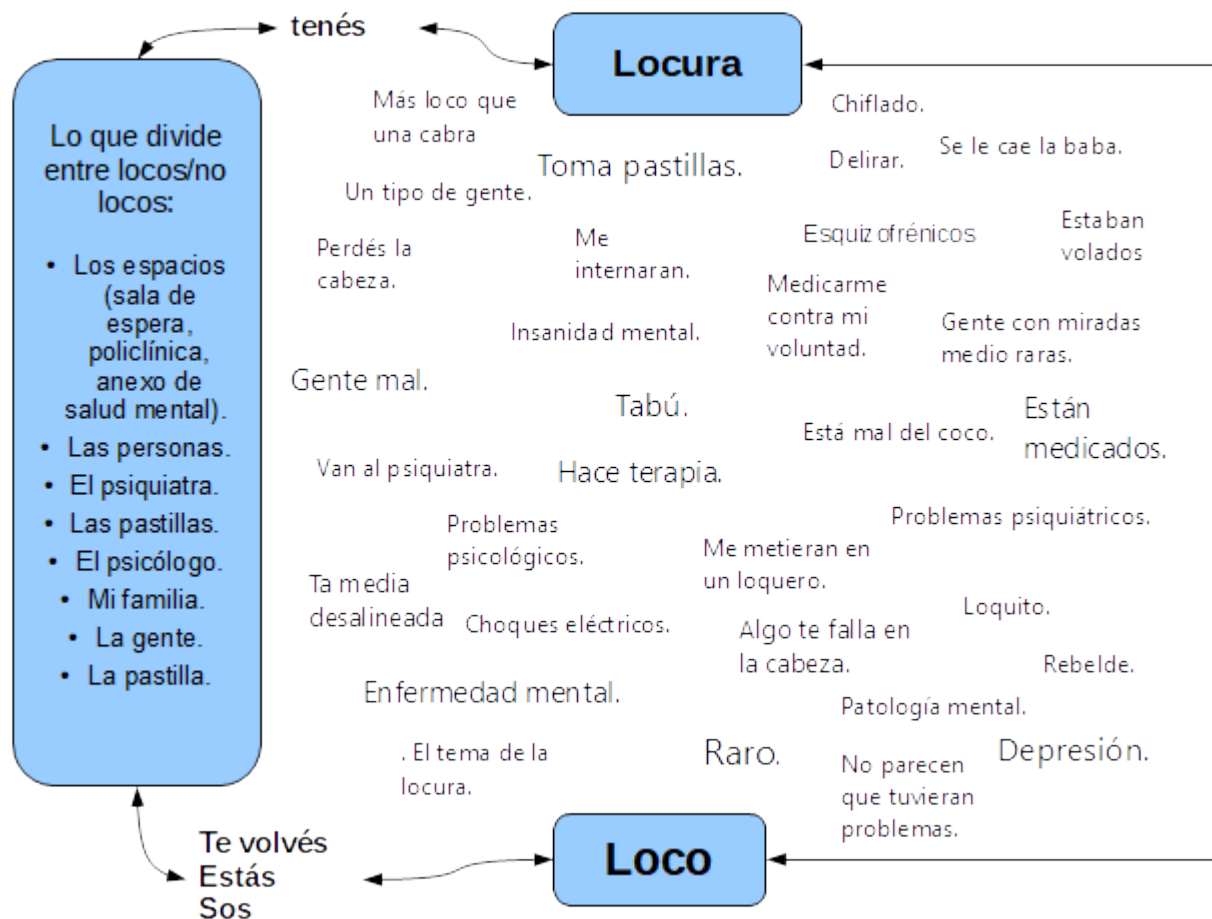
Pero ta en esa situación yo tenía catorce años, fui sola, no tenía básicamente contención ni nada estaba convencida de que lo que tenía era un poco de locura. También porque mi madre me decía que en realidad estaba loca yo, y era como que iba a ir y le iba a decir, y el tipo me iba a decir “No tengo idea te tenemos que internar, vas a pasar en un psiquiátrico de acá hasta el año que viene” y no. Fue tipo, algo re común que es tipo la ansiedad... y la depresión. Sí y cuando fui fue como que me alivió y a la vez me sorprendió porque fue como que me dio un veredicto de ansiedad panicosa, pero ta me alivió de una manera, no se, estás loca, sos esquizofrénica, que ta que ahora que investigo no es tan malo pero en ese momento era como lo peor que me podía pasar, que no estaba enloqueciendo, simplemente estaba en un descontrol emocional en ese momento en el cual llevó a que mi cerebro... no viera salida.

Emily, 19 años

En la Figura 3 se puede observar el significado que adquiere la locura para entrevistados y entrevistadas: “chiflado”, “delirar”, “más loco que una cabra”, “estar medio desalineado”, “choques

eléctricos”, “perder la cabeza”, “estar mal del coco”, “insanidad mental”, “se les cae la baba”, “raro”. A su vez ciertas prácticas se erigen como divisorias dividiendo entre locos y no locos: el frecuentar algunos espacios (la sala de espera, la policlínica, la sección de salud mental) el ir al psiquiatra, el tomar pastillas, el que a uno lo internen o lo mediquen contra su voluntad, el ir a psicólogo/a.

**Figura 3. Semántica de la locura en entrevistas**



Fuente: Elaboración propia en base a trabajo de campo

Foucault plantea como se objetiva el sujeto en lo que llama prácticas divisorias: “*El sujeto, o bien se divide a sí mismo o es dividido por los otros. Este proceso lo objetiva. Los ejemplos son el loco y el cuerdo; el enfermo y el sano; el criminal y los "buenos muchachos"* (Foucault, 1983; p. 241) Es un poder que se aplica a la vida cotidiana, categoriza al individuo, le asigna una individualidad e identidad y se impone como verdad. Aquí entonces la palabra sujeto aparece en una doble acepción, por un lado sujeto a algo o alguien a través del control y la dependencia y por otro, ligado a una propia identidad mediante la conciencia y/o el autoconocimiento. El consumir antidepresivos, el ir al psiquiatra, el frecuentar las mismas salas de espera que otros pacientes que son atendidos en materia de salud mental se vuelven prácticas divisorias. Desde luego, se dan diferentes resistencias ante esta división:

Yo personalmente si conozco a alguien, le transmitís algo que estás en tratamiento con antidepresivos te mira raro, andate a cagar, me importa una carajo, yo soy yo , llegué a crear un nivel de inmunidad a lo que pueden llegar a decir los demás que ta, estaré loco, bien vos, te felicito por tener que rotular a una persona , porque no tenés más argumentos, bárbaro.

Tadeo, 28 años

## Cuerpos cyborg

*[...] El vínculo entre la carne y la máquina es simbiótico , y , por tanto, puede ser mejor descripto como un lazo de mutua dependencia. [...] El sitio corporal de la subjetividad es simultáneamente negado, en una fantasía de escape, y fortalecido y reforzado.*<sup>48</sup>

-Rosi Braidotti, The Politics of "Life Itself" and New Ways of Dying

Un cuarto potencial del cuerpo consumidor de antidepresivos es el devenir cyborg, híbrido de organismo-máquina. El acontecimiento recursivo de la toma de medicación, y el proceso en el que antidepresivo media entre la relación con el cuerpo-mente y la subjetividad propia desestabiliza la distinción natural-artificial. Camila comentaba como los efectos secundarios desestabilizaban la noción de quién era, es decir, qué sentimientos le eran propios y cuáles no y a la vez cómo los demás no lo entendían porque no atravesaban lo mismo:

Primero lo irritable. Estás irritable y también sentís que no te entienden. Y no que no te entiendan por malos ellos, sino porque no están en la misma. Los efectos secundarios por ejemplo cuando los vas dejando. Pero cuando te das cuenta “¡Pah! me estoy enojando por nada, estoy irritable.” Después lo que empieza a pasar es: “¡Pah! me enojé por cualquier cosa”. No, no me enojé por cualquier cosa. En esta ocasión estoy bien, no es porque estoy irritable, y también llega un momento que cuesta discernir eso, de cuando estabas irritable o cuando realmente o sea, me irritaba ¿entendés?. Segundo, ¿esto es culpa mía o esto realmente es así? *Es como difícil discernir cuál es tu subjetividad.*

Camila, 29 años

Emily por otro lado se refería a como los tomaba todos los días y los llevaba siempre con ella, los tenía “incorporados”. Recordemos que incorporar implica unir algo para que formen un todo homogéneo, es decir, que se vuelva indistinguible a uno:

Entonces como que ta, lo tomaba de mañana siempre en la cocina, y cuando me voy a casa de alguien, lo llevo siempre conmigo y lo tomé. o sea, *los tengo muy incorporados.* [...] que sea crónico y todo solo quita que tengo que seguir trabajando para salir de eso pero... pero nada, o sea, siempre tuve todos los días, tomar la pastilla y aparte el hecho de cuando no la tomaba era como que, yo misma me sentía insoportable, y está de menos odiarte a vos mismo en un día donde cual sabés que no tomaste una pastilla y es como que sabés que lo necesitás.

Emily, 19 años

Uno de los temas que más emergía en las entrevistas era el de la dependencia. La discusión del antidepresivo en torno a la dependencia o no dependencia:

Y la mirada de los demás, es obvio, estás dependiendo de algo, pero no, no estoy dependiendo de algo. Dependencia es si fuera tipo una droga, tipo adictiva, tipo, si yo fuera adicta a la merca, eso es. Pero yo no soy dependiente, si yo quiero lo dejo. Entonces, o sea, sí, tengo cierta dependencia en si un día voy y dejo de tomarlo voy a tener efectos secundarios, tipo, yo que se, me voy a sentir mareada. Pero si lo dejo despacito ya está.

Milena, 19 años

Una de las formas de pensarse a sí mismo propia del cuerpo cyborg es la del yo neuroquímico (Rose, 2007a). Si volvemos al cuadro 2 (ver Anexo), vemos que nuestros entrevistados y entrevistadas solían atribuir la causa de su sufrimiento a diferentes hechos biográficos, acontecimientos o, en algunos casos, causas genéticas. Pues bien, la producción de un yo neuroquímico, propia de la gubernamentalidad y la biopolítica contemporánea implica que todas las explicaciones del sufrimiento psíquico, e incluso, de cuestiones más amplias como la conducta o las emociones, ‘pasen’ a través del cerebro. El impacto de estos hechos biográficos o acontecimientos se da a través del mismo. Así nos lo explican Álvaro y Bruno, Álvaro con respecto a cómo funcionan los antidepresivos y Bruno con respecto a cómo se produce la felicidad:

Como pienso que funcionan, yo creo que te regulan, no quiero decir una burrada, porque a nivel científico no tengo ni idea, pero creo que te, te regulan distintos, distintos, el cerebro... ehmmm segrega no se, segrega distintas cosas que a vos te hacen sentirte más feliz, sentirte más tranquilo, sentirte... es como lo que *regula tu comportamiento y tu respuesta ante las cosas* y a mí me parece que, que actúa a nivel de eso, de intentar, regular si ve que yo, estoy por ejemplo, segrego mucha alerta, que es una de las cosas que a mí me pasa, en un momento de ansiedad, a responder con sensación de alerta en situaciones en las que no debería estar alerta, eh hh creo que ahí empieza como a intentar crear un balance entre, lo que tu cerebro, como un cerebro debería funcionar para estar bien.

Álvaro, 22 años

Yo leí un artículo, de que aparentemente la felicidad en el cerebro la podés medir. Una vez encontraron al tipo que tenía más de eso. Era un monje budista en el Himalaya. Y ta esta es la persona más feliz del mundo. No se, se cree que... la felicidad debe ser algo en el cerebro. *Si vos querés ser feliz, tenés que manipular al cerebro de forma que esté en ese estado*. La forman de manipular al cerebro... puede ser a través de cosas externas. No se, capaz que alguien le produce felicidad tomar cierta cosa o experimentar cierta cosa, pero en teoría debería ser feliz sin tener necesariamente nada externo, por más que sea más difícil. Debería ser posible me parece.

Bruno, 23 años

Esto desde luego trae consigo nuevas formas de entenderse, nuevas prácticas (consumir antidepresivos) y territorializa y enmarca el sufrimiento en determinadas explicaciones como las diversas hipótesis bioquímicas de la depresión (serotonérgica, dopaminérgica, deficiencia de monoamina), y, en el proceso transforman el sufrimiento, pero también lo vuelven ‘tratable’. Así Emily, territorializaba su sufrimiento como un ‘estrageo en el cerebro’, como una ‘herida química’:

Y segundo que *ya había tenido un estrageo en el cerebro* que era el hecho de que no podía sacar químicamente, la sertralina como que... *te hace liberar serotonina*, y mi problema era que no puedo liberar la serotonina sino tengo un medicamento encima, sino tengo la sertralina por ejemplo, no se que otro hace eso, pero es como que ta, hay como ya *una herida química* que no se puede arreglar.

Emily, 19 años

¿Qué significa esto para nosotros y nosotras? El devenir-cyborg y el yo neuroquímico no solo ponen en cuestión los límites entre natural/artificial, biológico/cultural sino que traen una nueva relación entre la *zoé* -la vida en su carácter animal, la vitalidad absoluta que le pertenece a todos los seres vivos- y el *bios* -la vida en su carácter discursivo, la buena vida, autorreflexiva que se le atribuía históricamente al ser humano. (Braidotti, 2010). El antidepresivo actuando sobre la *zoé* irrumpe en el *bios*, como una represa cuyos muros se agrietan por la fuerza de la corriente,

dejando escapar chorros de agua hacia el otro lado. Enzo mostraba esto a través de su miedo de como, al tomar antidepresivos podía ‘empezar a ver las cosas de manera diferente’:

Porque, sí no se, creo que mucho de los fármacos alienan mucho a la gente y no dejan ver las cosas como son. Cuando una persona está deprimida se siente deprimida por algo, y si este vos le das un fármaco para que no se sienta deprimida y *ta ese era mi miedo dejar de ver las cosas y pensar las cosas como ya las pensaba y las pienso y me di cuenta que seguí pensando igual si tenés las ideas claras en realidad*. Porque, conozco otros casos después de tomar antidepresivos cambiaron sus ideas completamente para un lado.

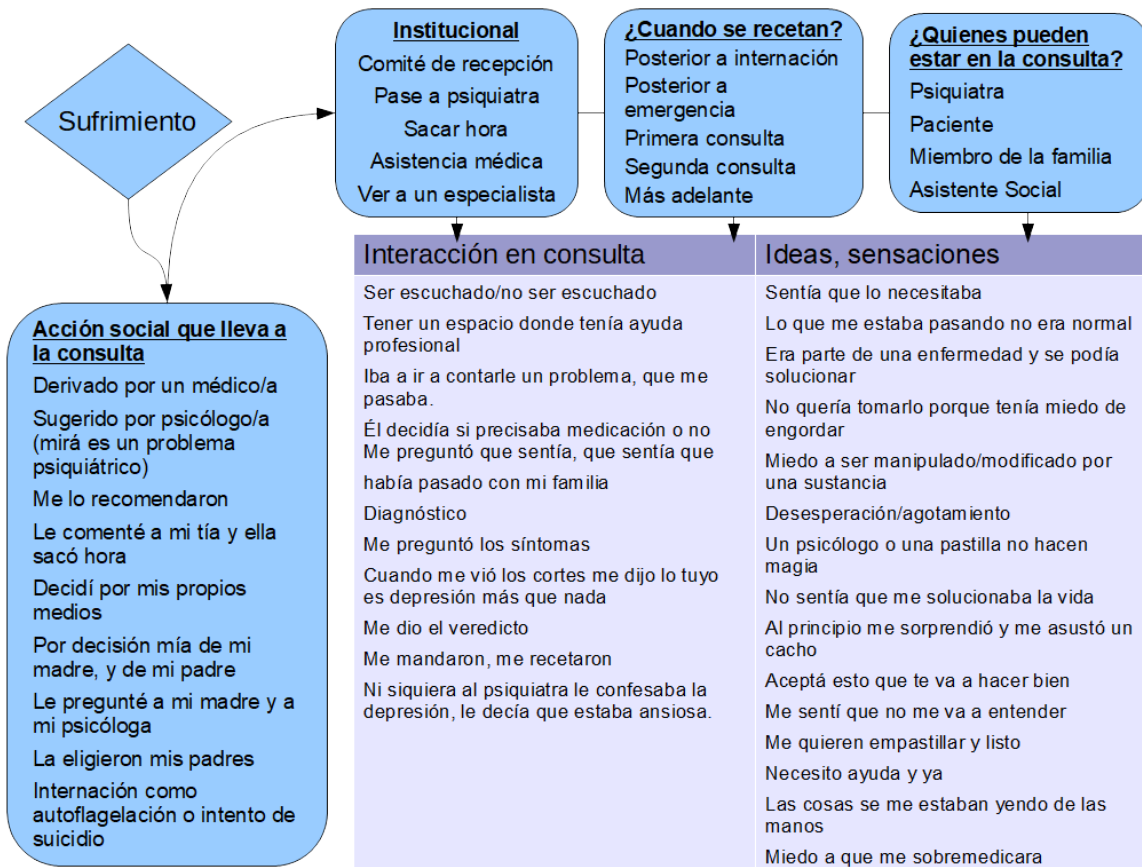
Enzo, 19 años

El antidepresivo interpela lo que es ser humano, en su actuar-sobre la *zoé*, su acción molecular tiene repercusiones sobre los cuerpos/emociones y desestabilizan la subjetividad, pero, esta desestabilización no debe solo entenderse en su dimensión reflexiva y discursiva -que por cierto, es uno de los registros en los cuales se manifiesta-, sino también en los afectos ordinarios: cómo se siente uno cuando se levanta, cómo se siente uno quedándose a dormir en la casa de un amigo o de un novio, el pequeño shock que le sigue al olvido de tomar los fármacos, la irritación que puede venir al ver que uno no se siente de la misma manera ante determinadas cosas que como las hacía antes. Es en este sentido que somos seres más biológicos que antes. (Rabinow, 1996; Rose, 2007).

### III. Formación del agenciamiento

Podemos considerar a la formación del agenciamiento a los eventos previos inmediatos a la primera consulta, a la consulta misma, llegando al momento en que la persona en cuestión comienza a consumir los antidepresivos. Existen desde luego una multiplicidad de formas en las que esto puede llegar a suceder pero podemos observar determinados procesos de territorialización y codificación que son comunes en la constitución de un agenciamiento de consumo de antidepresivos como se puede observar en la Figura 4. Un determinado sufrimiento es el catalista para una acción social que lleva a una consulta. Estas son variadas y surgen desde iniciativas más autónomas a más heterónomas: recomendaciones, sugerencias, derivaciones de parte de otros médicos, internaciones o simplemente la persona decidiendo por sus propios medios. El momento en el cual se recetan los antidepresivos también demuestra cierta variedad, a veces siendo en la primera consulta o a veces más adelante. Entrevistados y entrevistadas no siempre estaban solos, a veces se encontraban con algún miembro de la familia.

**Figura 4. Diagrama de la formación del agenciamiento**



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Lo que le da el marco a esta acción es un proceso de medicalización en el que la persona pasa a entender su sufrimiento en términos biomédicos, a lo cual un determinado profesional de la salud le puede dar respuesta y eventualmente puede ser aliviado con medicación:

Ehhh yo en realidad fui medio. Cuando decidí yo ir por mis propios medios, por lo general conozco gente que o sea... Fue un proceso que lo fui haciendo yo solo, *entonces como que estaba consciente de todo lo que me estaba pasando y que no era normal*. Que no era como siempre había sido yo y que *ta y que eso se podía solucionar*, no se. Entonces en ese sentido fui bastante crítico y cuando me di cuenta en realidad que pila de las cosas.... me costó bastante en realidad, bastante tiempo casi un año en darme cuenta. Pero cuando me di cuenta que eso en realidad *era parte de una enfermedad*, que yo no siempre había sido así. Ehh ta, fui bastante decidido al psicólogo. *Preguntarle, y ta estaba en la cabeza bastante que posiblemente fuera un problema psiquiátrico*. Así que cuando me derivó, ta no tuve mucho este... o sea no me sorprendió para nada.

Ian, 22 años

De acuerdo a lo que nos dice Ian, en su caso este proceso fue bastante gradual. Lo que lo aquejaba era para él una enfermedad, y era algo solucionable. Tras terminar la relación con su novia empezó a sentir que estaba más irritable y agresivo en sus relaciones, como también a sentir una “tristeza que no se iba” y a “quedarse en su casa sin aparente razón”. Consideraba que eso podía ser “normal” al dejar una relación, pero con el tiempo sintió que “dejaba de estar relacionado con [su] relación”, “algo no le estaba funcionando bien”, “no era como siempre había sido él” y esas sensaciones, percepciones, reacciones, actividades y ese sufrimiento particular lo concibió en

términos de enfermedad; este proceso duró alrededor de un año. De acuerdo a él la participación en un agenciamiento psicoterapéutico facilitó este proceso. A la vez, debemos tener en cuenta que esta codificación también se debe a la preexistencia de un dispositivo (Dreyfus y Rabinow, 1982/2001) médico que toma forma como conocimientos, discursos, etc.; estos territorializan al cuerpo en relaciones -con el psiquiatra, con el fármaco- y en espacios -el espacio físico donde sea la mutualista, policlínica, hospital. A su vez, el flujo de sufrimiento se codifica como síntoma. Por otro lado para Camila el proceso fue más repentino al haber estado internada, pero consultó a un psiquiatra después de haberlo hablado con su psicóloga.

Y ta tomé pastillas en un momento de crisis. Yo conscientemente lo hablo a veces y no es que no... no lo hice consciente porque quería matarme... a veces es una sensación de que se vaya todo el diablo, querés salir de esa situación esa angustia de eso que te está presionando y uno realmente no tiene las herramientas. No podés hablarlo porque no es fácil hablar sentarte a hablarlo con nadie sea tu madre tu pareja tus amigos... hablar de cosas que te pasan es como uno que pasa tanto tiempo guardándose las cosas que vivís y seguís. Bueno estuve internada. Ahí volví a vi... estuve unos días con mi vieja. Y bueno ahí empecé estem... yo estaba ya antes con la psicóloga, ella me dijo me había aconsejado que por qué no consultaba con un psiquiatra de repente hay situaciones que uno para poder.. porque yo le decía que no podía dormir que tenía pesadillas ehh me despertaba super.. acelerada, mal, después estaba muy agresiva en el trabajo, con mis amigos. Con los vínculos ¿no? Y ahí fui a la medi... sociedad médica, pedí pase para el psiquiatra y el psiquiatra... es como todo. Me encontré con una psiquiatra que lo único que hizo fue recetarme una medicación. De la cual yo no sentía cambios solo sentía que iba a repetir, no tuve cambios hasta que tuve ese pozo.

Camila, 29 años

En este tipo de interacciones el elemento de la escucha es señalado como importante por entrevistadas y entrevistados, algo que estaba presente en la Figura 4. En su caso sentía que no era escuchada por su psiquiatra y que iba solo a repetir a medicación. Esto propició que ella cambiara de psiquiatra, el agenciamiento de consumo se encontraba con relaciones sólidas y por eso se cambió solo el “eslabón más débil” del mismo: la psiquiatra. Al encontrar un psiquiatra del cual sentía que la escuchaba y se preocupaba por lo que la aquejaba la relación se mantuvo estable y vio con mejores ojos su tratamiento.

Estas características nos llevan al siguiente punto, la consulta psiquiátrica puede ser entendida como un ritual de confesión en el sentido de Foucault (1976/1991), es decir un ritual en el que el sujeto que habla es a la vez sujeto del enunciado. Se despliega a su vez en una relación de poder y en copresencia. Un sujeto habla y el otro calla, uno formula una respuesta y el otro interroga. El interrogador impone, aprecia y juzga. Por otro lado la enunciación produce en el interrogado modificaciones: “ [...] *lo torna inocente, lo redime, lo purifica, lo descarga de sus faltas, lo libera, le promete la salvación.*” (Foucault, 1976/1991):

Me hizo pasar primero a mí, y después a mi padre. *Me preguntó cuál era mi problema o porque estaba ahí*, o si me había llevado alguien, me había recomendado alguien. Que sentía que necesitaba. O sea, *yo ya sabía que iba a ir a contarle un problema*, no era un... no es ir a ver que tengo, *era ir a decirle que me pasaba y que él decidiera si precisaba medicación o no*. Pero... ta yo fui ya con esa cabeza de que le iba a contarle las cosas. No puedo ir ni pretender que me de vergüenza o que el loco me diga.. me esté tres horas sacando temas , *yo iba a ir a lo que tenía que ir*. Y ta y después hizo pasar a mi padre y le preguntó que veía mal en mí o porque estaba yo ahí.

La relación de poder y la autoridad conferida al psiquiatra figura en cómo los entrevistados se refieren a él: “el especialista”, “alguien que sabe”, “un profesional”. Sino en acciones: “él decide si preciso medicación”, “me mandó antidepresivos”, “ni siquiera al psiquiatra le confesaba la depresión”. Una entrevistada particular se refirió a la enunciación del psiquiatra como un “veredicto”<sup>49</sup> lo cual señala las pretensiones de autoridad y verdad:

*Él me dijo eh, que nada, que ta me dio el veredicto y ahora él me iba a recetar medicamentos, que yo estaba en mi libre derecho de no tomarlos pero si yo venía un psiquiatra que su trabajo es darme lo que él piensa que necesito y... que ta que él sabe que él tiene pruebas que los antidepresivos y los ansiolíticos le hacen... un efecto positivo a la gente mientras se tenga un seguimiento y se tenga también la ayuda terapéutica.*

Emily, 19 años

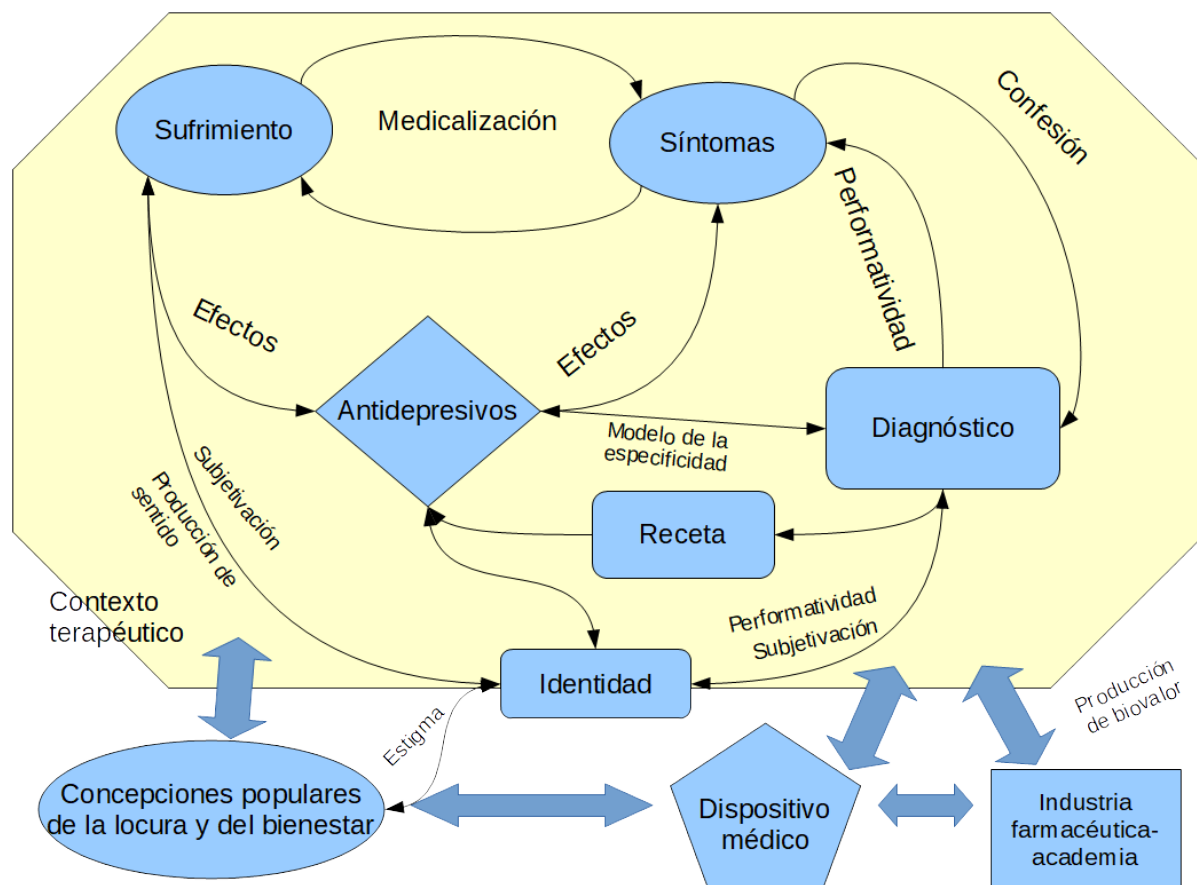
Un elemento importante en la relación de saber/poder es la capacidad que tiene el psiquiatra para poder diagnosticar. Con antelación nos referimos al carácter performativo de los diagnósticos psiquiátricos, los cuales interactúan con los clasificados tomando cuerpo en su experiencia mórbida (Bielli, 2012; p.41) y a la vez afectando ellos a las categorías mismas. Nuestros entrevistados y entrevistadas no siempre manifestaban que se les brindara un diagnóstico, pero cuando esto sucedía esto afectaba su vida y su experiencia del sufrimiento, tanto si la categoría era aceptada como resistida o rechazada:

*Claro, lo vivía todo a través de eso. Si me sentía mal era porque tenía X trastorno, o si me sentía bien era porque tenía X trastorno, o si hacía una cosa mal en mi vida le pedías a los demás comprensión porque tenía X trastorno. Que a lo largo, si empezás a ver al resto de las personas no le interesa si tenés X o Y trastorno, o X o Y enfermedad psiquiátrica, no le interesa, uno tiene que empezar a ver o vivo bajo el rótulo de X o Y trastorno, o Z afección o voy a vivir bajo el intento de no hacer eso de lado, no hacer como que no existe, o aprendés a... aprendés a como llevarlo. [...] Toda esa etapa yo me trataba a mí como si fuera enfermo. Vivía toda mi vida a través de una enfermedad, tenía un filtro, para cualquier acción buena mala, la filtraba a través de ahí.*

Tadeo, 28 años

De acuerdo a estos elementos podemos elaborar la figura 5 para ilustrar qué es lo que sucede en el contexto terapéutico. Un determinado sufrimiento es medicalizado y al menos un aspecto del mismo toma forma como síntomas, esta medicalización a su vez transforma al sufrimiento mismo. A través de un ritual de confesión del sufrimiento se elabora un diagnóstico el cual tiene un carácter performativo sobre el sufrimiento y lo hace tomar la forma de síntomas. El diagnóstico se corresponde con una terapéutica determinada a través del modelo de la especificidad, en este caso, un determinado antidepresivo. El mismo actúa sobre el sufrimiento y sobre los síntomas, y, en conjunto con el diagnóstico, tienen un rol en la producción de una identidad, la cual a su vez permite darle sentido al sufrimiento. Por fuera del contexto terapéutico hay a su vez interacciones con la industria farmacéutica en la producción de biovalor, con el dispositivo médico y con las concepciones populares del bienestar y la locura.

**Figura 5. Esquema del contexto terapéutico, proceso de medicalización y subjetivación**



Fuente: elaboración propia

#### IV. El fármaco

En este apartado describiremos algunas de las principales respuestas a la pregunta de qué es lo que hace el antidepresivo en el agenciamiento de consumo desde un punto de vista social. La lectura de estos tipos ideales debe ser complementada con las figuras 6 y 7 presentes en el Anexo.

##### El antidepresivo como *phármakon*

*El *phármakon* es lo que a la vez permite que se cuide de algo y es aquello de lo cual hay que cuidarse – en el sentido que es necesario prestarle atención: su poder es curativo al grado inmensurable que también es destructivo.*<sup>50</sup>

Bernard Stiegler, *What Makes Life Worth Living: On Pharmacology*

Cuando nuestros entrevistados y entrevistadas hablaban de los antidepresivos y su relación con ellos, hablaban de algo que “hacía bien” y “hacía mal” simultáneamente. Por ejemplo Emily declaraba categóricamente: “Yo no soy pro tomar pastillas, yo soy pro sentirte bien”. En esta frase se sintetiza esta suerte de idea en la que “tomar pastillas” no es lo ideal, pero si hace sentir mejor a alguien ella lo apoya. Milena se refería a la culpa que le venía de recomendarle a la gente que

consultara con un psiquiatra porque “lo iban a empastillar” pero a la vez sabía que le iba a hacer bien:

Yo soy la primera en recomendarle a la gente que vaya al psicólogo. Y le he conseguido psicólogos a mucha gente. Tipo soy la madre de psicólogos. Y que vayan al psiquiatra es tipo, siempre está ese... esa culpa de decir: “Bo, estoy empastillando a un amigo”. ¿Por qué tengo esa culpa si se que le va a hacer bien? ¿Por qué no?

Milena, 19 años

Esta connotación negativa que conlleva el “empastillar” también lo vemos en lo que decían Florencia y Aria:

Yo no quería ir con un psiquiatra de los típicos que todo el mundo les teme, que te empastillan sin escucharte.

Florencia, 26 años

Pero ta, siento que te empastillan pero no te explican nada.

Aria, 21 años

El antidepresivo es un (psico)fármaco, lo cual implica un remedio, algo que cura, previene una enfermedad o alivia un dolor. Sin embargo, su origen etimológico proviene del griego *phármakon* el cual designa simultáneamente un remedio y un veneno (Escohotado, 1989/1998; Stiegler, 2010/2013). En el griego entonces una sustancia podía poseer a la vez un estatuto benigno y dañino, y pareciera que el antidepresivo -conjuntamente con otros psicofármacos- adquiere tanto para entrevistados y entrevistadas como para quienes los rodean esta doble calidad.

Fue abrupto porque... de la nada tuve que tomar algo que no conocía, era ajeno a mi cuerpo. Físicamente lo sufrí. Como te decía, todos los días por un mes tuve dolor de cabeza, me mareaba... o mismo me hacía sentir mal el hecho de estar tomando eso. *Era como que me empeoraba el ánimo el hecho de estar pensando que estaba consumiendo eso para mejorarme. (ríe) Era como un círculo, o sea era consciente que me iba a mejorar -supuestamente -pero... era peor también pensar en que lo estaba tomando.* Los primeros días y todo eso no podía creer que yo... estuviera tomando eso, sea lo que sea porque otra cosa es que uno no sabe lo que está tomando. Eso es horrible. Te duele la cabeza te tomás un perifar, pero cuando te duelen... los sentimientos ¿Qué tomás? ¡Nadie sabe!

Valentina, 20 años

En el párrafo anterior se puede observar como Valentina experimentó su relación con los antidepresivos de esta manera contradictoria, una relación con aquella sustancia que la empeoraba y la mejoraba a la vez. El antidepresivo figura como lo ajeno al cuerpo, lo abrupto y se combinan los efectos secundarios con la idea de que estar tomando antidepresivos es una situación en la que uno no se debería encontrar. Por otro lado, Valentina creía que los antidepresivos la iban a hacer mejorar, y eventualmente lo hicieron; la experiencia de tomar antidepresivos se encuentra entre estas dos ideas, remedio y veneno, que aunque se hallen en tensión no se presentan como opuestas.

A las ideas antecedentes le podemos sumar una nueva que es la de la impureza (miasma):

[...] o se hasta que punto es tan sano estar medicado, eso también es muy subjetivo, no se si quiero estar tomando una medicación *que está modificando mi manera de sentirme, a veces me siento contaminada.*”

Maida, mujer, 21 años

Lo que expresa Maida es que el antidepresivo la hace sentirse contaminada por modificar como se debería sentir realmente, es así que en tanto *phármakon*, el antidepresivo se presenta como la inoculación de negatividad en el cuerpo (Esposito, 2002/2009). El ansiado reestablecimiento del equilibrio se presenta más bien como la invasión del cuerpo, el sentir y la razón por un agente externo. Siguiendo esta misma línea, Enzo habla de los antidepresivos como causantes de una suerte de falsa conciencia:

Creo que mucho de los fármacos alienan mucho a la gente y no dejan ver las cosas como son. *Cuando una persona está deprimida se siente deprimida por algo, y si este vos le das un fármaco para que no se sienta deprimida... y ta, ese era mi miedo dejar de ver las cosas y pensar las cosas como ya las pensaba* y las pienso y me di cuenta que seguí pensando igual si tenés las ideas claras en realidad. Porque, conozco otros casos después de tomar antidepresivos cambiaron sus ideas completamente para un lado.

Enzo, 19 años

Al actuar sobre la razón y el sentir, el antidepresivo se presenta como antídoto frente a la depresión, la enfermedad que aquejaba el cuerpo/mente. En el mismo movimiento, el antidepresivo actúa sobre el cuerpo como antídoto y como mal, ahora es este el que remueve al cuerpo/mente del equilibrio idílico pero sin embargo, es la condición misma de la inmunidad y expresión de una nueva subjetividad atravesada por su filtro biotecnológico.

### **El antidepresivo como promesa de recuperación de un yo perdido**

En la literatura referente a la temática, se menciona como los antidepresivos se hallan ligados a la promesa de la recuperación de un yo perdido (Karp, 2006; Rose, 2007a) A menudo esta es la imagen que las compañías farmacéuticas eligen para las publicidades dirigidas hacia los consumidores en los países en los cuales esta actividad está permitida, como en los Estados Unidos. Este no es el caso del Uruguay, sin embargo vemos como este lugar común emerge:

A mí me.... por ahí, es que yo, siento que, que yo, como, como... no es que me sienta a lo mejor cuando empecé a tomar antidepresivos, o cuando tomo ansiolíticos, no es que me siento tipo, otra persona, o drogado, *me siento como yo creo que soy sin todas esas cosas que me molestan*. Me siento mucho más liberado, que otra cosa. Y, básicamente eso.

Álvaro, 22 años

Podemos ver en este fragmento de entrevista como el antidepresivo aparece como un facilitador que le devuelven a quien los toman su “yo verdadero”, el cual se había perdido. El tema principal es el de la autenticidad, la búsqueda de la misma, la definición de la identidad propia y lo que no le pertenece. ¿Es la depresión “parte” de uno o es algo que impide llegar a ser la persona que alguna vez se fue?:

No se antes como que le tenía más bronca, pero ahora me llevo mejor con ellos: *me parece que son como un medio, que me permite ser, como mi yo original*. Porque mucho tiempo pensé que la depresión era parte de lo que yo era , o sea no estoy siendo yo, y cuando digo cosas negativas de mí,

*no soy yo, es la depresión la que está hablando, y cuando digo cosas negativas del mundo no soy yo la que habla, es mi depresión la que habla, porque no hay nada positivo. Entonces, no se. Para mí es como los antidepresivos me permiten la salud mental que tendría ahora si no tuviera depresión. Me puedo levantar y hablar con gente con los antidepresivos. Puedo vivir con los antidepresivos. No vivir, pero vivir bien, alegre, positiva. Y no estoy tratando de querer morirme y todas esas cosas.*

Victoria, 18 años

Esta recuperación del “yo perdido” implica no solo un cambio en la relación con uno mismo sino con el “estar en el mundo” (Heidegger, 1927/2018), el accionar práctico frente al mundo y la manera en la que pertenecemos al mismo:

*El primero a mí me mandaron tomar medio y al principio lo único que sentía era mareo , no... estaba solo mareada no se qué. Y no se que bien en que momento pero en un momento me empecé a sentir mejor pero... un día me di cuenta que era Florencia de vuelta, como que te vuelve el brillito de los ojos. No me veía muerta en vida. Que nada me venía bien, nada me gustaba, y después como que reviví pero no se en qué momento.*

Florencia, 26 años

*¿Vos me preguntás como me siento cuando empiezo a tomar antidepresivos? Normal. No salgo feliz de la vida. Pero me siento normal, pero la parte... la connotación negativa de las cosas no se las veo. Se las llevo a trabajar de otra manera, me voy a facultad de otra manera, hago las cosas de otra manera. Digamos sin antidepresivo quizás venís apesadumbrado, sin ganas , de mal humor, y eso lo noto el cambio pero no instantáneo. Quizás a la semana de tratamiento, a los diez días ya lo siento desde el punto de vista que no tengo tiempo para centrarme en verle la, la parte negativa de las cosas, no me centro en lo que sale mal. Porque si te sale todo bien en un día sos Gardel. Pero lo que te sale mal , no le das, en la balanza no pesa más de lo que te sale bien.*

Tadeo, 28 años

Desde luego, el asunto de la autenticidad se puede dar tanto en signo positivo o negativo. La forma negativa puede implicar las expectativas frustradas, es decir, la promesa fallida del antidepresivo cuando el mismo no cumple con devolverle a uno su “yo original”, o bien, ideas de falta de autenticidad desarrolladas en el apartado anterior bajo la forma de “no debería precisar pastillas” o “me hacen sentirme diferente a quien soy”.

### **¿El antidepresivo como tabú?: relato de un desplazamiento**

*Lo que hace difícil hablar de la prohibición no es solamente la variabilidad de sus objetos, sino el carácter ilógico que posee. Nunca, a propósito de un mismo objeto, se hace imposible una proposición opuesta. No existe prohibición que no pueda ser transgredida. Y, a menudo, la transgresión es algo admitido, o incluso prescrito.*

Georges Bataille, El erotismo

Uno de los elementos que emergió frecuentemente en las entrevistas fue el hecho de entender a los antidepresivos como un tema *tabú*. Camila y Maida hablaban de ello así:

*Creo que la sociedad, o por lo menos esta sociedad, ignora la depresión o los antidepresivos. Trata de ignorarlo o taparlo o ocultarlo, como que... no se me parece que por algo hay una gran tasa de suicidios muy alta, y como que no se habla de eso, cómo qué es tabú y no creo que sea por nada que la gente... no hay como un enfrentamiento real.*

Maida, 21 años

[...] es tabú hablar de eso. Te recetan la pastilla pero no lo hablás, lo escondés, porque sigue estando

en el ideario social... que si vos tomás pastilla sos un loco, está mal, lo asociás a eso .

Camila, 29 años

En un principio cometí el error de tomarlo como algo dado, es decir, no problematicé el uso del término y su frecuente emergencia. Luego lo abordé con una especie de sospecha hermenéutica y quiero explicar por qué. El tabú, en su acepción popular entraña una prohibición de hacer o decir algo por motivos religiosos, supersticiosos o sociales (RAE, 2005). Esto era misterioso para mí, se me imponía la pregunta: Si el antidepresivo es tabú ¿Qué es lo prohibido?

Georges Bataille (1933/1985, 1949/1987, 1957/2010) emplea una distinción que resulta de utilidad: lo homogéneo y lo heterogéneo dentro de una sociedad. Lo homogéneo designa lo conmensurable, la sociedad productiva y útil, ya que la producción es la base de la homogeneidad. Algo que es útil tiene un común denominador con otras cosas o actividades útiles. Lo heterogéneo por otro lado designa lo inasimilable, excluido del reino de lo homogéneo, en lugar de estar asociado a la producción o a la conservación de la sociedad se asocia al gasto improductivo -el lujo, los duelos, el juego, los sacrificios; es decir lo que la sociedad considera un desperdicio o de un valor trascendente superior (en este reino entra lo sagrado). Los tabúes suelen officiar de separación entre estos dos reinos. El tabú para Bataille vuelve posible ‘un mundo razonable’ pero es en sí mismo irrazonable e ilógico, porque se constituye como un estremecimiento que no sacude la inteligencia, sino a la sensibilidad. En las entrevistas se presentaba este estremecimiento bajo la forma del miedo, lo podemos ver en lo que me relataban Aria y Gael:

Como que sigue siendo un tema muy tabú. Y a alguna gente como que le pone incómoda anda a saber, mismo pasa con el apoyo de la familia. No saben que hacer, y se encuentran ante una situación que no saben como manejarla. Si estás enfermo... ta te llevan al médico, pero, como que te ven mal, eh, te controlan que tomes la pastilla todo pero.. no, nos... no saben como actuar o como apoyarte. Aparte yo veo también que en la familia está el miedo. No sabes que tan mal está la otra persona. Entonces como... que a veces se asustan de más, tienen a veces muchas consideraciones y a veces no se dan cuenta de cosas que son mucho más básicas. Es complicado, sobre todo en la familia.

Aria, 21 años

N- ¿ Y por qué pensás que es eso? Ese tabú, esa manera de mirar al otro. ¿De dónde pensás que sale?

E- Yo pienso una de las cosas que se me ocurre es por el miedo. En realidad pienso que hay ciertas personas que tienen miedo a convertirse en algo, entre comillas, así. A tener que ir a un psicólogo o ir a un psiquiatra y tener que empezar a tomar pastillas entonces es mejor verlo como algo, algo raro, algo que es más fácil decir, no, eso no va conmigo o... no se. [...] La loquita sos vos y yo soy normal, es como eso, también te genera la comparación, sino hubiera comparación no habría... no... o sea, no se juzgaría . Evidentemente si la otra persona está tomando medicación es porque está deprimida, y si la otra persona está yendo, a tomar psicoterapia es porque la otra persona es la loca y no... no uno.

Gael, 20 años

Además de estremecer la sensibilidad, para Bataille los tabúes también son irracionales por encerrar en sí mismos su propia transgresión, es decir, la prohibición está hecha para ser transgredida. El ejemplo que expone es el del asesinato. La prohibición: “No matarás” es transgredida de manera constante en la forma de las guerras, en la cual el asesinato se convierte en motivo de gloria. La prohibición de la violencia es impuesta en este caso, no por la lógica ya que en dicho caso se prohibirían las guerras, sino por la misma violencia y el horror. Esta transgresión

organizada constituye para Bataille la base de la vida social misma: el mundo profano el cuál es el de las prohibiciones, y el mundo sagrado que es el de las transgresiones limitadas.

Así que entonces planteamos de nuevo nuestra pregunta: ¿Existe una prohibición? ¿Cuál es?. Una primera respuesta es que el consumo de antidepresivos es un tabú. Muchos de nuestros entrevistados y entrevistadas consideraban que el tomar antidepresivos no era algo de lo cual se podía hablar con libertad y tenían cuidado de los espacios donde los tomaban; otros no veían esto como problemático, no prestaban mucha atención donde lo tomaban, a veces hablaban con algunas personas sobre estos sin ser un tema cotidiano de charla. Sin embargo, había espacios privilegiados para el consumo y para hablar de los antidepresivos, sea la intimidad del hogar para tomarlos, sea el consultorio del psiquiatra o del psicólogo para hablar de ellos. Esta respuesta no resulta satisfactoria, el antidepresivo pertenece al mundo de lo homogéneo y lo productivo, en tanto bien producido industrialmente cuya función a menudo es reintegrar a la persona que los toma en cuestión al mundo de lo productivo, no logra explicar el estremecimiento de un tabú.

Sin embargo, hay dos elementos que hemos expuesto anteriormente que sí pertenecen al mundo de lo improductivo, uno es el sufrimiento y el otro la locura. La hipótesis propuesta es que el tabú es la locura -experiencia sagrada de heterogeneidad irreducible y gasto improductivo- y en una suerte de desplazamiento (Freud, 1900/1992), la carga simbólica y cultural del tabú se traslada al antidepresivo, objeto que pertenece al mundo de lo profano.

## **V. El proceso**

### **Territorializaciones y desterritorializaciones**

Hablar del proceso nos remite a las territorializaciones y desterritorializaciones que se dan al interior del agenciamiento. El cuadro 1 resume algunos de los eventos territorializantes y desterritorializantes los cuales emergieron en el trabajo de campo. Es importante tener en cuenta que no es el evento de por sí el que determina el que se de un proceso territorializante o desterritorializante, sino este en un determinado contexto relacional particular a cada agenciamiento. Por ejemplo, como mencionamos previamente, un diagnóstico puede ser un evento territorializante al proveer sentido con respecto a lo que sufre el consumidor de antidepresivos, y también, al consumo en sí, al ofrecer una terapéutica específica para una dolencia o condición específica. Sin embargo, para Aria, el ser diagnosticada con depresión crónica catalizó una serie de eventos en los cuales ella llegó a la decisión de que “no quería seguir dependiendo del psicofármaco” y que dicho diagnóstico no se adaptaba a su situación. Por ende el diagnóstico tuvo un papel desterritorializante y en definitiva terminó por desintegrar el agenciamiento.

Algo similar se puede plantear por ejemplo cuando existe una mejoría tras tomar antidepresivos. Al sentirse mejor, la persona en cuestión puede apelar a continuar el tratamiento,

cimentando ciertas relaciones -con el psiquiatra, con el fármaco- y reiterando ciertos eventos -consultas de control, toma de medicación en determinados espacios. La mejora simultáneamente, puede tener un papel desterritorializante, una persona al sentirse mejor puede iniciar actividades y entablar nuevas relaciones como sucedió con muchos entrevistados. El punto extremo de desterritorialización que sucede al darse una mejoría se da cuando la persona decide que mejoró al punto que ya no precisa más de medicación para sentirse bien. De manera inversa, una ausencia de mejora también puede tener un rol desterritorializante al punto que la persona opte por cambiar de antidepresivo, cambiar de psiquiatra o directamente desistir de los antidepresivos de manera definitiva.

De acuerdo a la experiencia de nuestros entrevistados y entrevistadas, el consumir antidepresivos implicaba el tener que pasar por un “período de adaptación” en el cual, más que registrarse una mejoría, uno más bien empeora al tener que soportar ciertos efectos secundarios los cuales a veces se van con el tiempo y otras solo bajan en intensidad. Los efectos secundarios desde luego desestabilizan las relaciones del agenciamiento al ser algo que la persona tiene que soportar y son contrapuestas a lo que esta busca en el consumo de antidepresivos: sentirse mejor. Las expectativas de mejoría son lo que permiten a la persona atravesar esta etapa y/o no abandonar el tratamiento ante los efectos secundarios, en lo cual, la palabra autoritativa del psiquiatra tiene un papel importante el cual a menudo suele reafirmar que los antidepresivos en cuestión le van a hacer bien al usuario.

**Cuadro 1. Elementos territorializantes y desterritorializantes**

| Territorialización del agenciamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Desterritorialización del agenciamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sufrimiento<br>Medicalización<br>Autoridad del psiquiatra<br>Psicoterapia<br>Efecto terapéutico y/o mejora (en la medida que estabiliza la relación con el fármaco)<br>Expectativa de mejora<br>Diagnóstico en caso de que provea sentido al sufrimiento<br>Apoyo del núcleo familiar<br>Empatía y buen relacionamiento con el psiquiatra<br>Hipótesis serotoninérgica de la depresión<br>Modelo de la especificidad<br>Agravamiento posterior a interrupción<br>Internación (es precedida por una desterritorialización)<br>Apoyo de amistades<br>Estabilización de identidad a través del estigma y el dispositivo biomédico<br>Control familiar<br>Representaciones de la locura<br>Incorporación del hábito de tomar la medicación<br>Percibida ausencia de alternativas | Efectos secundarios<br>Visión negativa de los psicofármacos<br>Diagnóstico rechazado<br>Cambio de medicación<br>Cambio de psiquiatra<br>Descrédito<br>Interrupción de toma de la medicación<br>Embarazo<br>Mal trato con el psiquiatra<br>Falta de explicación del tratamiento<br>Mayor apertura a la vida social y frente a otros<br>Ausencia de mejora<br>Estrategias de manejo de la información debido al estigma<br>Intento de suicidio<br>Efecto terapéutico y/o mejora (en la medida que fomenta la actividad y el movimiento espacial; o la sensación de una mejora definitiva)<br>Representaciones de la locura |

## Cuerpos, espacios y eventos: Toma de medicación, visitas al médico y otros

En apartados anteriores mencionamos como una de las dimensiones bajo las cuales se puede entender la territorialización es espacial. El agenciamiento y sus relaciones se despliegan y circunscriben a determinados espacios, los cuales a su vez afectaban a entrevistadas y entrevistados de determinadas maneras. Es así que el consumo se reactualiza en eventos recurrentes pero diferentes en su repetición, es decir, en acontecimientos. Uno de ellos es el encuentro diario con el fármaco (McLeod, 2014), acontecimiento ubicado espacial y temporalmente en el día. Una gran parte de los entrevistados declararon tomarlos en diferentes cuartos de su casa: los más comunes eran la cocina, el baño o su dormitorio -hay razones varias para ello, muchas que son algo pragmáticas como por ejemplo que lo toman después de la comida, al despertarse, o al dormir:

En la cocina tenía todos los, o sea, donde estaban los vasos agarraba y lo tenía ahí. Tenía una radio chica, ahí atrás de la radio sacaba y los tomaba. Ahora en particular las tengo en mi cuarto, las tengo en mi cuarto arriba de la mesa del televisor, atrás del televisor. (pausa) Y.. si tenía que salir, andaba de viaje, no andaba en mi casa, ta ahí, en lo que me agarraba el día justo, generalmente en ese tipo de circunstancias tenés que llevarte las pastillas, cuando te acordaras ta tomarlos.

Tadeo, 28 años

Tadeo declaraba que sus razones no obedecían a los demás sino a lo que le resultaba práctico en su día a día. Sin embargo, para otros entrevistados y entrevistadas, el lugar y el tiempo en el que se tomaba el fármaco se encontraba relacionado con el ocultamiento y el relegamiento a la intimidad de la ingesta, asociada al estigma:

N- ¿En qué lugar de la casa lo tomabas? ¿O lo tomabas en cualquier lado?

E- No, en mi cuarto. Lo tenía en mi mesa de luz siempre.

N- ¿De mañana? Me habías dicho que tomabas algo

E- Si, de mañana. Sino me lo tomaba en el ómnibus *pero también como medio con cuidado que nadie te viera*. [...] En el trabajo intentaba no olvidármelas, sino me tenía que ir al baño a tomarlas. Intentaba no exponerlo mucho.

Aria, 21 años

Algunos entrevistados formaban parte de agenciamientos más desterritorializados, en los cuales, a pesar de que se pudiera dar alguna situación incómoda o alguna pregunta acerca de lo que estaban haciendo, no tenían predilección alguna por tomarlos en algún lugar específico o apartados de otras personas:

Y en realidad en cualquier lado. Yo no tenía problema de agarrar las pastillas metérmelas en la boca y tomar agua aunque estuviera en clase. *Porque en realidad yo sabía que era algo que necesitaba. Que lo estaba haciendo por mi bien. Que lo estaba haciendo para ayudarme*. No es que me estaba echando un saque de merca en el medio de la clase. Era algo que... es como alguien que toma no se, un medicamento para la presión. *Si alguien me preguntaba y bueno... son antidepresivos. Después si yo quería explicarles porque los tomara o no, era mi problema*.

Gael, 20 años

Otra dimensión a tener en cuenta implica los efectos que entrevistadas y entrevistados percibían sobre sus cuerpos:

E- Al principio me costó. Al principio me costó, no las tomaba. Al principio me costó por lo que yo te contaba. Ponele si iba a salir o iba a la casa de mi novio tipo, me dormía. ¿Entendés? el trabajaba de noche y yo tomaba las pastillas a las doce de la noche. Y ta a veces ni las quería tomar ponele porque ta, no nos veíamos en todo el día cuando lo iba a ver tipo me dormía. O cuando.

N- O sea vos también sentías el cambio

E- Sí claro. *Te cambian, físicamente te cambian, y la rutina es un toma de aprender a tomar las pastillas porque es algo que no estás haciendo.* Y ta como no era algo que tampoco yo sentía que me iba a morir si no lo hacía, capaz que me boludeaba más, por el recha... por todo lo que te decía anteriormente del rechazo lo que sea. Y después, después las tomaba tipo, rigurosamente.

No me olvidaba nunca de las pastillas.

Camila, 29 años

Es en este sentido que Camila señalaba que los antidepresivos la cambiaban y que implicaban un aprendizaje. Este aprendizaje muchas veces implica el desarrollo de diversas estrategias para manejar los efectos secundarios. La habituación entonces se da en un doble sentido, una es que el cuerpo se acostumbra al fármaco y los efectos secundarios son de menor intensidad, el otro es que la persona aprende a lidiar con ellos:

Dormirme, sí todos los días. Recuerdo tipo... cuando recién empecé me dormía en el ómnibus. No me bajaba mal de pedo. Pero me dormía... eran veinte minutos en los que me dormía mal. Me recontra dormía, me despertaba y no sabía ni donde estaba. En el ómnibus y ahí estaba, horrible. Y terrible vergüenza pasé (ríe). *Pero ta después como que empezás más a manejar el sueño que te da cada cosa. Cuando tomarla más o menos.* Por ejemplo había una que tenía que tomarla de mañana entonces me la tomaba antes de ir a trabajar y cuando llegaba al trabajo me tomaba un café. Pero después por ejemplo es como que te empieza a hacer menos efecto te da menos sueño. Te empezás a acostumbrar a ciertas cosas. Después estudiando es como que te mata. Tener sueño todo el tiempo... sentarte a leer es imposible, tipo me sentaba a leer y no duraba cinco minutos. Me dormía, después ta lo vas manejando mejor. Como... como que al principio estás, sin información.

Aria, 21 años

La habituación también se da en un sentido negativo en el sentido del cambio percibido cuando se interrumpe o se saltea la toma de medicación:

Sí totalmente. Ha llegado. He estado mal por eso. Tipo cuando trabajaba, y no la había tomado estaba mal atendiendo a los clientes tipo mal. No podía encarar. Y ahí entiendo cuando la gente me dice: ¡Ah! Sos dependiente. Sí, soy dependiente porque soy una pelotuda y no la tomé. *Si yo fuera responsable no sería a ese nivel de dependencia. Una persona que la toma y es responsable... dependiente es si viera fluvoxamina y dijera: "¡Ah! La tengo que tomar" Como si fuera merca*". [...] Ahora me puse unos pastilleros, uno para la noche y otro para el día y ahí me acuerdo un poco más porque veo el pastillero y digo "Ah, lo tengo que tomar".

Milena, 19 años

En los agenciamientos también se dan interacciones complejas de todos estos elementos - cuerpos y fármacos, encuentros de cuerpos y orientaciones entre ellos, acción social, afectos, creencias, deseos- cómo es el caso del siguiente ejemplo. A Aria le recomendó su psiquiatra que no tomara alcohol mientras se tratara con antidepresivos, esto llevaba a que tuviera que desplegar diferentes estrategias para proyectar su *persona* -en el sentido de imagen pública- (Goffman en DeLanda, 2006) deseada:

Sí, tampoco podés decir tipo: "Che estoy mal de la panza". En tres reuniones seguidas. Estoy mal de la panza y me mato a papa fritas. Es limitante. Yo por ejemplo cuando iba a las reuniones, me ofrecían cerveza o algo. O me servía un vaso de coca, no dejaba que me sirvieran nada. O me servía un vaso de

chela y lo dejaba por ahí. Era mucho más fácil que ir a las conversaciones de: “Che no tomaste nada.” Te servís un vaso, se te calienta la chela y la dejás por ahí.

Aria, 21 años

Lo que vemos aquí es un cuerpo cambiante, cuerpo que en virtud de estar en tratamiento con antidepresivos, y, por recomendación del psiquiatra, no consume alcohol por poder traerle malestar. En situaciones sociales y espacios en los que el consumo de alcohol es aceptado, esperado y ocupa un lugar importante en la interacción concreta, Aria desarrollaba estrategias para evitar que el resto supiera que ella no estaba tomando y que había una razón para ello. A esto es a lo que me refiero cuando hablo de estigma, es decir la ostentación de un atributo que vuelve a quien lo porta menos apetecible frente al resto; desacreditado y desacreditable. (Goffman, 1963/2008). Este manejo de la información no siempre se puede realizar como le sucedió a Tadeo:

Transité la peor parte de una enfermedad que tengo diagnosticada de hace tiempo en ese momento y en la institución de enseñanza a la que iba me hicieron la vida imposible; de gritarme loco, de decirme cualquier disparate. Y eso también te aísla y te genera ciertos recortes y ciertos rechazos, *y hasta a mi caso particular por lo general uno va y para mí son cosas normales, tomar antidepresivos o lo que fuere, que estén relacionados, pero para algunas personas no*. Básicamente porque estuve internado en un psiquiátrico me decían eso. que la verdad que para tener dieciséis años, haber estado en un liceo desde los cuatro años, lo sentía como mi segunda casa y de repente de la noche a la mañana , te encontrás con gente que te grita loco, me decían el veintidós, que el veintidós es el loco de la quiniela, ese tipo de cosas. El que veía los adscriptos decían, hay que tener una consideración especial. *A ver yo que se, está todo bien, pero no me trates como si fuera un bicho raro. Me empezás a tratar así y para mí, o sea te termina.. te sentís más excluido , ya que te sentís mal, porque es una situación nueva, te sentís más excluido, y todavía sentís el odio de los demás*.

Tadeo, 28 años

En lo que describe Tadeo, el agenciamiento se desterritorializa al ampliar sus límites, y se reterritorializa ocupando otros espacios como la institución educativa, los cuales de por sí no tienen que ver directamente con su tratamiento, pero las relaciones con el espacio, con sus compañeros, y con los adscriptos cambió, y también lo hicieron sus sensaciones, su apertura ante el lugar, en definitiva, sus afectos. (Para ver un cuadro que resume las interacciones en las que entra en juego el estigma ver Cuadro 4 en el Anexo)

En el caso anterior, el agenciamiento pasó a ocupar un espacio que no le era propio originalmente. En contraposición, uno de los lugares sobre los cuales el agenciamiento se encuentra mayormente territorializado es el policlínico, hospital u otros lugares de atención. Para algunos entrevistados, en las visitas al mismo se interrumpía la cotidianidad de sus vidas era la sala de espera, atravesando un flujo de sensaciones particular:

Y entonces la sala de espera que era lo que vos me decías, en realidad sentía que estaba loco, veía mucha gente que tenía problemas y era como, había gente que comentaba sus problemas, había gente que me hablaba de sus problemas , de ese tipo de gente que de repente se sienta al lado tuyo y te empieza a contar cosas como: “Hace trece años que estoy viniendo acá porque quedé viuda”, y yo sentía que formaba parte de eso, formaba parte de ese tipo de gente, y no me sentía bien, sentía que estaba loco.

Gael, 20 años

Gael describe un continuo flujo de eventos, diálogos y sensaciones que le sucedían en ese

espacio en virtud de la relación que mantenía con todo el agenciamiento. No estaba de visita ni acompañando a alguien, sino que se sentía loco, al igual que como veía a las personas con quienes hablaba.:

Cuando iba a la policlínica de salud mental a atenderme era porque estaba en la lona, iba porque me sentía mal. *Y bueno ta, en la policlínica, ese era un lugar específico para salud mental, y me sentía una enferma.* Estoy acá porque soy una enferma y estoy mal de la mente y era como ¡pah!... y en salud pública es, es brutal. Yo me atiende en el [lugar de atención] y realmente es cruel, porque hay situaciones, gente como que la ves y decís: “¡Pah! ta media desalineada”, y te hablan de los medicamentos que toman y de su vida y digo: “¡Pah!, yo vengo a tomar una pastilla porque me siento triste y ves toda esa situación y como que al ver los pacientes que tiene la psiquiatra me hace entrar más en... más que el lugar, los pacientes. Una paciente me contó que las pastillas no le hacían efecto entonces las tomaba con whisky, y se clavaba siete pastillas diferentes.

Maida, 21 años

Maida describe como determinadas características que hacen de la policlínica de salud mental un lugar específico la hacían sentir “enferma”. En un mismo sentido, Valentina describe que en el caso de su mutualista, el hecho de que el edificio estuviera situado en un anexo separada reforzaba ese sentimiento de que el lugar era para “otro tipo de personas”:

Es horrible el hecho de estar ahí porque... sabés que estás ahí y no es otro médico cualquiera, por más de que... debería ser más natural, y no tendría que haber tanto prejuicio con el tema porque no precisás estar loco como digo para ir al psiquiatra. ¡Es diferente! Porque mismo desde... yo soy de [mutualista], es otro anexo. Porque ni siquiera es que vas a la... vas al edificio principal, vas a otro lado que es SOLO psiquiatría (ríe), es como peor todavía. Y vas ahí y ves.. de todo, ves a una persona que se le está cayendo la baba, ves a una persona que no puede parar de caminar levantarse subirse y levantar las escaleras, hasta gente, que no pareciera que tuviera problemas. Ninguno. Pero todos están ahí por algo.

Valentina, 20 años

## Conclusiones: los espectros asedian a los yoes neuroquímicos

El estudio presentado es apenas una primera aproximación a un fenómeno complejo sobre el cual no hay acumulación sociológica en nuestro país y en este sentido debe ser entendido. ¿Serían los hallazgos similares a lo largo de diferentes edades? ¿Y en diferentes clases sociales? Estas preguntas aún sin responder delimitan el alcance de nuestros hallazgos pero no nos impiden reflexionar con respecto a ellos. Tomar antidepresivos desata un proceso en el cual tanto quien los toma como su entorno se transforman. El cuerpo-mente, las relaciones, la forma de estar y sentir en el mundo atraviesan un cambio. Un cuerpo que sufre pasa a ser un cuerpo en tratamiento, con todo lo que conlleva: cambios en el ánimo y en las sensaciones, cambios en las relaciones familiares, cambios en las actividades, cambios en las relaciones de amistad. Un cuerpo con mejorías y recaídas; sobre el cual funcionan algunos fármacos y otros no, el cual puede permanecer con el primer psiquiatra que consulta o puede ver a varios a lo largo de su tratamiento. En este proceso se reactualizan determinados acontecimientos, discursos, afectos impersonales y enunciados performativos que crean nuevas realidades, entidades que refieren a qué es lo que somos y de qué

estamos hechos (diagnósticos, neurotransmisores, etc.). En lugar de observar que se instalara un modelo vertical de poder observamos distintas fuerzas en tensión y colisión, las cuales entraban en juego en cada uno de los casos analizados.

Los antidepresivos adquirirían un carácter a menudo ambivalente, en el sentido de que llevaban consigo una promesa, sea la promesa de sentirse mejor o la promesa de recuperar un “yo” perdido, pero a la postre el antidepresivo se revelaba como un objeto infeliz (Ahmed, 2010); un constante recordatorio para consumidores y sus familias que algo andaba mal, incluso habiendo siendo el objeto que prometía subsanar dicha situación. No quiero que por ello se tome que las visiones de quienes los consumen sean negativas, pues varios consideran que fueron algo positivo para sus vidas como era el caso de Emily, quien se refería a ellos como: “*un rayo de luz que iluminaba en la oscuridad*”, pero esto tomaba a menudo la forma de un *a pesar de*, como cuando ella misma aclaraba no ser “pro pastillas”, sino “pro sentirse mejor”. En este sentido es que el antidepresivo *media*: entre el sufrimiento psíquico de la persona y los demás, entre las concepciones e ideas acerca de la locura, entre la persona y su propio sufrimiento. Pero como hemos argumentado, este no solo media, sino que se *incorpora*, y, aunque sea una tecnología destinada a dar respuesta a un sufrimiento, en su acción borra fronteras que antes se creían estables y duraderas. El agenciamiento en su conjunto posibilita el proceso en el que la persona deviene un yo neuroquímico, una nueva manera de entender quién es y qué debe ser en un contexto en el que existen biotecnologías que actúan sobre los procesos vitales mismos, en el que la *zoé* irrumpe en el *bios* y las antiguas distinciones entre lo natural y lo artificial, lo cultural y lo biológico se presentan cada vez más borrosas e inciertas, en el que alguien puede entender su sufrimiento como una “herida química” en su cerebro y a la vez, en el que no queda claro si tal o cual estado de ánimo sea natural o artificial, auténtico o falso, quizás porque tales distinciones pierden cada vez más su principio diferenciador. En este panorama, la pregunta de por qué alguien toma antidepresivos se halla indisolublemente unida a juicios sobre las diferentes formas de ser humano y las comparaciones entre ellas (Rose, 2007a).

Existe toda otra serie de interrogantes las cuales refieren al encuentro entre lo viejo y lo nuevo, el porvenir y el pasado, lo sagrado y lo profano, lo racional y lo irracional, lo moderno y lo antimoderno ¿Cómo puede suceder que la experiencia del consumo de antidepresivos, una biotecnología que promete a través de su acción farmacológica aliviar los síntomas de la depresión coexistir con la experiencia inefable acerca de la locura? Jacques Derrida (1995/1998) acuñó el término *hauntología* (o *fantología*) -en su versión francesa *hantologie* tiene la calidad de tener un doble sentido al combinar las palabras *ontología* (*ontologie*) y *asediar* (*hant*), estar en un lugar sin ocuparlo, el modo de habitar de los espectros; la *h* es muda por lo que *hantologie* y *ontologie* se pronuncian de la misma manera-, el estudio de los espectros o una ontología asediada por los

misimos. Derrida idea este concepto, posterior a la caída del Muro de Berlín, para reflexionar acerca de la existencia del marxismo y la tarea política de sus herederos en tiempos que sus adversarios hablaban del “fin de la historia” y del triunfo del capitalismo. Hablar de algo en su forma espectral es hablar de una existencia que actúa en la ausencia, de una agencia de lo virtual, de un estado de cosas en el que “el tiempo es trastocado”. Mark Fisher (2014) plantea ejemplos tales como el capital en el capitalismo, los eventos reverberantes que (re)aparecen en la psique en el psicoanálisis, la cultura musical del Siglo XXI y la pérdida de las nociones de espacio tiempo en la misma, las teletecnologías, entre otros. Muchas son las tecnologías que preludieron y sentenciaron al fin de la locura -una experiencia enigmática, trascendente y misteriosa- para dar lugar a otro tipo de entidades las cuales ostentaban el halo de la ciencia. Dichas tecnologías prometían diseccionar y discernir lo que antes era oscuro y críptico, pero el conjuro parece haber tenido el desenlace de un duelo fallido, y la locura persiste en su forma espectral, asediando a los yoes neuroquímicos, habitando los intersticios de lo social y proyectando fantasías, miedos y ansiedades. El silencio, el declarar “de esto no se habla” funciona como conjuro para que la “cosa” vuelva en forma espectral; ha sido el reconocimiento de ello lo que ha hecho que determinados colectivos de usuarios de salud mental buscaran reapropiarse del concepto de “locura” en lugar de negarlo.

La hauntología es política porque los espectros habitan lo político. Los futuros aún no concretados de procesos de reforma de salud mental (y sus disyuntivas), el pasado de los hospitales monovalentes y su futuro aún por ser cancelado de manera definitiva (habitando un presente en el que los mismos tienen, en nuestro país, fecha de cierre y en el cual los discursos acerca de su utilidad social se encuentran perimidos<sup>51</sup>); las pesadillas del encierro y las fantasías de soluciones fármaco-tecnológicas, todos ellos espectros, presentes en tiempos en los que la salud mental, como argumenta Fisher (2009), se enmarca como un problema individual y privado en el que la causación social no tiene lugar, y pareciera, que dentro de este encuadre algo tienen que ver las explicaciones neuroquímicas del sufrimiento psíquico, o al menos su utilización: mucho nos pueden decir estas acerca del funcionamiento de nuestro cuerpo pero poco de la fuente de nuestra desdicha. Se puede hacer un paralelismo con la tesis de Weber de que la progresiva racionalización desencantó al mundo pero a la vez no proveyó respuestas a las preguntas culturalmente significativas. Rabinow (1996) en referencia a ello plantea que el progreso técnico y la especialización en las ciencias naturales trajo simultáneamente mayor control y un estrechamiento del sentido. Sin embargo, las interrogantes, buscando respuestas, regresan en diferentes formas. Es la hauntología la que vuelve inteligible la figura 3 o el cuadro 4 y permite entender aquello como una pluralidad de memorias, como la huella del otro (Derrida en Balcarce, 2017). Es esta la que nos permite entender cómo la memoria de quienes vivieron el asilo y quienes lo vieron desde afuera nos asedia en su forma espectral y recrea estigmas que parecen tener una existencia anacrónica.

## Bibliografía

- Ahmed, Sara (2010): *The promise of happiness*. Durham, NC: Duke University Press.
- Aran, Daniel, & Laca, Hernán. (2011). *Sistema de salud de Uruguay*. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s265-s274. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=es&tlng=es). [Recuperado el 05 de marzo de 2020].
- Balcarce, Gabriela (2017): *Algunas reflexiones sobre la espectralidad en el pensamiento de Jacques Derrida*. Revista Convivium 29 / 30: 203-216 (2016-2017). ISSN: 0010-8235. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Basaglia, Franco y Ongaro, Franca (1987): *Madness/delirium*. En Basaglia Franco, Scheper-Hughes, Nancy [ed.] y Lovell, Anne [ed.] (1987): *Psychiatry inside out: Selected writings from Franco Basaglia*. Nueva York: Columbia University Press.
- Bastide, Roger (2005): *Sociología de las enfermedades mentales*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1965)
- Bataille, Georges (1985): *The psychological structure of fascism*. En Bataille, Georges (1985): *Visions of excess. Selected writings 1927-1939*. Minneapolis: University of Minnesota Press. (Trabajo original publicado en 1933)
- Bataille, Georges (1987): *La parte maldita. Precedida de La noción de gasto*. Barcelona: Editorial Icaria. (Trabajo original publicado en 1949)
- Bataille, Georges (2010): *El erotismo*. Buenos Aires: Editorial Tusquets. (Trabajo original publicado en 1957)
- Bianchi, Eugenia (2018): *Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad en Psicología*. Conocimiento y sociedad 8(29) 214-257, (noviembre 2018- abril 2019). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n2/1688-7026-pcs-8-02-147.pdf>
- Bielli, Andrea (2012): *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000)*. Montevideo: Departamento de Publicaciones-UdelaR.
- Braidotti, Rosi (2010): *The politics of 'life itself' and new ways of dying*. en Coole, D. y Frost, S. (2010): *New Materialisms: Ontology, Agency and Politics*. Durham, NC: Duke University Press..
- Burroughs, William S. (2016): *El almuerzo desnudo*. Barcelona: Editorial Anagrama. (Trabajo original publicado en 1959)
- Canguilhem, Georges (1971): *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1966)
- Castel, Robert (1980): *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.
- Ciorán, Emil (1998): *Del inconveniente de haber nacido*. Madrid. Editorial Taurus. (Trabajo original publicado en 1973)
- Coleman, Rebecca y Ringrose Jessica (2013): *Introduction: Deleuze and research methodologies*. En Coleman, Rebecca y Ringrose, Jessica eds. (2013): *Deleuze and research methodologies*. Edinburgo: Edinburgh University Press.
- Conrad, Peter (2007): *The medicalization of society*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Couch, James (2010): *Amitriptyline in the prophylactic treatment of migraine and chronic daily Headache*. Headache: The journal of head and face pain. Volume 51, Issue 1. Enero 2011.

- Coole, Diane y Frost, Samantha (2010): *Introducing the new materialisms*. En Coole, Diane y Frost, Samantha (2010): *New materialisms: Ontology, agency and politics*. Durham, NC: Duke University Press.
- DeLanda, Manuel (2006): *A new philosophy of society: Assemblage theory and social complexity*. Hampshire: Continuum.
- Deeley, Michael (prod.) y Scott, Ridley (dir.) (1982): *Blade runner* [cinta cinematográfica]. The Ladd Company; Shaw Brothers; Blade Runner Partnership.
- Deleuze, Gilles (1987): *Foucault*. Buenos Aires: Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1986)
- Deleuze, Gilles (2006a): *Nietzsche y la filosofía*. Barcelona: Editorial Anagrama. (Trabajo original publicado en 1962)
- Deleuze, Gilles y Guattari, Felix (2006b): *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos. (Trabajo original publicado en 1972)
- Deleuze, Gilles (2016): *Lógica del sentido*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. Edición Electrónica. (Trabajo original publicado en 1969)
- Derrida, Jacques (1998): *Espectros de Marx: el Estado de la deuda, el trabajo del duelo y la nueva internacional*. Valladolid: Ediciones Simanca. (Trabajo original publicado en 1995)
- Dreyfus, Hubert y Rabinow, Paul (2001): *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión. (Trabajo original publicado en 1982)
- Duff, Cameron (2014): *Assemblages of health: Deleuze's empiricism and the ethology of life*. Nueva York: Springer.
- Durkheim, Emile (1971): *El suicidio*. Buenos Aires: Shapire. (Trabajo original publicado en 1897)
- Ellul, Jacques (1980): *The technological system*. Nueva York: Continuum Publishing Company. (Trabajo original publicado en 1977)
- Ehrenberg, Alain (2010): *The weariness of the self: Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. Quebec: McGill University Press.
- Escohotado, Antonio (1998): *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1989)
- Esposito, Roberto (2009): *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 2002)
- Fisher, Mark (2009): *Capitalism realism: is there no alternative?*. Gran Bretaña: Zero Books.
- Fisher, Mark (2014): *Ghosts of my life: Writings on depression, hauntology and lost futures*. Gran Bretaña: Zero Books.
- Flick, Uwe (2004): *Introducción a la investigación cualitativa*. Barcelona: Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1998)
- Foucault, Michel (1991): *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI. Argentina. (Trabajo original publicado en 1976)
- Foucault, Michel (1993): *Historia de la locura en la época clásica. Tomo 1*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1961)
- Foucault, Michel (2001): *El sujeto y el poder*. Postscriptum en Dreyfus, H. y Rabinow P. (2001): *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión. (Trabajo original publicado en 1982)
- Foucault, Michel (2003): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Argentina: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1963)

- Foucault, Michel (1990): *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel (2006): *Seguridad, territorio y población. Curso en el College de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004)
- Foucault, Michel (2007): *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el college de france (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004)
- Foucault, Michel (1992) *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la piqueta. (Trabajo original publicado en 1978)
- Franklin, Sarah (2000): *Life itself: Global nature and the genetic imaginery*. En Franklin, Sarah., Luria, Cely y Stacey, Jackie (Eds.): *Global Nature, Global Culture*. Londres: SAGE.
- Fox, Nick J. y Ward, Katie (2008a): *Pharma in the bedroom... and the kitchen... The pharmaceuticalisation of daily life*. *Sociology of Health and Illness*. Vol. 30 No. 6. pp. 856-868
- Fox, Nick. y Ward. Katie. (2008b): *What are health identities and how we may study them?*. *Sociology of Health & Illness* Vol. 30 No. 70 ISSN 0141-9889, pp. 1007-1021
- Fox, Nick. J. y Aldred, Pam. (2015): *New materialist social inquiry: Designs, methods and the research-assemblage*. *International Journal of Social Research Methodology* Vol. 18, No.4, 399-414
- Fox, Nick J. y Aldred, Pam (2017): *Sociology and the new materialism: Theory, research and action*. Londres: SAGE.
- Freud, Sigmund (1992): *La interpretación de los sueños* en Sigmund, Freud (1992): *Obras completas*. Vol. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1900)
- Freud, Sigmund (1992): *Más allá del principio del placer* en Sigmund, Freud (1992): *Obras completas*. Vol. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (Trabajo original publicado en 1920)
- Fukuyama, Francis (2002): *Our posthuman future. Consequences of the biotechnology revolution*. Reino Unido: Profile.
- Gibbs, Graham (2012): *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 2007)
- Goffman, Erving (2008): *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1963)
- Habermas, Jurgen (2003): *The future of human nature*. Cambridge: Polity.
- Hacking, Ian (1995): *Rewriting the soul: Multiple personality disorder and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press.
- Haraway, Donna (1995): *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. España: Ediciones Cátedra.. (Trabajo original publicado en 1991)
- Healy, David (1997): *The antidepressant era*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Press..
- Healy, David (2003): *Let them eat prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. Nueva York: New York University Press.
- Heidegger, Martin (2018): *Ser y tiempo*. Madrid: Editorial Trotta. (Trabajo original publicado en 1927)
- Horwitz, Alan y Wakefield, Jerome (2007): *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive illness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Illich, Ivan (1975): *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores. (Trabajo original publicado en 1974)

Intendencia de Montevideo (2018): *Información física y sociodemográfica por Municipio*. Unidad de Estadística. Servicio de Gestión Estratégica. Departamento de Desarrollo Sostenible e Inteligente. Disponible en:

<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informacionfisicaysociodemograficapormunicipio2017.pdf> [recuperado el 5 de marzo de 2020]

Kass, Leon (2002): *Life, liberty and the challenge for dignity: The challenge for bioethics*. EEUU: Encounter Books.

Karp, David (2006): *Is it me or my meds?: Living with antidepressants*. Cambridge, EEUU: Harvard University Press.

Leader, Darian (2019): *Why can't we sleep? Understanding our sleeping and sleepless minds*. EEUU: Penguin Books.

Le Breton, David (1999/1995): *Antropología del dolor*. Barcelona: Editorial Seix Barral.

MacLure, Maggie (2013): *Classification or wonder? Coding as an analytic practice in qualitative research*. En Coleman, Rebecca y Ringrose, Jessica eds. (2013): *Deleuze and Research Methodologies*. Edinburgo: Edinburgh University Press.

Margulis, Mario y Urresti, Marcelo (1996): *La juventud es más que una palabra*. Buenos Aires: Biblos.

Martin, Emily (2007): *Bipolar expeditions: Mania and depression in american culture*. Princeton: Princeton University Press.

Massumi, Brian (1992): *A user's guide to capitalism and schizophrenia: Deviations from Deleuze and Guattari*. Cambridge: MIT Press.

Massumi, Brian (2002): *Parables for the virtual: Movement, affect and sensation*. Durham, NC: Duke University Press.

Massumi, Brian (2015): *Politics of affect*. Croydon: Polity Press.

Maus, John (2014). *Communication and control*. Disertación doctoral, University of Hawai'i at Manoa. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10125/101115> [Recuperado el 10 de diciembre de 2019]

Mayerfeld, Jamie (1999): *Suffering and moral responsibility*. Nueva York: Oxford University Press.

McLeod, Kim (2014): *The missing work of collaboration: Using assemblages to rethink antidepressant action*. *Contemporary Drug Problems*, 41(1), 109-142

Miguez, María Noel (2012): *La sujeción de los cuerpos dóciles: medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Nietzsche, Friedrich (1887): *La genealogía de la moral*. Biblioteca Virtual Universal. Disponible en: <https://www.biblioteca.org.ar/libros/211756.pdf> [Recuperado el 07 de junio de 2018].

Rabinow, Paul (1996): *Essays on the anthropology of reason*. Princeton: Princeton University Press.

Rabinow, Paul y Rose, Nikolas (2006): *Biopower today* en *BioSocieties*, 1, pp. 195-217. Londres: London School of Economics and Political Science.

Real Academia Española (2005): *Diccionario panhispánico de dudas*. Disponible en: <http://lema.rae.es/dpd/>

Rose, Nikolas (1995) *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*. EEUU: Cambridge University Press.

- Rose, Nikolas. (2007a): *The politics of life itself: Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas (2007b): *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el Siglo XXI*. Argentina: Editorial Unipe. (versión traducida del libro anterior)
- Rose, Nikolas (2019): *Our Psychiatric Future: The politics of mental health*. EEUU: Polity Press.
- Shakespeare, William (s/f) *Macbeth*. Montevideo: Ediciones del Pizarrón. (Trabajo original publicado en 1606)
- Shakespeare, William (2015): *Hamlet*. Titivillus. Edición digital. Traducción de Tomas Segovia. (Trabajo original publicado en 1609)
- Shorter, Edward (2015): *A historical dictionary of psychiatry*. EEUU: Oxford University Press.
- Simondon, Gilbert (2008): *El modo de existencia de los objetos técnicos*. Prometeo Libros. Buenos Aires (Trabajo original publicado en 1958)
- Stewart, Kathleen (2007): *Ordinary affects*. Durham,NC: Duke University Press
- Stiegler, Bernard (2002): *La técnica y el tiempo. Tomo 1: El pecado de Epimeteo*. España: Editorial Hiru. (Trabajo original publicado en 1994)
- Stiegler, Bernard: (2013): *What makes life worth living: On pharmacology*. EEUU: Polity Press. (Trabajo original publicado en 2010)
- Van der Geest, S; Reynolds Whyte, Susan y Hardon, Anita (1996): *The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach*, Annual Review of Anthropology Vol. 25, 153-178
- Williams, Simon; Gabe, Jonathan y Davis, Peter(2008): *Sociology of pharmaceuticals: Progress and prospects*. Sociology of Health and Illness Review, Vol.30. No. 6: 813-824. doi:[10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x)
- Wilkinson, Iain y Kleinman, Arthur (2016): *A passion for society: How we think about human suffering*. Oakland: University of California Press.
- Wittgenstein, Ludwig (1999): *Investigaciones filosóficas*. España: Ediciones Altaya. (Trabajo original publicado en 1953).
- Yoshimasa, Mizuo et al (prods.) y Oshii, Mamoru (1995): *Ghost in the shell*. [cinta cinematográfica].Production I.G.; Bandai Visual; Manga Entertainment.
- Zola, Irving K. (1972): *La medicina como institución de control social*. En: De la Cuesta (comp.): Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Antioquia: Universidad de Antioquia.