



## Heridas químicas: El consumo de antidepresivos en jóvenes del Área Metropolitana, una mirada desde el agenciamiento<sup>1</sup>

Nicolás Sollazzo Dambrauskas<sup>2</sup>

Licenciatura en Sociología  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de la República

---

**Resumen:** El presente trabajo de investigación surge como producto del Taller de Investigación de Sociología: Drogas, Cultura, Salud y Delito de la Licenciatura en Sociología de la Universidad de la República, Uruguay, y se centra en torno al estudio del consumo de antidepresivos en jóvenes del Área Metropolitana de Montevideo. Habiéndose realizado 16 entrevistas a jóvenes se utiliza la perspectiva del agenciamiento (Deleuze y Guattari, 2005; Delanda, 2006; Fox y Ward, 2008) para establecer la constitución de este, sus partes y sus relaciones como también los procesos de subjetivación vinculados. Se mapea la relación entre el sufrimiento y la hipótesis serotoninérgica de la depresión como también los vínculos con los estereotipos de locura y depresión. En el proceso se atiende a la subjetivación de una identidad estigmatizada. (Goffman, 2006). Entre los hallazgos destacamos como en las entrevistas emergió el carácter performativo de las clasificaciones psiquiátricas (Hacking en Bielli, 2012), el carácter de ritual de confesión dentro de la consulta psiquiátrica, la capacidad de afectación de los espacios como la sala de espera, la emergencia de un neurochemical self (Rose, 2007) y la promesa de los antidepresivos del restablecimiento de un self perdido (Karp, 2006). Nuestras conclusiones vinculan los hallazgos con la privatización del estrés y la químico-biologización del sufrimiento psíquico, como también con la falta de reconocimiento (Honneth, 1997) a los consumidores de antidepresivos.

*Palabras clave:* Antidepresivos, agenciamiento, medicalización.

---

**Abstract:** The present research work emerges as a product of the Sociology Research Workshop: Drugs, Culture, Health and Crime of the Bachelor's Degree in Sociology from the University of the Republic, Uruguay, and focuses on the study of antidepressant use among young people in the Metropolitan Area of Montevideo. Having conducted 16 interviews with young people, the perspective of assemblage theory (Deleuze and Guattari, 2005, Delanda, 2006, Fox and Ward, 2008) is used to establish the constitution of it, its parts and their relationships as well as the linked processes of subjectivation. The relationship between suffering and the serotonergic hypothesis of depression is mapped as well as the links with the stereotypes of madness and depression. In the process, the subjectivity of a stigmatized identity is addressed. (Goffman, 2006). Among the findings we highlight how in the interviews the performative character of the psychiatric classifications emerged (Hacking in Bielli, 2012), as well as the character of confession ritual within the psychiatric consultation, the ability to be affected by the spaces such as the waiting room, the emergence of a neurochemical self (Rose, 2007) and the promise that antidepressants carry of the reestablishment of a lost self (Karp, 2006) Our conclusions link the findings with the privatization of stress and the chemical-biologization of psychic suffering (Fisher, 2009), as well as the lack of recognition (Honneth, 1997) to consumers of antidepressants.

*Keywords:* Antidepressants, assemblage, medicalization.

---

1 Trabajo presentado en las XVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR, 2018.

2 Correo electrónico: sollazzo.nicolas@gmail.com

## Introducción<sup>3</sup>

La investigación que se presenta surge como producto del Taller Integral de Investigación Drogas, Cultura, Salud y Crimen durante el 2016 al 2018 que forma parte de la Licenciatura en Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El problema de investigación sobre el que se indaga es el analizar las características y condiciones del uso de antidepresivos de jóvenes del Área Metropolitana como parte de un proceso de medicalización desde una perspectiva de agenciamiento. La población de estudio comprende jóvenes de entre 18 y 29 años que consumen antidepresivos en el marco del Sistema Nacional de Salud para el área metropolitana.

Nikolas Rose (2007) 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 el 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. 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. (Rose, 2007).

### Agenciamiento

Para abordar este objeto de estudio de particular complejidad hemos incorporado diversas perspectivas teóricas. En primer lugar nos es menester desarrollar qué se entiende por perspectiva de agenciamiento. Existe una corriente de estudios que han incorporado y desarrollado esta teoría partiendo de la introducción de este concepto por Gilles Deleuze y Félix Guattari (1980). En esta investigación en particular también suscribimos a la relectura de Manuel DeLanda (2006). De acuerdo a esta perspectiva, la materialidad se entiende en un sentido relacional y emergente, primando la *producción* de lo social por sobre su *construcción*.. El estado ontológico de cuerpos y objetos se produce a través de las relaciones que estos mantienen entre sí. A su vez, se adhiere a una concepción de la subjetividad como constituida por las confluencias entre las capacidades sensoriales de los seres humanos y la relación que un cuerpo tiene con su entorno físico, psíquico y psicológico. (Massumi, 1992, 2015; Fox y Ward, 2008; Fox y Aldred, 2015) Aquí se toma en especial consideración el concepto de afecto de Spinoza (1980), definido sucintamente como la capacidad de afectar y ser afectado. Otro elemento particular es que se incorporan como objetos de estudio de lo social a elementos humanos y no-humanos. Una vez hecho este preámbulo podemos finalmente definir qué es un agenciamiento: un agenciamiento es un todo caracterizado por relaciones de exterioridad, que en contraposición a totalidades orgánicas como un sistema por ejemplo, no se define por propiedades intrínsecas de estos elementos ni por las suma de sus partes. Sus propiedades emergentes surgen de las relaciones entre estos elementos. Entonces, los agenciamientos son una multiplicidad de elementos conectados de manera habitual y no habitual,

---

<sup>3</sup> El trabajo se encuentra redactado en lenguaje inclusivo y no sexista, utilizando la vocal “e” como forma de género neutro. (Gómez, 2016)

siempre en flujo y estableciendo novedosas (re)conexiones.

Las categorías de territorialización y desterritorialización, nos permiten dar cuenta de procesos que se dan en los agenciamientos. En primer lugar, se debe entender dichos conceptos geográficos y espaciales en un sentido literal, es decir los agenciamientos tienen límites territoriales en espacio y tiempo -una conversación se da en un determinado lugar, una organización se puede ubicar en un edificio determinado. La territorialización define o delimita los límites de un agenciamiento incrementando su homogeneidad interna -p. ej. un proceso de segregación en un barrio-. La desterritorialización desestabiliza límites espaciales o incrementa la heterogeneidad interna -p. ej. los desarrollos de las tecnologías de la comunicación y sus repercusiones.

### **Medicalización**

Una segunda perspectiva teórica fundamental de nuestro estudio tiene que ver con los procesos de medicalización. La medicalización es un proceso en el que problemas no-médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, comúnmente en términos de enfermedad y trastorno (Conrad, 2007). Un determinado problema se define en términos médicos, utilizando lenguaje médico, entendido a través de un marco de referencia médico y tratado con una intervención médica. Diversos autores como Zola (1972), Illich (1975) y Conrad (2007), destacan el creciente papel de la medicina como depositaria de la verdad en las sociedades contemporáneas. A su vez Nikolas Rose (2007) destaca como el campo de influencia de la medicina se extiende cada vez más por fuera del campo de la “enfermedad” y de la cura en un entramado biopolítico que comprende el trabajo en laboratorios, el marketing de compañías farmacéuticas, sistemas regulatorios, compañías de seguros y a las múltiples profesiones del campo de la salud. Esto se suma a que la búsqueda de la salud ocupa un lugar preponderante en el telos de las democracias liberales avanzadas y las personas pasan a experimentarse a sí mismas fundamentalmente en términos biomédicos. Conrad señala como el aumento de la jurisdicción médica es una de las transformaciones más importantes del s. XX en el mundo occidental, en el que crecen exponencialmente el número de trastornos y enfermedades tratables. Asimismo, la perspectiva histórica nos muestra que conductas que antaño se definían como pecaminosas inmorales, o criminales hoy día se les dota de un significado médico pasando de la maldad a la enfermedad.

A pesar de esta expansión de la jurisdicción médica, se da un proceso simultáneo de erosión de su autoridad a nivel mundial en el que la política de salud vira desde el problema del acceso y el derecho de la salud a los de control de costos; los pacientes se transforman en consumidores y se comodifican y mercantilizan los bienes médicos y servicios. La expansión de nuevos mercados médicos ocupa un rol central dentro de la producción y se orienta a preservar la tasa de ganancia capitalista. Las farmacéuticas a su vez dedican millones de dólares a realizar campañas de visibilización y publicidad en un contexto que no solo se mercadean las drogas sino también las enfermedades.

### **Locura y orden psiquiátrico**

Un tercer lineamiento teórico tiene que ver con una perspectiva sociológica de la locura.

Las concepciones antiguas de la locura hacían de ella “ [...] una categoría de lo sacro, sea de lo sacro religioso, sea de lo sacro demoníaco” (Bastide, 2005;306). El cristianismo la consideraba fruto del pecado, en la Antigua Grecia se pensaba que tenía causas místicas. A partir del Renacimiento comienza un proceso de secularización de la locura en el cual los loques pasan 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, 1983;30). Los leprosarios - lugar donde se confinaba a los leproso- los cuales habían quedado vacíos en la Edad Media pasan a utilizarse para confinar a los loques junto a pobres, desamparados y criminales en lo que Foucault denominó el “gran encierro”; internamiento social, aislamiento y observación fueron sus componentes. Este proceso también daría surgimiento a la medicina moderna, la psiquiatría y las Ciencias Sociales.

Según Castel (1980) la aparición del orden psiquiátrico se vincula al contexto político del advenimiento del legalismo y de ruptura de los poderes reales en el S. XIX. Emergen nuevos actores como jueces y médicos y se empieza a tratar a la locura a través de la gestión del aparato médico: *“En la sociedad contractual el loco desentona, carente de razón, no es sujeto de derecho; irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de servir, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, esta ‘libre’ circulación de hombres y mercancías a la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa”* (Castel, 1980 ;25). No es sujeto de sanción pero sí debe ser tratado. Se forma aquí la analogía pedagógica que aproxima el loque al niño y viene ser central para todo el desarrollo de la historia de la psiquiatría.

La metamorfosis más reciente según el autor se halla ligada a la llamada “segunda revolución psiquiátrica”, en la cual se “abre” el manicomio y se cura a los catalogados como “enfermos mentales” no como personas excluidas para siempre de la sociedad sino como gente que coexiste el resto. Las técnicas autoritario coercitivas se trocan por intervenciones persuasivo-manipuladoras. (Castel, 1980)

### **Depresión y antidepresivos**

Autores como David Healy (1997) que han estudiado la historia de los antidepresivos dan cuenta de cómo el surgimiento y desarrollo de los antidepresivos se pueden entender como un momento más en la historia de los conocimientos médicos. El sistema Hipocrático de la Antigua Grecia establecía que existían cuatro humores -sangre, flema, bilis negra y amarilla-, su armonía tendría como consecuencia un estado de salud y su contrario un estado de enfermedad; la cura implicaba entonces el reestablecimiento del equilibrio entre esos fluidos. Este sistema seguiría en pie hasta que en el siglo XIX se confrontaría con la emergente idea del modelo de la especificidad: no se trataría más todo el cuerpo para reestablecer su armonía, sino que cada enfermedad debería tener una terapéutica específica. Este eventual reemplazo fue desde luego paulatino y enfrentó numerosas resistencias.

Healy menciona refiriéndose al caso de Estados Unidos a partir del S. XVIII que los intentos de generar ventas a lo largo del país propiciaron la mecanización del proceso que permitiría la estandarización de las dosis y la forma de las preparaciones. El mojón fundamental fue el

desarrollo de la química orgánica que permitió por primera vez sintetizar compuestos que no se encontraban en la naturaleza. Alrededor de 1930 se producen los antibióticos, las primeras “balas mágicas”, luego le siguen los diuréticos y antihipertensivos. A la vez que se producen estas medicinas relativamente efectivas y seguras surgen las regulaciones de mercado, las cuales llevarían a la institucionalización de la visión que las pruebas de doble-ciego aleatorizadas y con grupo de control son el medio apropiado y casi el único medio científico para establecer la eficacia de un tratamiento lo cual sería central en la historia de los antidepresivos.

Los antidepresivos surgen en 1957 a través del desarrollo de sus dos tipos más antiguos: los IMAO y los tricíclicos. La aparición de los antidepresivos supuso un cambio en las clasificaciones de las sustancias que actuaban sobre el sistema nervioso central hasta el momento. Bielli dice que la introducción de los antidepresivos consolidó a la psiquiatría como una disciplina de base tecnológica, los cuales: *“Suponen un área específica de transformación -la depresión-, sujetos que pueden operar el producto tecnológico -los psiquiatras- y agentes encargados de su desarrollo -laboratorios e investigadores en farmacología-, pero suponían además, opiniones, representaciones y creencias sobre su naturaleza, utilidad y eficacia sustentadas por todos aquellos que dentro del campo de los saberes psicológicos se verían implicados en su difusión y uso.”* (2012; 23).

Previo a su desarrollo la depresión no ocupaba un lugar central en la psiquiatría, a diferencia de lo que sucede hoy en día. La depresión como tal se encontraba ligada a lo que se denominaba melancolía, categoría utilizada durante dos mil años para hacer referencia a estados de pesadumbre y enlentecimiento. El pasaje de la melancolía a la depresión supuso una patologización de la melancolía y que se designara como enfermedad del afecto, diferenciándola de los trastornos de razón. Radden (en Bielli, 2012) ha llamado cartografía de las drogas a la tendencia en las clasificaciones psiquiátricas las cuales pasan a ser reformadas en base a los efectos que los psicofármacos tienen sobre las personas. Es decir, una depresión se define como tal porque puede ser curada con antidepresivos. Sin embargo, los psicofármacos no poseen un germen que los vincule a una dolencia específica como si poseen por ejemplo los antibióticos; estos se fundamentaron en una base neuroquímica.

Según datos de la Junta Nacional de Drogas (2016) un 10,6% de los uruguayos han consumido antidepresivos en algún momento de su vida y un 5% en el último año previo a la encuesta. Casi la totalidad de quienes consumen lo hacen con prescripción médica. Las mujeres consumen comparativamente más que los hombres mientras que las personas mayores de 35 lo hacen más que las menores.

## Metodología

Hemos realizado 16 entrevistas en profundidad a jóvenes consumidores de antidepresivos de entre 18 y 29 años que no se hallaran al momento de la entrevista en contextos de encierro. El método de selección utilizado fue el de “conveniencia”. Utilizamos dos métodos de reclutamiento, el de “bola de nieve” y el reclutamiento a través de un aviso en Facebook. Podemos notar que dentro de la muestra tenemos un alto porcentaje de mujeres en relación a hombres, de estudiantes de nivel terciario en lugar de personas que no hayan terminado secundaria y un alto

porcentaje de usuarios de mutualistas en lugar de Salud Pública.

Entendemos a la entrevista en profundidad como una interacción verbal cara a cara constituida por preguntas y respuestas orientadas en torno a una temática. (Alonso, 1999; Blanchet, 1989; Oxman, 1998). En el diseño de la pauta hemos procurado en primer lugar preguntas que permitan al entrevistado relatar su experiencia y en segundo lugar reflexionar en torno a ella. La ontología materialista cambia el foco del análisis de sentimientos, ideas y acciones de los individuos a flujos de afectos entre agenciamientos y sus relaciones. (Fox y Ward, 2008) Durante las entrevistas le he propuesto a los participantes realicen una 'gráfica de bienestar' (Malins, 2004) en torno a dos ejes, tiempo y bienestar/malestar.

## Problema de Investigación

### Objetivo General

- Analizar el agenciamiento que se produce a través del consumo de antidepresivos en 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 eventos 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 que se den al interior del agenciamiento.

## Conceptualizando el agenciamiento y sus partes

Analizar el consumo de antidepresivos en términos de agenciamiento implicar incluir dentro de este constructo heurístico numerosos elementos dispares que comprenden lo biológico, psicológico, social, cultural; sus relaciones entre sí, y simultáneamente cómo atraviesan procesos de territorialización, desterritorialización y codificación. Se ilustrará como emergen identidades desde un punto de vista de relaciones y afectos entre cuerpos, tecnologías, discursos, regímenes de signos, e ideas abstractas de la salud mental, el bienestar y la locura que a su vez se materializan en pastillas, prospectos, historias clínicas y más.

Las relaciones que se establecen en torno al consumo de antidepresivos son en primer lugar **la respuesta a un determinado tipo de sufrimiento** y la cual muchas veces no apuntan a su cura sino a su gestión. Imaginemos por ejemplo a una persona que se encuentra experimentando determinadas sensaciones corporales displacenteras como dolores de cabeza, problemas para

dormir y a su vez experimenta tristeza, angustia prolongada y apatía. Existe un proceso bajo el cual se codifican estas sensaciones como algo que puede ser tratado mediante intervención médica y es la condición de posibilidad de esta misma intervención, simultáneamente emerge un determinado tipo de discurso que lo engloba. El segundo elemento es que no solo vemos aquí la búsqueda de un alivio sino **la búsqueda de sentido** en torno a ese sufrimiento. Debemos recordar que el consumo de antidepresivos implica en mayor o menor medida la aceptación de una explicación acerca de las causas de ese determinado sufrimiento y del funcionamiento del cuerpo/psique.

Aún así, el proceso no se reduce solo al campo de la significación sino que se materializa en interacciones concretas, o mejor dicho, eventos/acontecimientos, que aunque sean recursivos cada uno es único e irrepetible. La toma de la medicación diaria en espacios concretos como el cuarto o la cocina, las consultas periódicas con el psiquiatra, conversaciones con la familia, intercambios con amigos. Diferentes estrategias se despliegan en el marco del surgimiento de una identidad estigmatizada (Goffman, 2008), como por ejemplo un joven intentando esconder que está tomando alcohol para no delatar la condición propia de consumidor. El pensar en términos de afectos nos obliga a pensar cómo aumentan y constriñen las capacidades cada agente. Delineemos los componentes del agenciamiento:

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

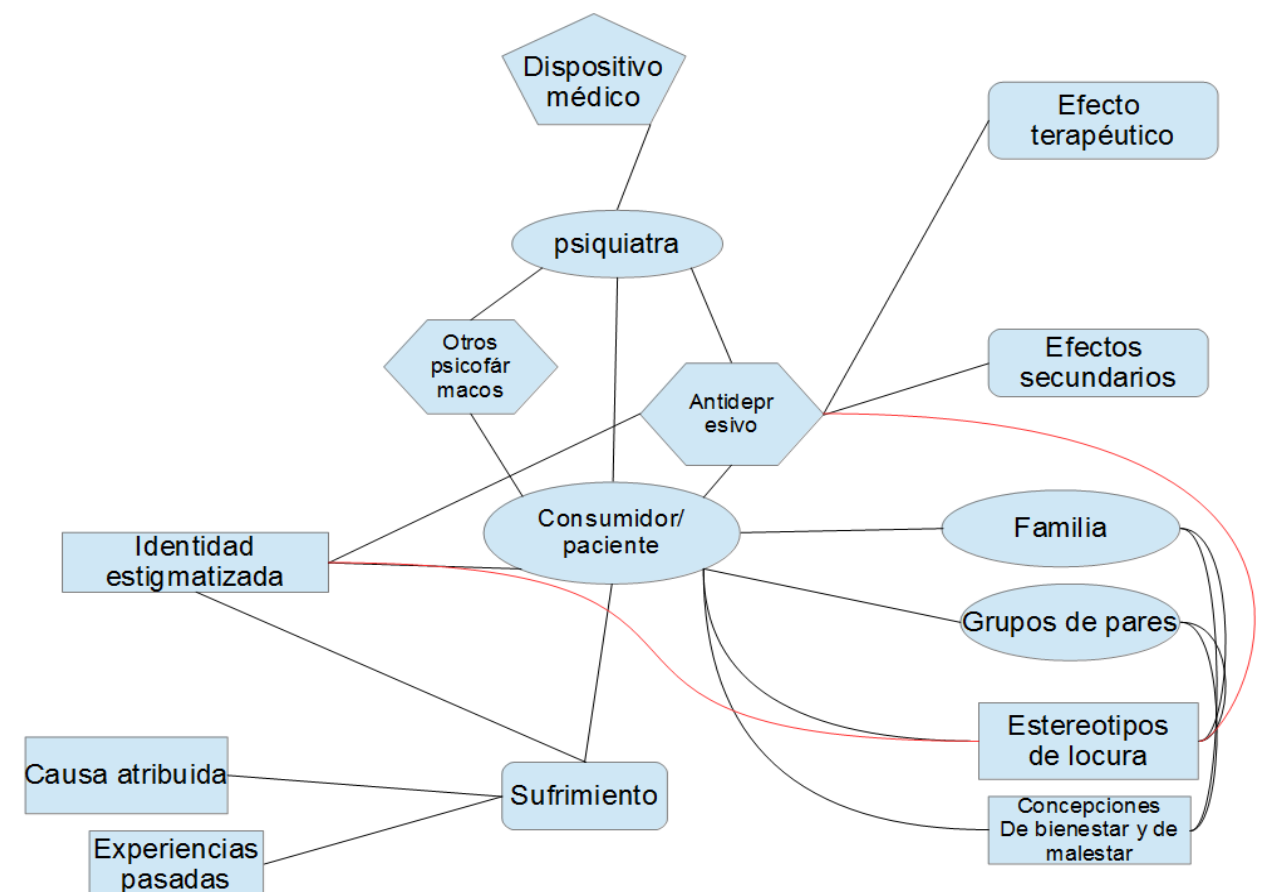


Fig. 1 Diagrama del agenciamiento y sus relaciones

La relación consumidor-antidepresivo es axiomática para el agenciamiento, sin ella no podemos hablar de consumo de antidepresivos aunque persistan todas las demás relaciones. Dentro de las entrevistas realizadas, los antidepresivos siempre fueron prescripto por un/a psiquiatra y era esta persona la encargada del control médico siempre en el contexto de un tratamiento terapéutico y en el contexto de una institución médica. La familia ocupa casi siempre un papel importante en varios aspectos, sea por su relevancia a nivel afectiva, por el control ejercido, por su involucramiento en la terapia o por el lugar atribuido dentro del sufrimiento del consumidor. Los antidepresivos solían prescribirse con otros psicofármacos entre ellos ansiolíticos, antipsicóticos y reguladores del humor. Los consumidores solían dividir, aunque no fuera explícitamente, los efectos sobre su cuerpo entre los que les producían alguna mejora -si los había- y efectos secundarios que solían ser desde molestos a ser un padecimiento de por sí. La prescripción a menudo iba acompañada de un diagnóstico, aunque no siempre. Los espacios también afectaban a les entrevistades: una entrevistada por ejemplo señalaba como se sentía “loca” al tener que ir al anexo de Salud Mental de la Médica Uruguaya, ubicado en un edificio aparte.

## Cuerpos sufrientes

El sufrimiento y el dolor no son solo flujos sensoriales, sino formas de estar y relacionarse



en el mundo y con uno mismo. El sufrimiento forma y destruye vínculos. Hacemos conjeturas de sus causas y efectos. (Le Breton, 1999). Las formas de padecer entre nuestros entrevistados se caracterizan por su heterogeneidad. encontramos en sus explicaciones:

1. *términos biomédicos y/o psicológicos* -depresión, ansiedad, anorexia-,
2. *emociones* -angustia, tristeza-,
3. *prácticas* -autoflagelación, romper cosas, dormir, estar en la cama- ,
4. *relaciones afectadas* -problemas en la familia, responder mal-
5. *y quejas somáticas* -cistitis, dolor, hacerse necesidades encima-.

Cómo podemos notar, las categorías a través de las cuales se entiende el sufrimiento propio son medicalizadas y tiene que ver con cómo en las sociedades industriales tardías nos entendemos fundamentalmente en términos biomédicos. (Conrad, 2007; Rose, 2007). En un segundo plano podemos hablar de cómo el sufrimiento emergió en estas relaciones y a la vez las afectó en mayor o menor medida. Canguilhem (en Rose, 2007) estableció la diferencia entre normas vitales y sociales; las primeras manifestaban la normatividad de la vida misma y las normas sociales la adaptación al orden social y sus requerimientos de normatividad, docilidad, productividad, etc. Rose (2007) establece que ambos tipos de normas han sido establecidas por configuraciones institucionales y tecnológicas históricamente específicas, como también por la biopolítica misma. Para nuestros entrevistados ambas dimensiones se ven trastocadas, no solo sufren y ven su sufrimiento como una separación del deber ser, sino que a su vez infringen las normas sociales en mayor o menor medida. Algunos siguen realizando sus actividades rutinarias de la vida diaria, cumpliendo con obligaciones pero cambia lo que sienten y sus motivaciones mientras las hacen. Otros se ven inmersos en grandes cambios en sus relaciones, como el abandono de los estudios, perder amistades, tener conflictos en el hogar:

*“Las cosas se me estaban yendo de las manos, porque era como un dolor... era como que no comía, estaba acostada en mi cama. No quería vivir. No me quería matar, pero no quería vivir. Era como que no encontraba el sentido del día a día. **Mi madre me veía así, se tenía que sentar en la cama y darme de comer porque yo no quería comer.** No le encontraba sentido a la vida. Y una vez me pasó algo que fue... como que sentía que tenía un dolor muy fuerte adentro pero que no podía llorar, **como que quería pasar ese dolor al cuerpo** . Entonces agarré una botella de vidrio y me corté, pero no con el fin de suicidarme, sino con el propósito de sentir dolor físico y ver si podía llorar, una cosa medio rara pero ta. Como que no podía llorar, y capaz si me corto y me duele puedo sacar lo que tengo adentro. Y me corté.”*  
Entrevistada 12

Aquí vemos como la entrevistada se territorializa con el objeto cama -cambiando su relación con este y con la madre. La incapacidad de llorar hace que recurra a un vidrio para ‘pasar el dolor al cuerpo’ y poder expresar ese dolor. A su vez cambia la relación con su madre. Encontramos una pérdida de sentido y una desterritorialización de las relaciones diarias de la persona para pasar por una reterritorialización. Se pueden hacer varias puntualizaciones: una primera es algo que señala Bastide (2005) en cómo una determinada categoría del trastorno mental se ramifica y afecta a todo un grupo como el grupo familiar a través de los canales de comunicación. Lo segundo es algo que menciona Le Breton: (1999;43) *“El dolor es un fracaso del lenguaje”*. Esto refiere a su incomunicabilidad como hecho íntimo y personal e inaccesible al resto. Por esta falla es que se debe apelar a quejas, lloros, silencios, muecas mímicas, metáforas. El dolor

y el sufrimiento matizan cada aspecto de la existencia con su tinte. Puede derivar en retraimiento, en sentirse incomprendido incluso en presencia de otros sufrientes. Pero asimismo supone un elemento esencial para la formación de un agenciamiento de consumo de antidepresivos ya que habilita a la persona a que entable una relación con el psiquiatra, con psicofármacos, y con las categorías diagnósticas de la psiquiatría. Es difícil imaginar a una persona que no esté sufriendo y vaya a consultar con un psiquiatra. Asimismo cuesta pensar que alguien acepte un diagnóstico de depresión fallando así en darse su carácter ilocutorio como acto de habla (Deleuze y Guattari, 2006).

## Cuerpos depresivos

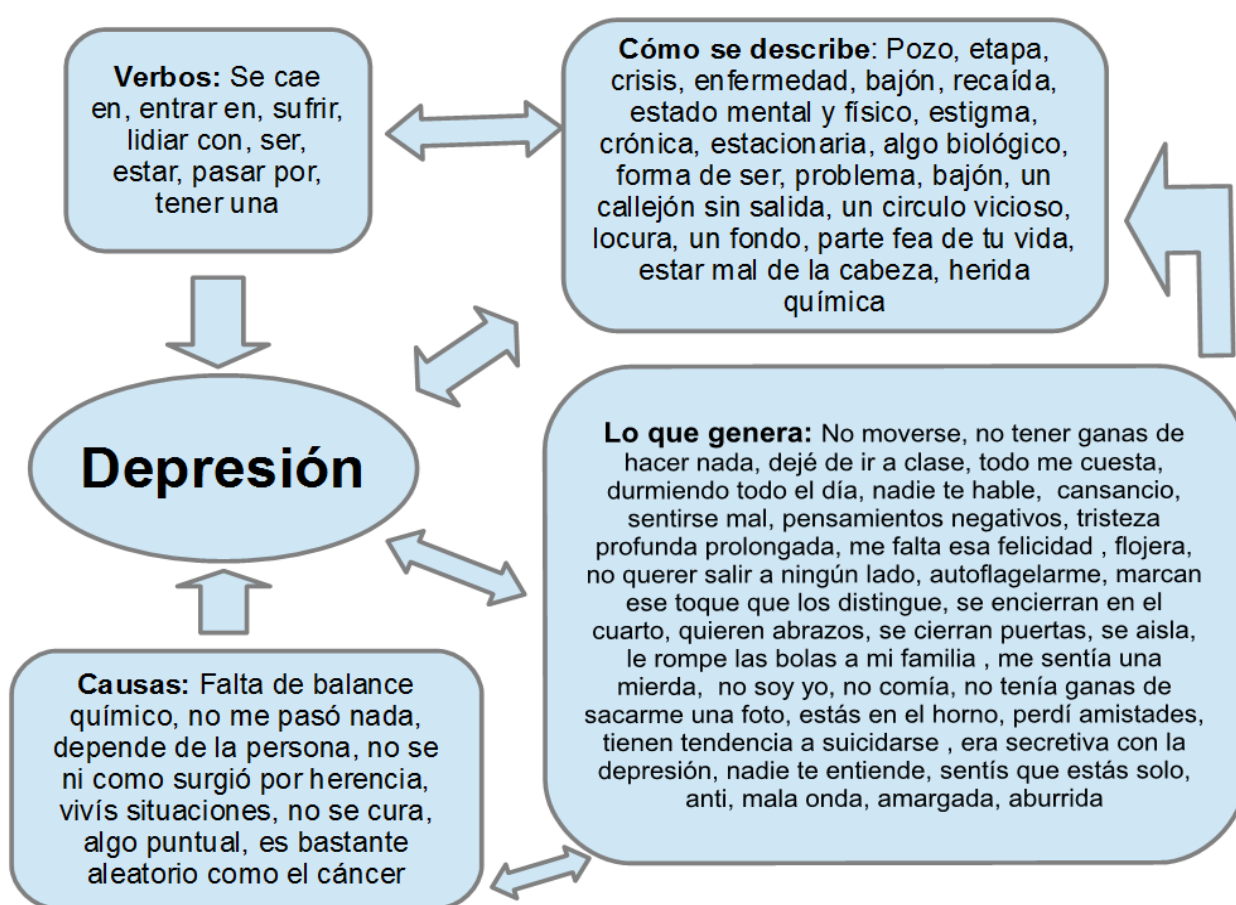


Fig. 2 Diagrama de depresión y su carga semántica

En la figura anterior se resume la carga semántica a la que ha sido asociada el término depresión en las entrevistas. Un primer aspecto de relevancia tiene que ver con lo que se le llama la **hipótesis serotoninérgica de la depresión**: en nuestra investigación los consumidores entrevistados tienen en mayor o menor medida un compromiso o una aceptación de esta explicación de la depresión. La mirada psiquiátrica ya no es más molar como antaño sino molecular, la clasificación de los trastornos se halla vinculada a una imagen del cerebro y a una intervención terapéutica a través de la psicofarmacología. A partir de la década del '50 y el '60 se acepta la idea que la transmisión entre nervios a través de la sinapsis era química a través de los

llamados neurotransmisores -dopamina, serotonina, etc. Los discursos psi que emergieron a principios del S. XX de la mano del psicoanálisis deban cuenta de una forma de relacionarnos con nosotros mismos en términos de deseos inconscientes, neurosis, traumas, en definitiva un espacio profundo. Este espacio profundo vendría a aplanarse con los desarrollos de la neurobiología dando lugar a lo que el autor llama *neurochemical self*:

*“Y segundo que **ya había tenido un estrago 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”*

Entrevistada 11

El sufrimiento del cual se habla se encuentra territorializado con esta explicación de la depresión y se forman relaciones fijas entre determinados estados de ánimo, sentimientos y toda la plétora de elementos que componen el sufrimiento psíquico con una determinada explicación del funcionamiento del cuerpo/mente. Sin embargo la experiencia del sufrimiento y del consumo de antidepresivos no se agota en la hipótesis serotoninérgica ni en las explicaciones biomédicas. Encontramos metáforas y analogías: “pozo”, “etapa”, “bajón”, “recaída”, “callejón sin salida”, “círculo vicioso”, “un fondo” o una “parte fea de tu vida”

## Cuerpos locos: desviación y estigmatización

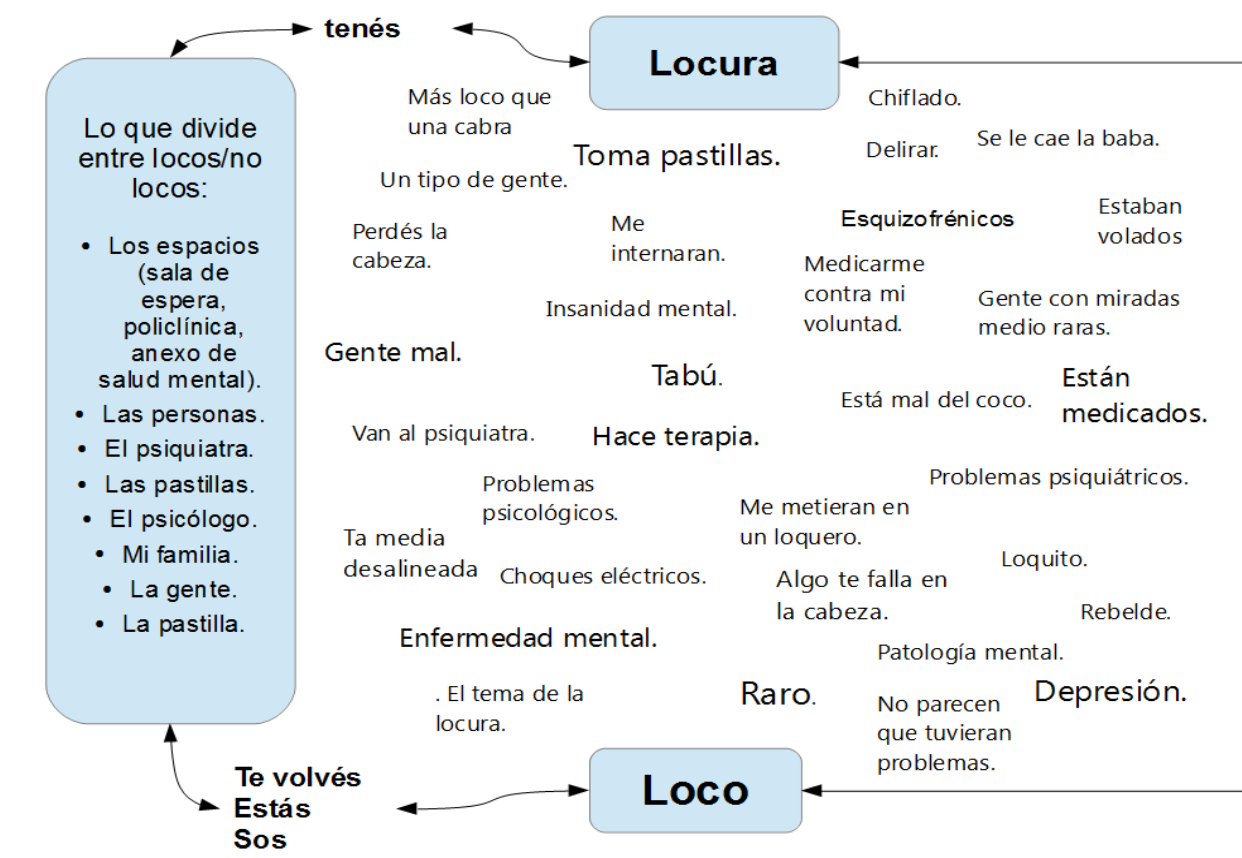


Fig.3 Diagrama de locura y su carga semántica en las entrevistas

Para nuestros entrevistados el consumir antidepresivos es señal de locura. Se establece una relación entre el consumidor y la locura produciendo un cuerpo-loco. Aparece entonces el elemento del silencio:

*“Entonces, pero nadie habla de eso, 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 asocias a eso.”*

Entrevistada 2

Foucault ve 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;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. 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. Pero esto sucede también en la dimensión de lo que Kathleen Stewart (2007; 2-3, traducción propia) denomina **afectos ordinarios**: *“Las variadas y surgientes capacidades de afectar y ser afectado que le dan a la vida de todos los días la calidad de un*

continuo movimiento de relaciones, escenas contingencias y emergencias. [...] Trabajan no a través de ‘significados’ de por sí, pero en su lugar en la manera en la que captan densidad y textura mientras se mueven a través de cuerpos, sueños, dramas y mundos sociales de todos los tipos.” Así, en nuestras entrevistas encontramos ejemplos de cómo por ejemplo alguien sentía miedo al pensar en la posibilidad de decirle a la persona con la que estaba saliendo de decirle que tomaba antidepresivos por miedo a que pensara que “estaba loca”, otra entrevistada cuando iba a un encuentro o evento donde hubiera alcohol agarraba un vaso de cerveza para pretender que estaba tomando y lo dejaba después en otro lugar.

Ideas acerca la interacción con otros	Diálogos
<p>No admite que tengo depresión Terrible para los alrededores. Preocupación en el entorno En el entorno nadie sabía Les cuesta aceptarlo y a mí me duele. No lo entienden. Desgasta las relaciones El otro va a pensar que uno está re mal del coco Te miran con otra cara Cuesta sacarse esa carga de arriba Querés solo mostrarle a los círculos privados Se burlaban de mí por mi estado La gente no entiende que no me pasó nada A quién le cuento, a quién no? Yo capaz no lo notaba pero el de afuera lo nota. Es muy tabú. Es un estigma. La gente señala sin conocer, prejuiza. Cuando quieren ser hirientes lo más fácil es entrarte por ahí Gente que te entiende, que está pasando por lo mismo que vos. Me preguntan a mí que soy como la reina de las pastillas Los demás notaron que reviví. Es como que en general lo aceptan. Era la forma de calmar a mis padres</p>	<p>"Bo en algún momento lo vas a dejar" "En algún momento no los vas a necesitar" "Para qué te voy a decir si te ponés a llorar por cualquier razón? "Ves todo negativo" "Qué te pasó?" "Tomaste la pastilla?" "Por qué no tomás alcohol?" "No te quejes si estás sana" "Los antidepresivos son una porquería. No los tomes." "Es importante que continúes con eso" "Te hacen bien" "Realmente te hacen falta?" "Tan mal te sentís?" "Loco" "Vos no pasaste hambre" "Fumate un porro y ya está" "Vos tenés que pensar en cosas positivas y se te va" "Sos joven, tenés toda la vida por delante." "Es un capricho" "Estás así porque estás tomando las pastillas"</p>

Fig. 4 Diagrama de interacciones en la que el consumidor es estigmatizado

El devenir loco es también un devenir desviado (Becker, 2009; Bastide, 2005), un devenir estigmatizado (Goffman, 2008) y un devenir otro. Es alteridad (Foucault, 1993). Mediante el despliegue de diversas estrategias manejan la información de manera de ocultar su estigma en diferentes espacios públicos. Se suele compartir únicamente en círculos íntimos y hay cierta ansiedad con respecto a quien contarle. La producción de esta identidad se daba en estas relaciones, en el contexto de lo que sugiero es una **estratificación de los trastornos**. Con esto pretendo decir que en el caso de muchos entrevistados consumidores de antidepresivos o que se atribuían el tener depresión se veían como “estando mejor que muchos otros”. Es como un decir “estoy loco pero no tanto como ellos”, o “yo no estoy loco, yo solo tengo un trastorno, pero ellos sí”. Esto muchas veces tenía que ver con ideas de la sinrazón y el delirio, refiriéndose a condiciones como la esquizofrenia o personas que presentan psicosis. Aquí también se ve un juego de complementariedad y oposición entre las categorías de “locura” y “trastorno mental”. Por un lado aparecen asociadas y por otro como cosas diferentes “yo tengo un trastorno que me bajonea, no estoy loco”. La alteridad se busca desplazar nuevamente hacia un Otro.

## Formación del agenciamiento

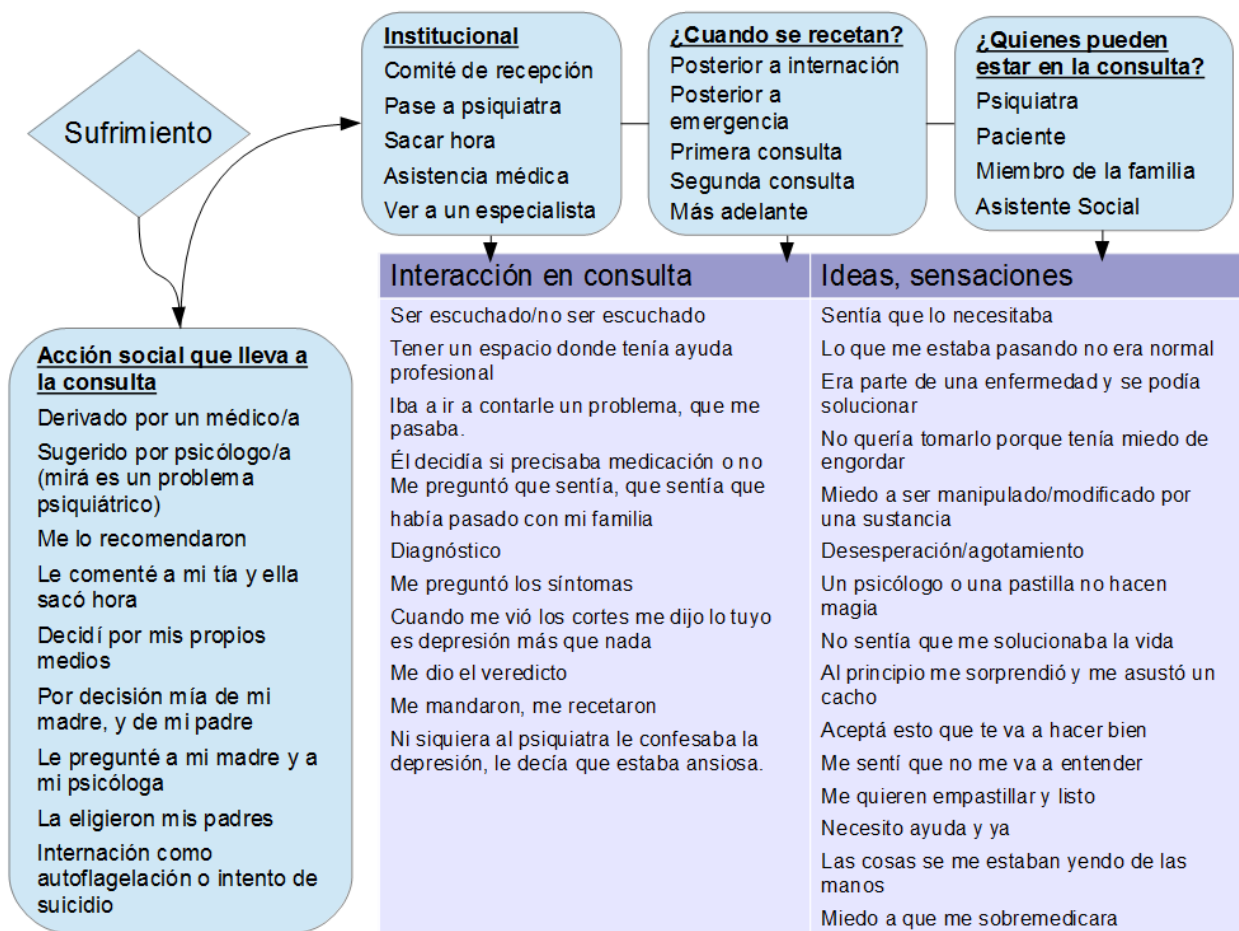


Fig. 5 Diagrama de primera consulta

Consideramos a la formación del agenciamiento a los eventos previos inmediatos a la

primera consulta, y a la consulta misma, hasta el momento que la persona en cuestión comienza a consumir los antidepresivos:

*“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. [...] . 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**.”*  
Entrevistado 6

Este es un proceso típico de lo que podemos llamar un proceso de medicalización. El entrevistado tras dejar 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 solucionado él” y esas sensaciones, percepciones, reacciones, actividades y ese sufrimiento particular lo concibió en términos de enfermedad. Varios de nuestros entrevistados hacían psicoterapia y el consultar a un psiquiatra fue sugerido por su psicólogo/a. En otros casos la familia tomó este rol. El flujo que se vive por el sujeto como un sufrimiento se codifica como síntoma.

Como es de esperarse, los procesos de territorialización y captura por el dispositivo médico son variados. No todos son graduales. Algunos entrevistados ingresaron a un agenciamiento de antidepresivos posteriormente a una internación o a una situación de emergencia -como intentos de suicidio o autoflagelación. Otro tipo de casos refiere a cuando la persona ya se encuentra previamente en algún agenciamiento médico y es referida por otro especialista, médico general o de familia. El sufrimiento establece afectos que posibilitan la acción social de consultar.

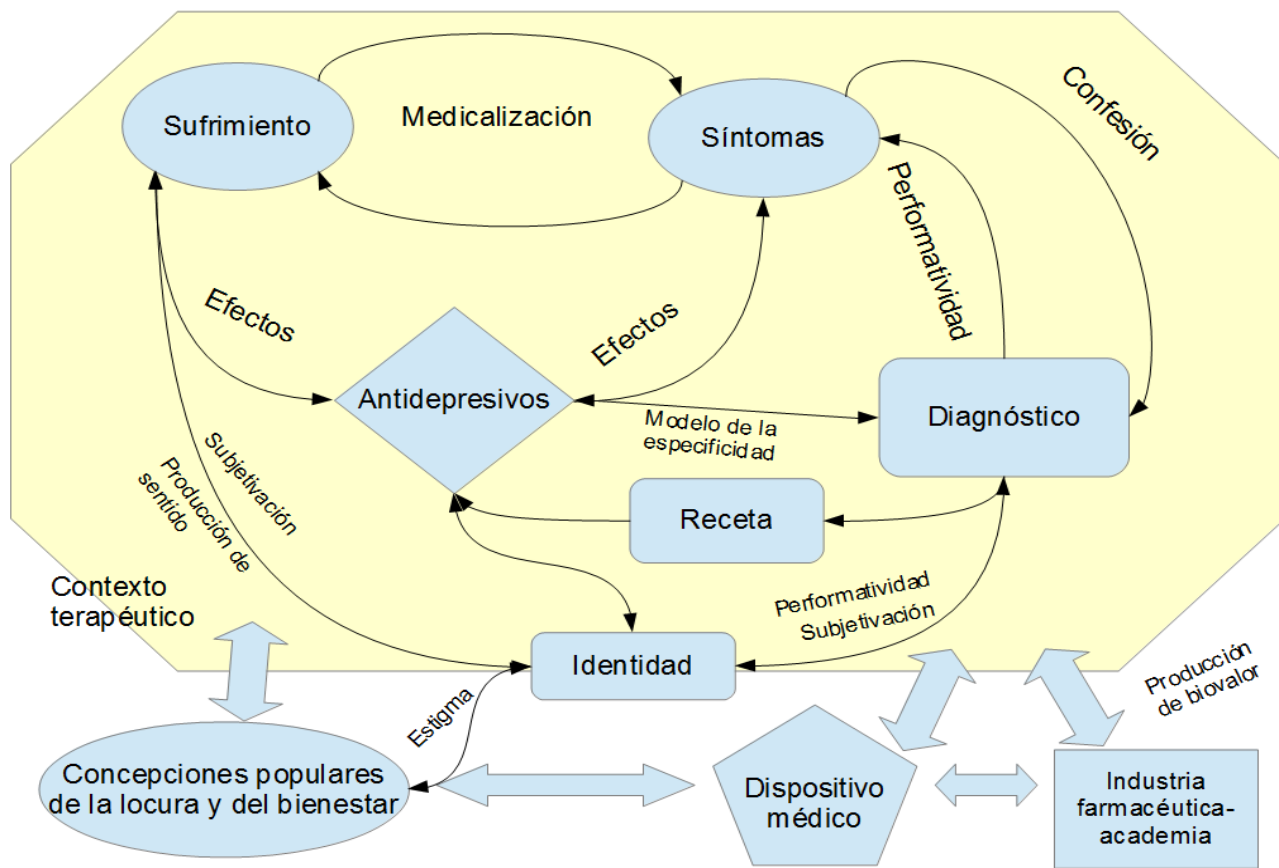


Fig. 6 Procesos de subjetivación de lo "farmacéutico"

Lo que necesitamos aclarar para entender lo que se dice en una consulta está sumamente normado. Entendemos que es caracterizada por la emergencia de un **ritual de confesión** en el sentido de Foucault (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. La relación de poder y la autoridad conferida al psiquiatra no figura sólo en cómo les 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". ;

*"Me hizo pasar primero a mí, y después a mi padre. Me preguntó cuál era mi problema o por qué 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 el 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 mi o porque estaba yo ahí."*

Entrevistada 5

## Diagnóstico

Hacking (en Carponi, 2009) ha resaltado como el saber psiquiátrico es **performativo** (Bielli,



2012). Las categorías diagnósticas, lejos de ser simplemente una herramienta taxonómica, hacen que los trastornos psiquiátricos “tomen cuerpo en la experiencia mórbida de los pacientes” (Bielli, 2012;41) Las clasificaciones son interactivas, afectan a quienes son clasificados y a la vez son afectadas por los sujetos a los que clasifican. Como dice Nietzsche (1981) : “El nombre que damos a las cosas importa infinitamente más de lo que ellas son. Es suficiente crear nombres nuevos, apreciaciones nuevas, probabilidades nuevas para crear, más temprano o más tarde, cosas nuevas”. El siguiente ejemplo lo muestra con claridad:

*“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 tenías 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.**”*  
Entrevistado 10

## Proceso

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

Incorporación del hábito de tomar la medicación Percibida ausencia de alternativas	
---	--

Fig. 7 Desterritorialización y territorialización en el agenciamiento de consumo de antidepresivos

Para describir el proceso hemos diversos eventos, elementos y aspectos del proceso entre el eje territorialización/desterritorialización. Tratamos con sujetos reflexivos con capacidad de hacer-sentido, lo que sea territorializante en un momento, puede no serlo en otro o para alguien más.(Fox y Ward, 2008). En una parte importante de nuestros entrevistados el ser diagnosticados con depresión, anorexia, o un trastorno de personalidad fue un evento territorializante. Le dio estabilidad y sentido al proceso ya que el tomar un antidepresivo sería algo que les podría proporcionar el alivio a su sufrimiento, una terapéutica específica para su diagnóstico específico. Sin embargo, para una entrevistada, el ser diagnosticada con depresión crónica fue la razón por la cual decidió dejar el tratamiento. Otro entrevistado al haber pasado “por una batería de diagnósticos” diferentes sintió que “le estaban tomando del pelo, lo cual fue un evento desterritorializante. Pensando en el caso de entrevistados a los cuales el antidepresivo les proporcionó mejora de sus síntomas y/o una mejora en su calidad de vida, por un lado vemos un movimiento territorializador ya que mantienen el tratamiento al ver estas mejoras, y por ende a sus eventos de rutina: toma de medicación diaria en determinados espacios, consultas de control con el psiquiatra lo que supone el trasladarse a la institución médica . A su vez la mejora puede ser desterritorializante cuando la persona considera que ha llegado a una mejora definitiva de lo que antes lo aquejaba y considera que no es apropiado para su edad.

Una ausencia de mejora puede ser la razón para finalmente dejar el tratamiento, para cambiar de antidepresivo, o para cambiar de psiquiatra; en todos los casos se produce una desterritorialización. Una interrupción de la toma de la medicación -por un olvido por ejemplo- es una desterritorialización, pero puede ser seguida de una reterritorialización al sentir los efectos negativos de discontinuar el tratamiento. Los efectos secundarios (dolores de cabeza, cansancio, falta de apetito, etc.) son generalmente desterritorializantes, pero quizás los beneficios del efecto terapéutico sean razón suficiente como para continuar el tratamiento. Por otro lado el efecto terapéutico puede tardar semanas o meses, pero quizás en base a la palabra autoritativa del psiquiatra la persona decida confiar y continuar el tratamiento esperando mejorar, sucediéndose una territorialización incluso en ausencia de una mejoría. Lo mismo puede suceder cuando una persona toma los antidepresivos “para calmar a sus padres” sin notar efectos positivos sobre sí, o puede suceder su inverso, y que una persona sí note mejoría pero sus padres expresen preocupación ante su rechazo a la medicación, produciéndose una desterritorialización.

Dentro de un agenciamiento de consumo de antidepresivos la persona no solo es afectada sino que también afecta, alterando también las capacidades de su entorno. Así, los entrevistados cuyas familias ya alguna persona había consumido antidepresivos reconocían tener más apertura y comprensión con el tema. Otras familias cambiaban su opinión acerca de ellos al notar mejoría. En otras se veía el proceso con miedo ante experiencias negativas en el pasado en materia de salud mental con algún familiar. En otros casos vemos entrar en juego lo que Klerman (en Healy, 1997) ha denominado Calvinismo Farmacológico -el cual hemos situado como un elemento

desterritorializante-, es decir un sistema de creencias en el que el uso de psicofármacos es considerado malo y peligroso incluso si hacen sentir bien al consumidor.

## Relación con el antidepresivo

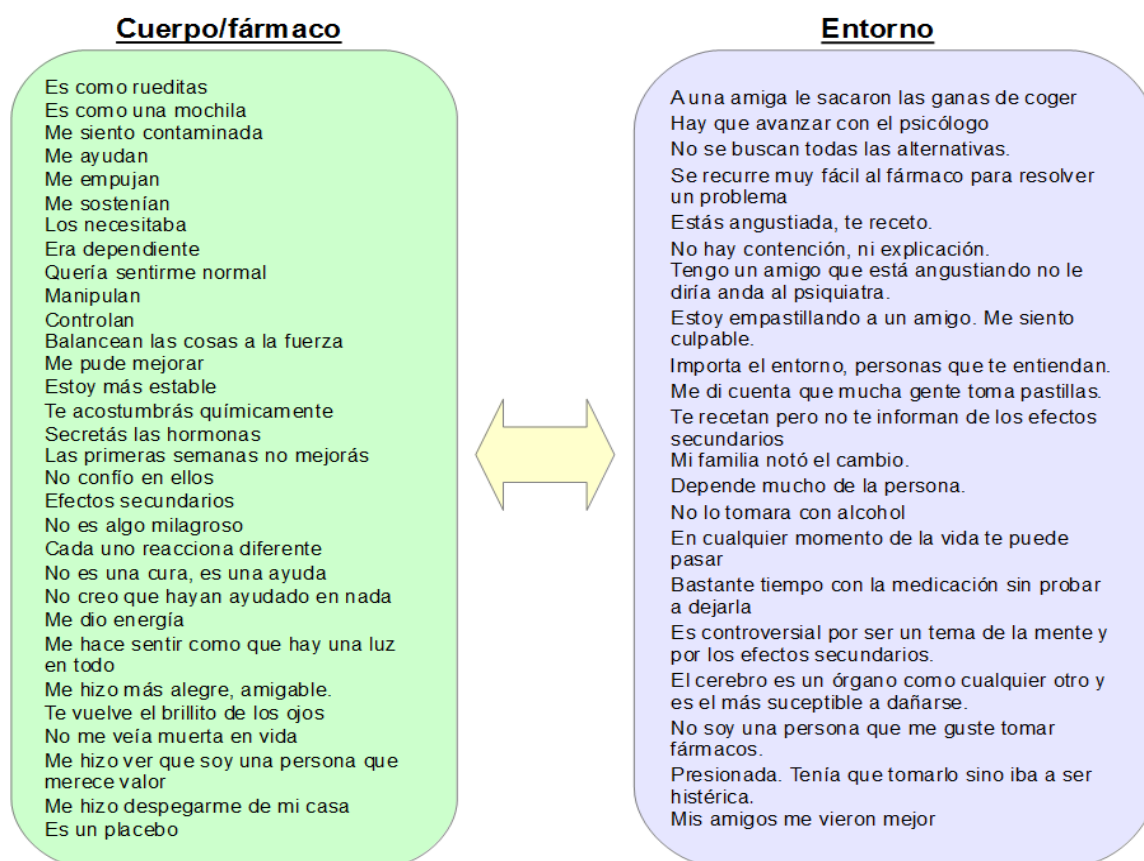


Fig. 8 Expresiones acerca de la relación cuerpo/fármaco y sobre el entorno.

El empezar a tomar psicofármacos cambia la perspectiva de como uno ve su “enfermedad”. Inicia un potencial proceso de transformación y puede desatar algunas preguntas que ponen en duda : ¿Quién soy? ¿Cómo me he convertido en la persona que soy? ¿Hasta que punto estoy en control de mis emociones, pensamiento y percepciones? (Karp, 2006).

*“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 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”*

## Entrevistada 16

Aquí vemos como a través del uso de antidepresivos se produce una desterritorialización de la categoría de depresión, cambiando su relación con ella, subjetivándose en una nueva identidad, “no estoy siendo yo, es la depresión la que está hablando”. Los antidepresivos no otorgan una felicidad ficticia o artificial -este es uno de los mitos que ha circulado desde su surgimiento-, sino prometen, como mucho, el reestablecimiento de un self “perdido”. (Rose, 2007). En este sentido, el consumo de psicofármacos lejos de reducirse al evento de la toma de medicación implica autoanálisis, autoescrutinio e introspección.

*“Ehhh primeramente creo que fue el hecho de quererme a mí. Era como que, antes de tomar antidepresivos **estaba en una constante guerra porque no entendía quien era yo**, y cuando empecé con el antidepresivo directo, cuando empecé con la sertralina, **tuve una revolución en el sentido de decir dejá de lastimarte a vos misma con la negatividad.**”*

Entrevistada 11

## Toma de medicación

Parte del consumo de antidepresivos implica el encuentro diario con el fármaco (McLeod, 2014), un evento recursivo. Ciertos procesos reflejan una habituación gradual. La habituación misma hace no solo que el antidepresivo tenga diferentes efectos sobre el organismo, sino que la persona se habitúa a qué es lo que causa en ella y planea cuando las va a tomar en función de que es lo que quiere hacer en ese momento. Podemos notar también la territorialización del agenciamiento a nivel espacial. Una gran parte de las entrevistadas 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

***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 esea. Y después, después las tomaba tipo, rigurosamente. No me olvidaba nunca de las pastillas.”*

Entrevistada 2

En virtud de las explicaciones proveídas en cuanto al funcionamiento de los antidepresivos he elaborado los siguientes tipos ideales como abstracción heurística en base a las explicaciones provistas por las entrevistadas en dos ejes, medicalización y valoración. Desde luego muchas explicaciones coexisten dentro de una misma visión teniendo más o menos influencia:

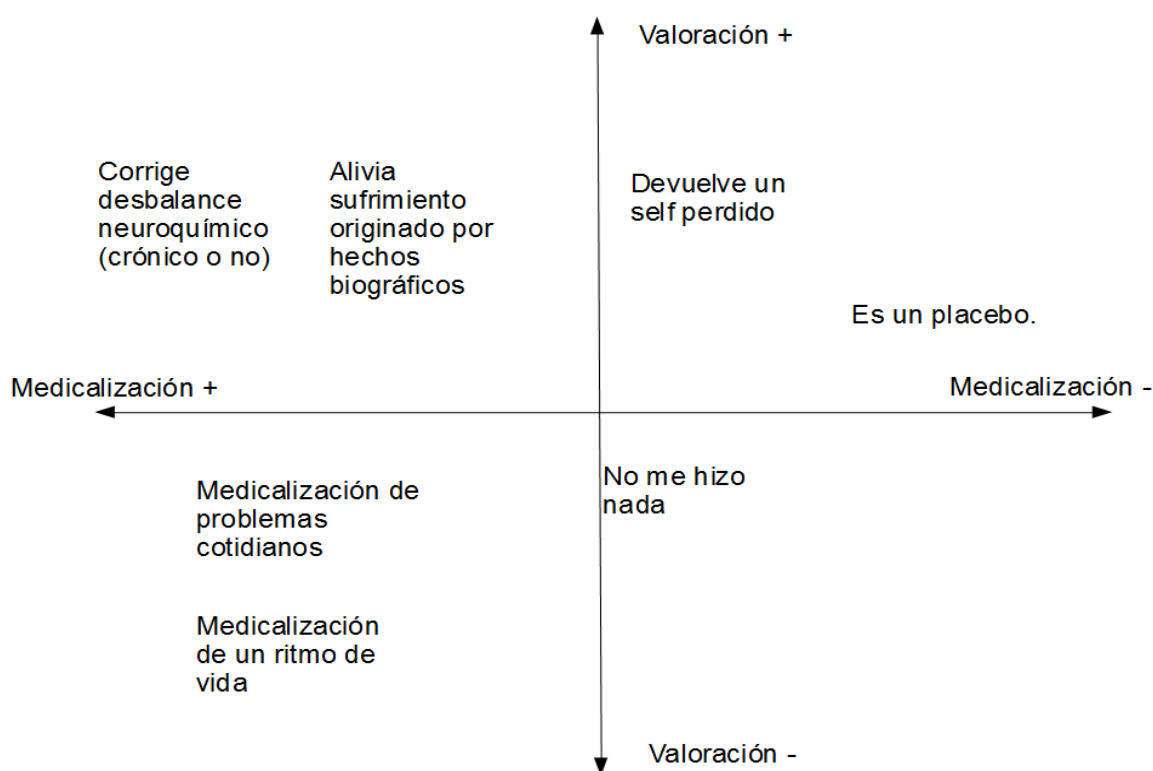


Fig. 9 Explicaciones del funcionamiento del antidepresivo según valoración y medicalización

**Corrección de desbalance neuroquímico o no:** Si se acepta la hipótesis serotoninérgica su valoración es positiva y es un estado medicalizado

**Alivia sufrimiento originado por hechos biográficos:** Se puede ubicar al sufrimiento en relación con un determinado hecho biográfico. En la medida en que permiten a la persona poder continuar su vida la valoración suele ser positiva. También es un estado medicalizado.

**Medicalización de problemas cotidianos:** Esto puede ser desde el vivir en ambientes familiares hostiles, hasta la reacción a una pérdida familiar. La característica fundamental es que el antidepresivo figura como innecesario ya que la solución sería o eliminar cierto tipo de estresores, o atravesar la situación que se reestablecerá por si mismo ya que son experiencias normales de la vida (Horwitz y Wakefield, 2007) . Es un estado medicalizado pero la valoración es negativa.

**Medicalización de un ritmo de vida o problemas sociales:** A menudo da explicaciones como que se vive de una manera muy instantánea, no se tienen vínculos reales con el resto, hay poca preocupación por el otro. Es un estado medicalizado pero la valoración es negativa.

**Devuelve un self perdido:** El antidepresivo lo que hace es devolver un yo que la persona ha perdido. Ya que no se define en términos de enfermedad sino de identidad, hemos decidido ubicar esta explicación como menos medicalizadora que las otras y con una valoración positiva.

**Es un placebo:** El antidepresivo no hace nada a nivel del cuerpo, su eficacia es simbólica, por ende es una explicación no medicalizada y su valoración positiva.

**No me hizo nada:** Autoexplicativa. No medicalizada y la valoración desde luego negativa.

## Conclusiones

El presente trabajo fue comenzado cuando aún en Uruguay regía la Ley del Psicópata de 1936<sup>4</sup> y en un contexto de debate frente a los dos proyectos de ley que aparecían como posibles sucesores. Uruguay recién ha podido actualizar su marco normativo y nuevamente ha predominado un enfoque biomédico. Hasta hace poco a los usuarios de salud mental -los participantes nuestro proyecto- los regía una ley que los catalogaba como psicópatas. Si tal ha sido la lentitud con la que ha cambiado nuestro marco normativo, poco sorprende que la experiencia transversal a nuestros entrevistados sea la experiencia del estigma y su asociación con la locura. Algunos pasaron por internaciones y diferentes eventos que los marcaron, mientras que otros un día perdieron “la chispa” y “todos los caminos los llevaron a ver a un psiquiatra”. Interrupciones, efectos secundarios, cambios de medicación, cambios de dosis, cambios de psiquiatra, cambio de mutualista, repetición, hábito, tomar todos los días en el mismo cuarto de la casa, mirando la cama, mirando el espejo del baño, sosteniendo el vaso de agua que siempre está en la mesa de luz, buscándolos en el pastillero. Multiplicidad de experiencias y sufrimientos. Soluciones tecnológicas para ellos que lejos de figurarse como panacea se figuran como una ayuda. Soluciones tecnológicas diseñadas en laboratorios del otro hemisferio, importadas como se importan el resto de las cosas. Modulación de los afectos quizás, optimización un poco más difícil de creer. Bastante lejos de ser felicidad artificial.

Existe una línea de trabajos (Cvetkovich, 2012; Fisher, 2009) que han apelado a la repolitización de la depresión y la salud mental. Estos señalan como desarrollos de la psicofarmacología y la neurobiología como ontología dominante han colocado al sufrimiento psíquico como un problema químico-biológico individual e imposibilitado el surgimiento de explicaciones sociopolíticas de esta, dando lugar a un proceso de privatización del estrés altamente lucrativo para la industria farmacéutica.

Por otro lado, la falta de reconocimiento (Honneth, 1997) que sufren los consumidores de antidepresivos se correlaciona con una falta de autoestima y pérdida de confianza en sí mismos, pero también pueden sufrir tanto pérdidas morales, desvalorización, pérdida de derechos, etc. La situación se torna un tanto más difícil en tanto esta experiencia de falta de reconocimiento no se transforma en una experiencia compartida con otros semejantes, es decir, no se forman vínculos entre consumidores de antidepresivos más allá de personas muy cercanas a nivel afectivo como pueden ser amigos. Se hace más necesario un involucramiento activo de usuarios de salud mental como voces legítimas en la arena pública y política -y la garantía de condiciones para que esto suceda- para contrarrestar su estigmatización y silenciamiento.

## Bibliografía

Blanchet, A. (1989): *Entrevistar* en Blanchet, A.; Ghiglione, R.; Massonannat, J.; Trognon, A.: *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Narcea SA Ediciones, Madrid.

Barrán, J. P. (1992): *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Ed. de la

---

<sup>4</sup><https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4897483.htm>

Banda Oriental. Montevideo.

Barrán, J. P. (1993): *Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya*. en AA.VV. (1993): La medicalización de la sociedad. Editorial Nordán. Montevideo.

Bastide, R. (2005): *Sociología de las enfermedades mentales*. Siglo XXI Editores. Argentina.

Bayce, R. (1993): *El devenir histórico del poder y prestigio sociales del médico* en AA.VV. (1993): La medicalización de la sociedad. Editorial Nordán. Montevideo.

Becker, H. (2009): *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación*. Siglo XXI. Buenos Aires Argentina.

Bentura, C. (2011): *Algunas reflexiones sobre la "enfermedad mental" en la contemporaneidad*. Sociedade em Debate, Pelotas, 17(2): 41-67, jul.-dez./2011

Bielli, A. (2012): *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000)*. UdelaR, Montevideo.

Bielli, A. (2016): *Los estudios farmacéuticos: alcances y limitaciones de un campo de indagación emergente*. TRILOGÍA. Ciencia. Tecnología y Sociedad, 8(13), 27-42.

Carponi, s. (2009): *Un análisis epistemológico de la depresión* en Interface (Botucatu) vol.13 no.29 Botucatu Apr./June 2009. On-line version ISSN 1807-5762.

Castel, R. (1980): *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. La Piqueta. Madrid.

Castillo-Sepúlveda, J. (2015): *Identidad y equipamientos en colectivos biosociales: una lectura semiótico-material* en Summa Psicológica Ust Vol. 12, No.1, pp. 51-61

Conrad, P. (2007): *The medicalization of society*. John Hopkins University Press. EEUU.

Cvetkovich, A. (2012): *Depression: a public feeling*. Duke University Press. EEUU.

Delanda, M. (2006): *A New Philosophy of Society: Assemblage Theory and Social Complexity*. Penguin. EEUU.

Deleuze y Guattari (2006): *Mil mesetas: Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-Textos, Valencia.

Deleuze, G. (1991): *Posdata sobre las sociedades de control* en Ferrer comp. El lenguaje literario

Drengson, A.R. (1984) : *The sacred and the limits of the technological fix*. Zygon, Estados Unidos

Dreyfus, H. y Rabinow P. (2001): *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Nueva Visión. Buenos Aires

Ellul, J. (1980): *The Technological System*. Continuum Publishing Company. New York

Fisher, M. (2009): *Capitalism realism: is there no alternative?*. Zero Books. Gran Bretaña.

Foucault, M. (1991): *Historia de la Sexualidad*. Siglo XXI. Argentina

Foucault, M. (1993): *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Tomo 1. Fondo de Cultura Económica. Colombia.

Foucault, M. (1983): *El Sujeto y el Poder*. Postscriptum en Dreyfus, H. y Rabinow P. (1983): Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Nueva Visión. Buenos Aires

Foucault, M. (2003): *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica*. Siglo XXI. Argentina.

- Fox, N. y Aldred, P. (2015): *New materialist social inquiry: designs, methods and the research-assemblage*. International Journal of Social Research Methodology Vol. 18, No.4, 399-414
- Fox, N. y Ward, K. (2008): *What are health identities and how we may study them?*. Sociology of Health & Illness Vol. 30 No. 70 ISSN 0141-9889, pp. 1007-1021
- Goffman, E. (1970): *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Goffman, E. (2008): *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Gómez, Rocío (2016): *Pequeño Manifiesto sobre el Género Neutro* en Castellano. Primera edición. Disponible en: <https://linguaultrafinitio.files.wordpress.com/2016/04/pequec3b1o-manifiesto-sobre-el-gc3a9nero-neutro-en-castellano.pdf>
- Healy, D. (1997): *The antidepressant era*. Harvard Press. EEUU.
- Healy, D. (2004). *Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves*. *Social Studies of Science*, 34(2), 219-245. Retrieved from <http://www.jstor.org.proxy.timbo.org.uy:443/stable/3183043>
- Honneth, A. ([1992] 1997): *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Editorial Crítica- Grijalbo. Barcelona.
- Horwitz A. y Wakefield J. (2007): *The loss of sadness: How Psychiatry transformed normal sorrow into depressive illness*. Oxford University Press. New York.
- Illich, I. (1975): *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barral Editores. Disponible en: <http://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>
- Junta Nacional de Drogas (2016): *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: Informe de Investigación*. Disponible en: [http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609\\_VI\\_encuesta\\_hogares\\_OUD\\_ultima\\_r ev.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_r ev.pdf)
- Karp, D. (2006): *Is it me or my meds?: living with antidepressants*. Harvard University Press. EEUU.
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.
- Le Breton, D. (n/d): *Desaparecer de sí: Una tentación contemporánea*. Siruela. Biblioteca de Ensayo 86 serie mayor.
- Le Breton, D. (1999): *Antropología del Dolor*. Editorial Seix Barral. Barcelona.
- Malins, P. (2004): *Machinic Assemblages: Deleuze, Guattari and an Ethico-Aesthetics of Drug Use*. University of Melbourne. Disponible en: <http://www.janushead.org/7-1/malins.pdf>
- Massumi, B. (1992): *A user's guide to Capitalism and Schizophrenia: Deviations from Deleuze and Guattari*. MIT Press. Cambridge.
- Massumi, B. (2015): *Politics of Affect*. Polity Press. Cambridge.
- McLeod, K. (2014): *The missing work of collaboration: Using assemblages to rethink antidepressant action*. Contemporary Drug Problems N°4, Melbourne.



Moynihan, R., Heath, I y Henry D. (2002): *Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering*. British Medical Journal Vol. 324, No. 7342 (Apr. 13, 2002), pp. 886-890

Nietzsche, F. (1981): *La gaya Ciencia*. México: Ed. Mexicanos Unidos, 1981.

Oksanen, A. (s/f): *Deleuze and the theory of addiction*. Journal of Psychoactive Drugs 45

Rose, N. (2007): *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press. EEUU.

Scribano, A. (2012): *Sociología de los cuerpos/emociones* en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. No. 10 Año 4 . Diciembre 2012-Marzo 2013. Argentina

Spinoza, B. (1980): *Ética demostrada según el orden geométrico*. Editorial Nacional. Madrid.

Stewart, K. (2007): *Ordinary Affects*. Duke University Press. EEUU:

Techera, A. , Apud, I. y Borges, C. (2009): *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Grupo Arte y Salud. Facultad de Psicología UdelaR. Montevideo.

Zola, I. K. (1972): *La medicina como institución de control social*. En: De la Cuesta (comp.): Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Universidad de Antioquia, Antioquia.