



Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos

Subjectivity and autonomy: meanings and narratives with respect to discontinuing psychiatric drugs

Tatiana Castillo Parada¹

¹Antropóloga. Investigadora militante, Centro de Estudios Locos. Coordinadora, Cátedra Libre Franco Basaglia, Chile. ✉ 

RESUMEN El objetivo de este trabajo fue reconstruir los significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos, considerando las estrategias para abandonar su consumo y los procesos de construcción de identidad en torno a ello. En 2015, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad a cinco personas de Santiago de Chile con experiencias de diagnóstico psiquiátrico, que tuvieron tratamiento farmacológico durante ocho años o más y que discontinuaron el uso de fármacos psiquiátricos como mínimo un año. Los resultados muestran que existen barreras institucionales que limitan el derecho a abandonar el tratamiento, por lo tanto, se realiza de forma autónoma a través de un proceso íntimo y personal, utilizando estrategias de autoayuda y de apoyo social. A su vez, la discontinuación de psicofármacos se asocia a la construcción de una identidad de “ex usuario” recopilando saberes en torno a la figura de experto por experiencia en el campo de la salud mental.

PALABRAS CLAVES Salud Mental; Tratamiento Farmacológico; Antropología Médica; Derechos Humanos; Apoyo Social; Chile.

ABSTRACT The objective of this work was to reconstruct the meanings and narratives surrounding the process of discontinuing psychiatric drugs, taking into account the strategies used to abandon these drugs and the processes of construction of identity. In 2015, in-depth semi-structured interviews were conducted individually with five people from Santiago, Chile who had experiences of psychiatric diagnosis, who received treatment with psychiatric drugs during eight or more years, and who discontinued the use of psychiatric drugs for at least one year. The results show the existence of institutional barriers which limit the right to abandon treatment; therefore, people do so autonomously through intimate and personal processes utilizing self-help and social support strategies. At the same time, discontinuing psychiatric drugs implies the construction of a “former user” identity, concentrating knowledge in the figure of expert by experience in the mental health field.

KEY WORDS Mental Health; Drug Therapy; Medical Anthropology; Human Rights; Social Support; Chile.

INTRODUCCIÓN

El aumento de diagnósticos psiquiátricos y la prescripción de psicofármacos es una tendencia a nivel mundial⁽¹⁾. En gran parte del mundo occidental, el sistema de salud mental prioriza el acceso al tratamiento farmacológico por sobre los abordajes psicosociales y comunitarios^(2,3). Al respecto, tal como expresa Moncrieff⁽⁴⁾, la vinculación de las personas con los servicios de salud mental se articula en torno a los psicofármacos. Junto con ello, el consumo masivo de medicamentos psiquiátricos ha implicado un aumento de las rutinas represivas y lógicas manicomiales en los procesos de atención psiquiátrica⁽⁵⁾.

En Chile, a pesar de la implementación del modelo comunitario de salud mental desde la década de 1990, sigue primando una lógica autoritaria y vertical desde la mirada psiquiátrica⁽⁶⁾. De acuerdo a esta jerarquía, se mantiene y profundiza el modelo biomédico y, en el marco de un enfoque comunitario, persiste la prioridad del tratamiento farmacológico como eje de la atención ambulatoria en salud mental⁽⁷⁾. Frente a este escenario, la construcción de un *Manual de derechos en salud mental* desde la perspectiva de usuarios y ex usuarios, ha señalado la importancia del consentimiento libre e informado, un documento escrito centrado en las necesidades de la persona, que resguarde su autonomía en la toma de decisiones respecto al consumo de psicofármacos⁽⁸⁾.

Desde una mirada crítica en el campo de las ciencias sociales, las prácticas y discursos asociados a la psiquiatría de orientación biológica resultan controversiales debido a la creciente medicalización de la subjetividad, proceso que anula la dimensión sociocultural de los padecimientos subjetivos⁽⁹⁾. En la medida que en la disciplina psiquiátrica no hay una relación directa y unívoca entre diagnóstico clínico y tratamiento farmacológico sin una mediación de factores sociales y culturales, el uso abusivo de psicofármacos en la sociedad contemporánea no puede ser analizado críticamente sin considerar factores económicos y políticos⁽⁹⁾. Al respecto,

el ámbito de estudio de la antropología permite comprender las prácticas culturales bajo las cuales el consumo de medicamentos se presenta como un fenómeno socialmente situado⁽¹⁰⁾. Bajo esta perspectiva, el estudio del uso de psicofármacos no puede ser reducido a las prácticas institucionales, sino que debe considerar las experiencias asociadas a su consumo, que implican una narrativa social y una interpretación simbólica. En este contexto, el estudio de la relación psicofármacos y subjetividad tiene un lugar esencial para comprender los significados y narrativas de las personas respecto a su experiencia de consumo y discontinuación.

En este sentido, una serie de estudios han abordado los testimonios de personas que han vivido la experiencia de la psiquiatrización y, al no recibir apoyo por parte de la atención profesional, no adhieren al tratamiento y dejan de asistir a los servicios de salud mental^(11,12,13,14,15,16). Junto con ello, investigaciones recientes se han enfocado en abordar la dimensión subjetiva del consumo de psicofármacos, enfatizando la percepción de efectos adversos, así como las estrategias que posibilitan la suspensión de la medicación psiquiátrica^(17,18,19,20,21,22,23). Cabe señalar que este ámbito de la realidad social no ha sido explorado en profundidad, en la medida que las experiencias en primera persona en salud mental, muchas veces son negadas e invisibilizadas, generando así un tipo de “monólogo vertical” sobre las personas que asisten a los servicios, predominando la perspectiva de los profesionales y otros actores institucionales⁽²⁴⁾.

En este contexto, la disciplina antropológica representa un campo de estudio relevante para comprender los saberes y experiencias de colectivos sociales que han abandonado los servicios de salud mental, así como los significados personales y colectivos que propician una resistencia por parte de ellos, en el marco de las construcciones culturales que dan cuenta del consumo y discontinuación de psicofármacos en la sociedad contemporánea. Bajo estas premisas, la presente investigación aborda los modelos explicativos y marcos de significados de las personas acerca de su experiencia subjetiva

consumiendo psicofármacos, considerando las percepciones y narrativas que forman parte de su repertorio interpretativo en torno al tratamiento psiquiátrico recibido, así como las estrategias para abandonar el uso de psicofármacos y los procesos de construcción de identidad en torno a ello.

Marco conceptual

La antropología médica o de la salud estudia los factores sociales y culturales en los procesos de salud y enfermedad, así como la construcción teórica y conceptual de las enfermedades y los sistemas médicos⁽²⁵⁾. Una corriente de esta subdisciplina, denominada clásica, se expresa en los trabajos de Arthur Kleinman^(26,27), quien planteó el concepto de *modelos explicativos* para las enfermedades y los tratamientos utilizados en los procesos médicos, de los que distingue dos tipos: por un lado, el modelo explicativo de los profesionales y, por otro, el modelo perteneciente a los pacientes, destacando que ambos interactúan y tienen un rol fundamental en el sistema de salud. De esta forma, Kleinman⁽²⁷⁾ comprende el modelo biomédico como un sistema cultural, que representa solo un modelo explicativo posible, como la representación biomédica de la disfunción biológica, relativizando así su lugar de certeza, verdad y racionalidad.

Es a partir de este enfoque netamente culturalista, propio de la antropología médica clásica, que surgirá una nueva perspectiva que no comprenderá el problema de la relación médico-paciente en el ámbito de comunicación entre ambas partes, sino a partir de las relaciones desiguales de la estructura social⁽²⁵⁾. Esta vertiente denominada antropología médica crítica, comprenderá los asuntos de la salud a raíz de las fuerzas económicas y políticas que forman las relaciones, el comportamiento social, generan significados sociales y condicionan la experiencia colectiva; e intentará unir las comprensiones del nivel macro de la política-económica con el nivel micro de la subjetividad e intersubjetividad que estudia la antropología.

De esta forma, se plantea que una antropología médica aplicada críticamente, primero debe separarse y no identificarse con los intereses convencionales de la biomedicina, sino que debe desafiar la hegemonía biomédica⁽²⁸⁾. En su vertiente latinoamericana, Eduardo Menéndez^(29,30), reprochará la importancia de centrar los estudios de la antropología médica solo sobre la estructura de significados, dejando en segundo plano el análisis de la estructura social; análisis que permitirá develar las condiciones desiguales y de diferenciación a las cuales están sujetas las relaciones sociales. A partir de estas premisas, Menéndez⁽³¹⁾ desarrollará el concepto de *modelo médico hegemónico*, cuyos rasgos principales se expresan en el biologicismo, ahistoricidad, individualismo, relaciones verticales, participación subordinada, exclusión de saberes y prácticas no médicas, medicalización de los problemas y control social e ideológico. A partir de este cuestionamiento, se vislumbra que es insuficiente expresar que el discurso médico se encuentra socialmente construido, sino que es necesario reconocer que está construido de manera que solo produce significados convencionales y resonantes con la ideología dominante^(32,33). Por lo tanto, frente a este marco de dominación, la antropología médica crítica debe dar a conocer las voces subalternas de los marginados que históricamente han sido silenciados⁽³⁴⁾.

Esta perspectiva, en el campo de la antropología, tiene coherencia con el desarrollo conceptual e histórico de la antipsiquiatría, movimiento social que reúne diversas corrientes críticas y perspectivas alternativas en el campo de la salud mental⁽³⁵⁾. El punto de encuentro se puede interpretar de mejor forma en torno al desarrollo de diversas organizaciones de “ex pacientes” o “sobrevivientes de la psiquiatría” que surgen en la década de 1970 en EEUU, Canadá y el Reino Unido, dedicadas al activismo, resistencia y protesta contra la psiquiatría dominante⁽³⁶⁾. Actualmente, el movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría” se opone a la medicalización del malestar subjetivo y el uso abusivo de psicofármacos, alcanzando logros muy relevantes al cuestionar el poder

dominante de la psiquiatría. Al respecto, han señalado la importancia de erradicar los ingresos involuntarios y el tratamiento psiquiátrico forzoso, estableciendo la garantía de que cada persona tiene derecho a decidir libremente si desea o no recibir servicios psiquiátricos⁽³⁷⁾. Del mismo modo, los valores y principios de este movimiento como la autodeterminación, la autonomía y la capacidad de cada persona de elegir por sí misma lo que es mejor para su vida, siguen plenamente vigentes para las organizaciones de defensa de derechos humanos en el campo de la salud mental y la discapacidad psicosocial⁽³⁸⁾.

A su vez, el movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría” ha mostrado la necesidad de construir alternativas a la psiquiatría convencional, señalado que las personas que han vivido la experiencia de la psiquiatrización pueden apoyarse mutuamente en un entorno que les permita potenciar colectivamente sus capacidades^(39,40). Esta tradición, al crear espacios de encuentro y colaboración entre personas con experiencias compartidas en el sistema psiquiátrico, se expresa en la actualidad a través de agrupaciones que, con base en los principios del apoyo mutuo, autoayuda y fortalecimiento comunitario, desarrollan alternativas a los sistemas de salud mental tradicionales^(41,42).

A partir de estas teorizaciones, la antropología médica crítica y la antipsiquiatría representan un aporte conceptual relevante en salud mental, al promover el reconocimiento de aquellos sujetos que han sido marginados por la biomedicina –y, en particular, la psiquiatría de orientación biológica– y que han decidido rechazar la ayuda por parte del sistema de salud mental y crear alternativas más allá de los modelos dominantes o institucionalizados.

METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo cualitativa, interpretativa y exploratoria. Se inscribe, de manera general, en el paradigma construccionista, el cual supone que los

significados que configuran y dan sentido a la realidad surgen de los procesos de interacción social y son mediatizados por el lenguaje⁽⁴³⁾. El enfoque cualitativo de esta investigación, permite la captación de la perspectiva de los propios sujetos, las definiciones que tienen respecto a su entorno social y los significados acerca del fenómeno de estudio⁽⁴⁴⁾.

Respecto de la técnica de producción de datos, se realizaron cinco entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad, de una a dos horas de duración, grabadas en audio y posteriormente transcritas. Cada participante firmó un formato de consentimiento informado en el que se solicitaba la utilización del contenido de la entrevista con fines académicos y en el que se señalaba que los nombres serían cambiados para mantener confidencialidad ante la información entregada.

La selección de los participantes fue intencionada. Se consideraron sujetos que cumplieran con ciertos criterios específicos relevantes para los objetivos de la investigación⁽⁴⁵⁾. Estas características refieren a personas con experiencia de atención de salud mental, diagnosticadas y tratadas con psicofármacos durante ocho años o más, y que hubieran discontinuado el consumo de psicofármacos como mínimo un año al momento de la entrevista.

La Tabla 1 presenta la edad, diagnósticos recibidos, período de consumo de psicofármacos y el número de años luego de discontinuar el tratamiento, según la información entregada por los cinco participantes (una mujer y cuatro hombres) que integraron la investigación.

Para el análisis de datos se utilizó el método de análisis de contenido a partir de un proceso de codificación abierta, en tres etapas: la simplificación de la información que implica la selección de los textos más importantes en concordancia con la investigación, luego el proceso de categorización de la información obtenida que permite el ordenamiento de las distintas temáticas abordadas, las que finalmente son reducidas a unidades simples y manejables⁽⁴⁵⁾. De esta manera, la presente investigación favorece un acercamiento a las perspectivas de los participantes

Tabla 1. Características de los entrevistados.

| Entrevistado | Edad | Diagnósticos | Tratamiento farmacológico | Número de años con tratamiento | Número de años sin tratamiento |
|--------------|------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| María | 32 | Depresión Anorexia nerviosa Esquizofrenia | Ansiolíticos Antidepresivos Neurolépticos Anticonvulsivos | 13 | 6 |
| Claudio | 48 | Neurosis de carácter Depresión Mayor Trastorno de personalidad Trastorno afectivo bipolar | Neurolépticos Ansiolíticos Antidepresivos Anticonvulsivos | 8 | 1 |
| Alonso | 52 | Neurosis fóbica Esquizofrenia | Antidepresivos Neurolépticos | 12 | 4 |
| Enrique | 52 | Esquizofrenia paranoide aguda | Neurolépticos Ansiolíticos Antidepresivos Anticonvulsivos Anticolinérgicos | 10 | 23 |
| Pablo | 61 | Esquizofrenia paranoide Trastorno bipolar | Neurolépticos Anticonvulsivos | 28 | 7 |

Fuente: Elaboración propia.

de acuerdo a una codificación del texto de las entrevistas y el proceso interpretativo de la información obtenida.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de acuerdo a cinco categorías: 1) experiencias de vida y atención psiquiátrica, 2) vivencias en torno a la psiquiatrización, 3) experiencias adversas del consumo de psicofármacos, 4) narrativas y prácticas asociadas a la discontinuación de psicofármacos, y 5) identidad de "exusuario" como experto por experiencia.

Experiencias de vida y atención psiquiátrica

En esta categoría se contemplan las percepciones acerca del origen del malestar subjetivo influenciado por el contexto social y los diversos componentes que originan la primera atención en psiquiatría. Según lo expuesto por los entrevistados, sus primeros acercamientos con el sistema de salud mental

se enmarcan en eventos particulares en su vida individual o familiar, como también en diferentes ámbitos de la vida social, expresando un marco explicativo de cómo influyeron las circunstancias sociales en sus procesos de psiquiatrización.

Un participante mencionó cómo la violencia intrafamiliar afectó su decisión de buscar refugio en el consumo de drogas, dando paso al desarrollo de un delirio místico por abuso de sustancias, lo que conllevó a su primer ingreso psiquiátrico:

El problema es que empecé a experimentar con drogas colinérgicas que son muy alucinatorias [...] así que yo creo que eso influyó en parte sumado a la, digamos, a las malas relaciones familiares y fue un espiral que me llevó a eso. (Enrique)

En el caso de una participante, los primeros encuentros con la psiquiatría se relacionaron a la separación de padres:

Entonces yo era regalona de mi papá, primero me dice que se separan después me dice que se va, yo vi muchas cosas, creo que cambió mi vida muy rápido y por lo que me acuerdo, me cerré,

me volví muy introvertida, yo era muy extrovertida y me volví muy introvertida.
(María)

De forma similar, otro entrevistado experimentó la separación de sus hijos:

Cuando mis hijos se fueron a Estados Unidos y pasó todo ese proceso largo que no los pude ver en nueve años y todo ese cuento, ahí ya empecé a decaer, decaer, decaer. Y ahí ya vino todo el proceso de psiquiatras, de internaciones y posteriormente el tema del diagnóstico.
(Claudio)

A su vez, otros entrevistados mencionaron dificultades para desempeñar roles sociales en el ámbito de estudio:

Yo estaba estudiando lingüística, inglés y resulta que me fue mal y ahí quedé en el aire, literalmente quedé en el aire. Recuerdo que tenía una actitud de rebeldía y a la vez tenía miedo, o sea y yo cuando entré a la universidad pensé “a mí me va a ir mal”, pero entré porque quedé y no sabría cómo explicarle porque llevé una vida como lo menos, llamémoslo traumático, si llamamos trauma el hecho de sentir que me iba a ir mal en la universidad entonces seguí en un estado como de lo más pausado posible. (Alonso)

O en el ámbito laboral:

Me acuerdo que ahí hubo un cambio de vida el 77. La verdad es que siempre fui flojo, para mí eso de trabajar, salir a trabajar, para mí es tontera po, yo no trabajaba. (Pablo)

En definitiva, se observa un proceso reflexivo por parte de las personas en torno a sus experiencias, que posibilita una comprensión de los procesos sociales que orientaron y estuvieron en la base de su primera consulta en psiquiatría.

Vivencias en torno a la psiquiatrización

Esta categoría se compone de las percepciones de los participantes en torno a sus experiencias de atención de salud mental, y se refiere a los procedimientos recibidos y los dispositivos existentes al inicio del proceso de psiquiatrización y sus vivencias en torno a prácticas de violencia institucional en primera persona.

Ante los sucesos de malestar subjetivo, las personas buscaron activamente un marco explicativo para comprender sus experiencias y es por ello que recurrieron a los dispositivos de salud, para obtener una respuesta. En el ámbito de la salud mental, este malestar es asignado a algún tipo de diagnóstico psiquiátrico o categoría de “enfermedad mental”. Al respecto, se puede destacar la experiencia de un entrevistado:

Al principio, para mí fue una respuesta recibir el diagnóstico dentro de la lógica de asimilar u homologar enfermedad física con enfermedad mental, que es un error, pero como uno va al médico para que le digan que es lo que tiene y ojalá le den un tratamiento, entonces para mí tuvo sentido preguntarle al médico qué es lo que tenía y que me diera un diagnóstico y que me diera un tratamiento. Entonces, uno se identifica con eso y lo justifica y le hace sentido porque lo único que escucha en los círculos que están alrededor de la biomedicina es eso. (Claudio)

En los relatos de los participantes es común la gran variabilidad de los procesos diagnósticos. Los participantes manifestaron haber sido diagnosticados con diversas etiquetas, como refiere un entrevistado:

Yo preguntaba y me decían: “no, tiene una depresión reactiva”. Después vi la ficha clínica y decía depresión reactiva, depresión mayor, trastorno de la personalidad con rasgos narcisistas, y una vez alguien puso entre paréntesis con signo de interrogación TAB, trastorno afectivo

bipolar, como que tenía la duda sí era eso. Le pregunté a este loco qué es lo que tenía y él me dijo: "No, lo que tú tienes se llama trastorno afectivo bipolar o bipolaridad tipo 2". (Claudio)

Otras experiencias asociadas al diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, son los ingresos en hospitales psiquiátricos o unidades de psiquiatría en hospitales generales. En este contexto, no es menor el aspecto de vulneraciones de derechos, especialmente la utilización de terapia electroconvulsiva (TEC), prácticas de contención mecánica y tratamiento farmacológico sin consentimiento:

Le pregunté a mi mamá si le preguntaron o le informaron sobre el tratamiento que me iban a hacer y me dice que no, que solo ella le estipuló, le encargó que no me hiciera electrochoque eléctrico, pero no le informaron que iba a ser de ese tipo, porque en general yo veía a los compañeros que estaban en tratamiento que tomaban pastillas, todos, y yo era el único, entre todos, que me inyectaban haldol. (Enrique)

Al respecto, los entrevistados sostienen que, en los ingresos psiquiátricos, la pérdida de memoria y el bloqueo mental son efectos recurrentes del tratamiento, al igual que las dificultades para recordar ciertos episodios por la experiencia de "dopaje" o de quedar "planchado".

Otras situaciones de vulneración de derechos se expresan en prácticas de ingreso involuntario:

Entonces me dice: "Tranquilo Pablo, te vamos a poner una inyección, vas a dormir bien", entonces me la colocó a la vena no sé, ¡pum! Desperté en Avenida la Paz. (Pablo)

Del mismo modo, la utilización de la entrevista clínica como instancia de formación para estudiantes sin consentimiento de la persona afectada:

Me hicieron entrar a un salón, así como un auditorio y entro así y estaba lleno de personas con batas blancas y yo en el escenario así con un loco acá y otro loco acá, un psiquiatra y me empieza a preguntar y yo digo: "¿y esto, de qué se trata?". "No, es que ellos están aprendiendo" y qué sé yo, y le digo, "ya, pero yo no quiero estar aquí ¿por qué no me preguntaron?". (Claudio)

En definitiva, este conjunto de prácticas juega un rol importante en las vivencias de violencia y abuso en el sistema de salud mental, experiencias comunes que aparecen en los relatos de los entrevistados.

Experiencias adversas del consumo de psicofármacos

Esta categoría contempla las experiencias negativas de las personas en torno al tratamiento farmacológico durante su proceso de psiquiatrización, mencionando los variados medicamentos que debían consumir y los efectos que generaban en su cuerpo y subjetividad.

Como se ha señalado, el tratamiento farmacológico representa un aspecto correlativo en salud mental junto a la recepción de un diagnóstico psiquiátrico. En particular, la relación entre diagnóstico y tratamiento en psiquiatría representa un aspecto inestable y cambiante (las personas suelen recibir más de un diagnóstico y más de un tratamiento a lo largo del tiempo). En este contexto, los efectos físicos y psicológicos producidos por los fármacos se superponen a las experiencias subjetivas. A partir de las vivencias relatadas, la variedad en el uso de fármacos es común, recibiendo diferentes tipos, en distintas combinaciones, cantidades y tiempos de uso, generando efectos complejos y disímiles en las personas, como señala un participante: "lo que me llamó la atención es que el médico experimentaba conmigo varios fármacos y diferentes combinaciones" (Enrique).

Un entrevistado, que consumió psicofármacos durante ocho años, menciona que

tomar diferentes fármacos fue un panorama cotidiano durante su tratamiento:

...llegué a tomar cuatro medicamentos distintos: un estabilizador de ánimo, la lamotrigina, un antidepresivo que es la venlafaxina, y en la noche tomaba dos más que es la zoplicona y la trazodona. Se supone que una es para inducir el sueño y lo otro es para profundizarlo, pero la trazodona la usan como ansiolítico, para un montón de cuestiones. (Claudio)

Otro participante también señala que le prescribieron diversos psicofármacos y buscó opciones para disminuir las dosis:

Me dan una interconsulta con un psiquiatra y este gallo me diagnostica una neurosis fóbica y ahí fue la primera vez que empecé con medicamentos me acuerdo. Claro, tomé imipramina y qué más... no me acuerdo de lo otro que era; claro que eran tres o cuatro medicamentos. Me acuerdo que entré con miedo a tomar medicamentos, claro... incluso los partía, intenté tomar menos. (Alonso)

Otro elemento refiere a la recurrencia del discurso psiquiátrico sobre la necesidad e importancia de mantener el tratamiento farmacológico para “evitar recaídas”, incluso sin considerar la evaluación negativa de la persona respecto al consumo de los medicamentos prescritos:

Me decía, es igual que la presión arterial, tienes que tomar medicamentos, una clorpromazina en la mañana y otra en la noche, vai a andar bien. Te puede dar una crisis más adelante, pero esas pastillas te van a proteger así que las crisis no van a ser tan profundas. Después tomé Meleril, eso me hizo mal. (Alonso)

De esta forma, los efectos adversos de los medicamentos son muy comunes, generando consecuencias diversas en las personas. Al respecto, se describen efectos de inquietud

motora intensa, “incomodidad permanente”, disminución de ciertos sentimientos cotidianos, presencia de pensamientos negativos como el deseo de morir, así como un estado de aplanamiento afectivo en que la persona no siente placer, dolor, tristeza. Así lo refiere un entrevistado:

Lo que yo sentía era que andaba como parejito, ni para arriba ni para abajo. Comparado con la quetiapina que es mucho más fuerte y tu andaí como detrás de un vidrio. Como que estuvieras en una cabina así y de ahí del vidrio todo pasa, pero a ti no te produce ninguna... no sé, ponte tú chocan ahí y tú en un estado normal te pasaría algo, te asustarías, pero con la quetiapina no pasa nada. No sentís nada po. No sentís nada emocionalmente, afectivamente, no sientes nada sexualmente, no pasa nada. Quedaí como un zombie. (Claudio)

Al respecto, otro entrevistado señala:

Ustedes quedan bloqueados [...] no pueden disfrutar ni siquiera de una melodía porque el fármaco les bloquea ese tipo de placer, por ejemplo. A mí me resultaba muy curioso la palabra amor porque no podía relacionarlo con nada, no tenía sentido para mí y ahora se sumaba la total falta de sentimiento, de sentido, de sentir nuevamente. Así que salí de la clínica y totalmente bloqueado, bloqueado. La vida pasaba por delante de mis ojos y no la podía procesar y ya caía en la desesperación y en la impotencia. (Enrique)

En este entramado, otro elemento a considerar es el denominado “efecto de resaca” de los psicofármacos, que se genera a partir de la discontinuación abrupta en un contexto en que la persona ha desarrollado dependencia al medicamento. Al respecto, un entrevistado relata la siguiente experiencia:

Yo me acuerdo sobre todo de la quetiapina que fue mucho y quedé tartamudo.

Estuve como seis meses tartamudo y yo lo atribuí a la quetiapina y la dejé de una y me fui a la cresta. Entonces, me tomé una caja de zoplicona y me encontraron tirado y me llevaron a la posta y me hicieron un lavado y qué sé yo y me llevaron de vuelta internado por intento de suicidio. (Claudio)

Sin embargo, cabe señalar que los psicofármacos no solo afectan la subjetividad, también producen efectos físicos sobre el cuerpo, por ejemplo, aumento excesivo de peso y dificultades para la realización de actividades cotidianas, como el simple acto de abrocharse los zapatos. Un entrevistado recuerda su experiencia de internación con el psicofármaco “haldol” al percibir los efectos del medicamento:

La primera semana, los primeros días, andaba tranquilo con el haldol, pero ya comenzaron a pasar los días y empecé a experimentar los efectos extra piramidales del haldol que son terribles. Disonía, tenía mucha disonía, o sea unas torsiones del torso muy violenta y acompañada de una angustia muy grande. (Enrique)

Un entrevistado menciona que con el consumo de psicofármacos sentía constantemente “un tipo de fierro que apretaba su cabeza”, ocasionando a su vez bloqueos mentales, dificultando los procesos de pensamiento e interacción social. Otro participante compara el efecto que le generaban los medicamentos con una contención mecánica, tratando de explicar su insatisfacción con los efectos que le provocaban: “Yo antes les decía a los psiquiatras ustedes me tienen amarrado, las pastillas como que amarran” (Pablo).

A partir de las experiencias adversas descritas por los entrevistados, se comprende el sentido y contexto que impulsaron la decisión de la discontinuación y abandono del consumo de fármacos psiquiátricos.

Narrativas y prácticas asociadas a la discontinuación de psicofármacos

Esta categoría describe el proceso de discontinuación de psicofármacos asociado a la decisión por parte de los entrevistados de abandonar el tratamiento. En este apartado se describen los factores implicados en el proceso y las estrategias asociadas a la interrupción del consumo.

Los motivos descritos por los entrevistados para abandonar el consumo de fármacos psiquiátricos fueron numerosos y diversos –algunos compartidos, otros más singulares– y no necesariamente influenciados por referentes externos o información científica, sino principalmente a través de las propias experiencias adversas con el uso de psicofármacos, iniciando un proceso de observación personal, tomando conciencia de experiencias negativas que no estaban siendo aliviadas por los medicamentos y más bien eran provocadas por ellos, así como la comprensión que no eran una estrategia de afrontamiento adecuada a sus necesidades y más bien, representaban un problema para el desempeño de roles sociales significativos. Al respecto, relata un entrevistado:

Los medicamentos son una barrera entre la persona y su rearmonización, su equilibrio, su verdadera participación social, no se puede. Con medicamentos no se puede. Digan lo que digan, no se puede hacer. Las personas podrán decir “yo conozco casos” y defienden los medicamentos. Puede hacer que te ayuden, pero lo que pasa es que tú funcionas a pesar de los medicamentos, es a pesar de los medicamentos y no te estás haciendo cargo del tema de fondo. Igual no te estás haciendo cargo del tema de fondo que es en este caso psicoafectivo. En ningún caso neurobiológico, ni químico, ni nada de eso. Por ejemplo, el caso mío fue el tema de la pérdida o la relación que tengo con la afectividad, la figura de padre, la figura materna, la figura de familia. Ese es el rollo mío. No tiene que

ver con medicamentos eso po. Otras personas que han sufrido violaciones, abusos, abandonos, ¿qué tiene que ver con medicamentos? (Claudio)

Del mismo modo, otra entrevistada refiere lo siguiente:

Pasaron como trece años en total, porque cuando ya tenía veinticuatro años yo estaba mejorando, estaba como bien, estable. Pero también estaba cansada de las pastillas porque sentía que las pastillas no me hacían nada. De hecho, me daba cuenta de cuando tomaba pastillas andaba como... me perdía del presente, andaba todo el día dopada y no quería andar dopada. (María)

Por otro lado, un entrevistado menciona que antes de comenzar su proceso de discontinuación comprendía el consumo de fármacos como una ayuda o beneficio hacia su problema, pero luego de mantenerse en tratamiento percibió una ausencia de relación entre su experiencia y los efectos esperados del medicamento:

Claro, yo a veces sentía que era una actitud de rebeldía fijate, pero con la risperidona no. Y ya con el meleril, con la tioridazina tampoco fue rebeldía porque me acuerdo que me había pasado lo mismo que con la risperidona y yo dije que a lo mejor esto era una depresión y voy a mantener la fluoxetina. Dejé el meleril y mantuve la flouxitina por una semana y seguí igual, entonces a raíz de eso pensé que no era un asunto de la depresión, entonces ahí las dejé también. (Alonso)

Sobre la discontinuación del tratamiento, efectos físicos y psicológicos –“efectos de resaca” o “efectos de abstinencia”– pueden manifestarse de formas diferentes en las personas, desde manifestaciones corporales o sensoriales, hasta el desarrollo de ideaciones suicidas y sentimientos de desesperanza por la dependencia hacia los medicamentos.

Al respecto, un entrevistado comparte su experiencia:

Físicamente tenía unas sensaciones muy raras. Eso era muy raro porque no me acuerdo qué medicamento era que dejé, pero me duró como una semana una sensación en que yo caminaba y cuando daba un paso, ese golpe que uno da cuando das un paso, yo sentía que por dentro yo me movía como gelatina. Del cerebro para abajo, era como que todo el cuerpo era líquido. (Claudio)

Por otra parte, respecto a la discontinuación, se señala que no basta la motivación y el deseo de detener el consumo de psicofármacos, en la medida que el denominado “efecto de resaca” representa un problema muy común para abandonar el tratamiento. Por ello, al momento de discontinuar el uso de fármacos psiquiátricos, los entrevistados sostienen que es conveniente realizarlo de manera lenta, reduciendo las dosis gradualmente. Se advierte además que es más compleja la discontinuación de ciertos fármacos que son usados como una herramienta de ayuda para realizar cierta actividad u objetivo (por ejemplo, conciliar el sueño o disminuir la ansiedad en espacios públicos), generando una dependencia mayor hacia el medicamento para llevar a cabo esas tareas.

En ese caso, se menciona que la persona queda en un estado de vulnerabilidad “al quedar al descubierto”, sin tener “el apoyo” de una sustancia que por mucho tiempo ocultó el origen del malestar, por lo que la discontinuación no consiste solo en abandonar los psicofármacos, sino que implica un proceso íntimo de descubrimiento personal, que requiere un tiempo de autoconocimiento y la búsqueda de alternativas de autoayuda para el “reemplazo” de estos medicamentos. En este sentido, se destacan factores socioculturales relevantes en el proceso de discontinuación:

No es fácil para la mayoría de las personas, sobre todo si la persona está haciendo el proceso manteniéndose

inserto en el sistema, me refiero al sistema, que trabaje, que tenga que cumplir un horario, ese tipo de trabajo o el trabajo de las mujeres, cuidar a los niños cuando no trabajen afuera. Las que trabajan solo en la casa cuidan a los niños, se hacen cargo de la casa y todo eso es mucho más difícil. (Claudio)

De esta manera, la exigencia de los roles impuestos de género afectaría la posibilidad de llevar adelante ese proceso íntimo y personal de discontinuación de fármacos psiquiátricos.

Otro de los impedimentos para llevar adelante el proceso de abandono del tratamiento psiquiátrico refiere a la ausencia de modelos para discontinuar el consumo de psicofármacos, ya que los entrevistados no contaban con referentes o guías específicas para llevar adelante el proceso. Junto con ello, una de las dificultades asociadas al retiro de fármacos psiquiátricos se relaciona con la escasa ayuda ofrecida por parte de la atención psiquiátrica y el sistema de salud mental:

...cuando haces el proceso de dejar los medicamentos no tení nada que hacer en los dispositivos, porque el sistema está hecho para los que toman medicamentos po. Los usuarios funcionales al sistema son los que toman los medicamentos. Si tú dejas los medicamentos no tení nada que hacer en el sistema. De hecho, el sistema no te ofrece nada. (Claudio)

Respecto a las estrategias asociadas al abandono de fármacos psiquiátricos, estas implican desde actos cotidianos y simples como cambios de rutina, hábitos alimenticios y actividad física, hasta formas de abordaje alternativos, como el ayuno y la meditación, así como la fuerza de voluntad y el deseo de tener otra vida, que representan en su conjunto prácticas de autoayuda, como refiere una participante:

Yo creo que la mente tiene mucho que ver con el alma, con lo de uno. Conocerse uno, quererse uno [...] uno

también tiene que salirse de esa burbuja para también darte cuenta de que tú sí puedes. (María)

Por otra parte, se mencionan tres formas de apoyo social durante el proceso de discontinuación de fármacos psiquiátricos: apoyo familiar, médico y comunitario, así como sus restricciones y salvedades.

Respecto al apoyo familiar, una entrevistada comenta su experiencia de haber recibido apoyo de su pareja como primer paso para bajar las dosis y, luego, de su madre, para llevar a cabo el proceso:

Yo creo que también es que una persona externa creyó en mí, eso fue lo que me ayudó, eso creo que fue lo que me dio seguridad. Porque es normal que tu mamá te apoye, es normal que tus hermanas te apoyen, pero que una persona que te conoce, que se la juega por ti y que te dice "te quiero y quiero estar contigo y vamos y démosle", y que te lo demuestre en otras cosas y no tan solo diciéndotelo y que te apañe en todo, yo creo que eso te da más seguridad. Yo creo que eso me ayudó. (María)

A pesar de lo anterior, cabe señalar que no siempre se da el caso de apoyo familiar, ya que también las familias pueden avalar una perspectiva psiquiátrica centrada en el consumo de medicamentos:

La familia se asusta mucho, o sea ahora creo que no se asustarían mucho porque me han visto que estoy bien y todo eso. Pero si yo les hubiese dicho, "sabí que, voy a dejar los medicamentos", no, se asustan. Porque tienen la cuestión de que no lo quieren volver a ver internado, "no quiero volver a verlo así de mal en esas condiciones", qué sé yo. Porque no se conocen estas experiencias de dejar los medicamentos. (Claudio)

Respecto al apoyo médico también se presenta una ambivalencia. Una de las personas entrevistadas obtuvo ayuda, aunque mínima,

en la atención psiquiátrica, en particular, respetando la decisión de abandonar el tratamiento, pero sin otorgar un apoyo especializado para ello. Así lo refiere un entrevistado:

Y hablé con el psiquiatra. Hablé con él y le dije: “sabí que quiero dejar los medicamentos”. Chuta, se asustó y todo porque por esto, por esto, por esto. Me dijo que había que hacerlo muy despacio, muy de a poco, teníamos que empezar con los más sencillos porque esto es muy complicado. (Claudio)

Sin embargo, la experiencia predominante alude a la posición intensamente vertical en que el médico actúa de forma coactiva para que la persona continúe su tratamiento, por medio de la amenaza respecto a un posible ingreso psiquiátrico, o de forma persuasiva, utilizando el discurso del “desequilibrio químico” para convencer a la persona que necesita consumir medicamentos. Al respecto, un entrevistado relata:

El médico era incombustible, era impávido a todo lo que yo estaba sintiendo, jamás me preguntó nada de lo que yo sentía, ni de mis quejas ni nada, sino que en forma muy voluntariosa seguía dándome fármacos. La comunicación con él era prácticamente inexistente, yo tenía mucha esperanza de que él me preguntara acerca de mis problemas, pero jamás había una conexión, una comunicación. (Enrique)

Del mismo modo, una entrevistada señala:

Yo creo que por eso nunca tuve una buena relación [con el médico] porque era como, tú eres la paciente entonces no tienes derecho a opinar y nada y mientras fui creciendo tampoco cambió eso. No, yo no tenía derecho a decir mi opinión. Estaba solo la opinión del médico y había que acatarlo. (María)

Por último, el apoyo comunitario refiere al activismo, una práctica que reafirma las

creencias y convicciones respecto a estar bien y mejor sin psicofármacos y la posibilidad de transmitir esta experiencia a otras personas. Algunos participantes relatan la importancia del activismo desde su experiencia de participación en el colectivo “Autogestión Libre-Mente”, como refiere un entrevistado:

Si tú tomas la línea del activismo derechamente significa tener una posición política al respecto, un convencimiento, una capacidad crítica, desarrollar planteamientos y eso, con mayor razón porque es como un fortalecimiento de tu valía como persona [...] Activar el movimiento, activar la conciencia. Si uno lo quiere decir en términos más comunes, hace como una revolución, porque están demasiado arraigados los conceptos, los modelos, las formas de pensamiento, están validados académicamente, socialmente. Está aceptado y naturalizado el maltrato, la discriminación y la estigmatización hacia la locura que no tiene que ver con enfermedad mental. Está súper naturalizado, entonces, básicamente es una revolución porque es un cambio de paradigma. (Claudio)

De esta manera, en el discurso de los entrevistados se percibe un nuevo campo interpretativo en torno a sus experiencias, lo que facilita y da sustento a la discontinuación de fármacos psiquiátricos a partir de diversas estrategias personales y sociales.

Identidad de “exusuario” como experto por experiencia

En esta última categoría se describen los aspectos subjetivos de una nueva identidad que se construye al abandonar los fármacos psiquiátricos, la identidad de “exusuario” como experto por experiencia.

Uno de los aspectos fundamentales mencionados por los entrevistados, una vez que abandonan el tratamiento farmacológico y cesa su participación en el sistema de salud mental, es la relevancia de la reflexión y

resignificación de la experiencia vivida, proceso de construcción subjetiva que genera una nueva identidad y comprensión de sí mismos. Esta identidad refiere a la capacidad de las personas de hacerse cargo de sus diferencias subjetivas, otorgándoles un nuevo significado sin depender del consumo de fármacos psiquiátricos, una identidad que se construye a través del aprendizaje de diversas estrategias de autoayuda y apoyo social. Así lo refiere una entrevistada:

[me dije] yo no voy a tomar más pastillas porque yo no quiero tomar más pastillas, yo quiero ser una persona, entre comillas, normal, quiero hacer mi vida normal, no depender de algo. (María)

Cabe señalar que, para algunos entrevistados, esta acción de identificarse a través de la experiencia de dejar atrás el sistema psiquiátrico permite posicionarse como “sobreviviente de la psiquiatría”, destacando las dificultades implicadas en el proceso de psiquiatrización y la necesidad de denunciar un sistema opresivo:

...es totalmente cierto y es una situación límite que uno y que yo viví, por lo tanto, es un hecho que yo viví, es así. Por eso soy un sobreviviente a la psiquiatría porque sobreviví a una muerte lo más seguro. (Enrique)

Otro matiz que cabe destacar en la construcción de esta nueva identidad, se encuentra ligado a la discontinuación del tratamiento farmacológico sobre la base de la “recuperación” de capacidades perdidas y el retorno de la autonomía en la conducción de sus vidas, aspectos subjetivos que habían sido anulados con el consumo de psicofármacos. Es así como el abandono de los fármacos psiquiátricos no solo contribuye a la eliminación de ciertos efectos adversos que motivaron la discontinuación, sino también a un cambio subjetivo, posibilitando mayor libertad y autodeterminación. Al respecto, el conjunto de los entrevistados destaca estas vivencias:

Experimenté por primera vez un cambio y una recuperación de mis facultades mentales, partiendo por la memoria, empecé a sentir más normal y el tormento mental había disminuido considerablemente, así que estaba muy contento. (Enrique)

Si me preguntas cuál fue el cambio de la pastilla es que andaba lúcida. Ese fue el cambio y que empecé a disfrutar la vida, ese fue mi cambio al dejar la pastilla. En rigor yo creo que eso fue que empecé a disfrutar la vida, empecé a mirar afuera “oh, qué lindo afuera, oye aquí estoy yo, estoy viva, ah, esto me gusta, esto no me gusta”. Empecé a decidir, con las pastillas tenían que decidir por mí porque yo estaba dopada. (María)

Se me ha ido la timidez, sí, yo era tímido. Ya no tengo miedo ya de conversar con la gente. (Pablo)

La otra nueva persona, si uno quisiera aislarla de los medicamentos, es recuperar capacidades, pero después está esa otra reconstrucción de la identidad de autoafirmación, de autoempoderamiento, de que yo puedo. Incluso, esa sensación de decir, yo me la pude con esta cuestión, o sea yo pasé esto, estuve mal, me quise matar, me internaron, tomé medicamentos todos estos años, pero ahora estoy aquí, estoy en esta nueva parada y superé esto, pasé esta etapa. (Claudio)

Finalmente, un elemento importante a considerar, son las estrategias de las personas para mantenerse sin psicofármacos. Como un elemento central al respecto, se mencionan los grupos de apoyo mutuo o de pares, afirmando que una alternativa para mantenerse alejado de la psiquiatría es “crear comunidad”, reconstruir el lazo social, desarrollar espacios de participación social y cultivar relaciones significativas. Como señala un entrevistado:

Tiene que haber contención de pares y bueno, si hay alguien por una relación afectiva, demás po. Pero, creo que la mejor contención es la de pares, sobre todo los que han vivido la experiencia, pero... porque tú puedes tener una relación afectiva con alguien, pero no necesariamente significa que va a comprender lo que te está pasando. (Claudio)

De esta manera, en torno a la construcción de la identidad de “exusuario” como experto por experiencia, se desarrolla una perspectiva crítica hacia la medicalización de la subjetividad, recuperando la persona el control y autonomía sobre su vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las narrativas y significados de los entrevistados en torno al consumo de fármacos psiquiátricos dan cuenta de los componentes sociales y el contexto cultural en que se construye la relación psicofármacos y subjetividad. Al respecto, las personas entrevistadas iniciaron el proceso de discontinuación de fármacos psiquiátricos sobre la base de experiencias negativas asociadas a su consumo. Una vez tomada la decisión de abandonar los fármacos psiquiátricos, los entrevistados desarrollaron diversas estrategias para ello. Una práctica compartida por los participantes corresponde a la reducción gradual de las dosis, para contener las complicaciones tanto físicas como psicológicas de la discontinuación. De esta manera, se comprende el proceso de abandono de psicofármacos como un proceso íntimo y personal, de toma de conciencia y exploración de alternativas. Lo anterior implica un camino de autoayuda y búsqueda de apoyo social, que refuerza la autonomía personal y permite elaborar una mirada crítica hacia la medicalización de las diferencias subjetivas.

Por otro lado, cabe señalar que la discontinuación del uso de psicofármacos se realiza a pesar del verticalismo y la coerción de los sistemas de salud mental. De esta manera,

no se percibe una libre elección sobre el consumo de psicofármacos, ya que una vez que la persona manifiesta su decisión de discontinuar el tratamiento, desde esa relación jerárquica médico-paciente que se encuentra establecida, se instalan barreras y limitaciones ya sea de forma explícita o implícita. Sin embargo, de acuerdo al relato de los entrevistados, las personas discontinuaron su tratamiento con éxito sin apoyo médico especializado, mostrando que algunas personas pueden llevar a cabo el proceso de forma autónoma y que es posible realizarlo sin contar con asesoría psiquiátrica.

Según la información recopilada, la discontinuación de fármacos psiquiátricos es percibida de manera positiva, permitiendo una mejor calidad de vida y bienestar en la comunidad. Lo anterior implica una “recuperación” de recursos personales que fueron perdidos u ocultados por el tratamiento farmacológico, en particular, la posibilidad de reconstruir un sentido de vida y un proyecto de realización personal. Asimismo, se identifica que la discontinuación de psicofármacos permite que las personas desarrollen un proceso de resignificación de sus vivencias, configurando una nueva identidad de “exusuario” o “experto por experiencia”. En esta línea, se enfatiza la importancia de la participación social, como el desarrollo de la colaboración entre pares y grupos de apoyo mutuo, que comprenden a los “colegas” como personas que han vivido experiencias similares, lo que permitiría una relación horizontal entre iguales. Esta propuesta se diferencia de los “grupos de autoayuda” que se desarrollan en los espacios institucionales, al interior del sistema de salud mental, orientados a reproducir el discurso oficial de la psiquiatría de orientación biológica sobre la base de prácticas que promueven la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Finalmente, cabe distinguir dos orientaciones de la identidad de “exusuario” como “experto por experiencia” que surge luego del proceso de discontinuación de fármacos psiquiátricos y que se ha podido identificar en la investigación: por un lado, una orientación

más cercana a la construcción subjetiva de “sobreviviente de la psiquiatría”, que nace desde la indignación de sentirse violentado por la psiquiatría, que promueve la organización colectiva para denunciar las prácticas abusivas y colaborar con otros para construir alternativas al modelo psiquiátrico dominante; y, por otro lado, una construcción subjetiva desde la vivencia de la “recuperación”, en la que predomina el atributo de “volver a la normalidad”, un interés por la inclusión social y retornar a los roles sociales que se habían perdido producto del tratamiento farmacológico. Cabe señalar que ambas orientaciones no son contradictorias y representan dos ámbitos de construcción subjetiva luego de abandonar los fármacos psiquiátricos.

Tras analizar el relato de los participantes, cabe señalar que el proceso de discontinuar el consumo de psicofármacos es solo un aspecto, siendo necesario considerar el entramado social y cultural que facilita o dificulta su realización, en particular, los tiempos y contextos que limitan o favorecen el abandono del tratamiento. Estos espacios de autonomía, en el caso de la investigación actual, son representados mayoritariamente por hombres, siendo necesario considerar las diferencias de género durante el proceso de discontinuación de psicofármacos, en la distribución de las tareas de cuidado y procesos de autoayuda en hombres y mujeres. Lo anterior puede estar relacionado con la dificultad de encontrar mujeres para el presente estudio, aspecto sociocultural que desde un enfoque de género y en la línea de los estudios feministas puede ser indagado con mayor profundidad en futuras investigaciones, al igual que abordar aspectos socioculturales como la edad, condición socioeconómica, nivel educacional, actividad laboral, entre otros elementos, asociados al proceso de discontinuación de fármacos psiquiátricos.

En último lugar, cabe destacar que, a partir de las experiencias de los participantes, es posible visualizar que existen barreras institucionales que no permiten un diálogo horizontal ni validan la decisión autónoma sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. Por el contrario, se fomentan y promueven relaciones verticales e impositivas que estimulan la adaptación forzosa y la coerción sistemática, negando el derecho a la libre elección y el consentimiento informado respecto al tratamiento farmacológico. En este contexto, la antropología médica crítica – como disciplina orientada al estudio de sujetos sociales que se inscriben en un marco de exclusión debido al dominio de la biomedicina– permite superar, en el terreno del conocimiento, el monólogo vertical que es propio de los sistemas de salud y, en este caso, de la salud mental, colaborando en el reconocimiento de los saberes actualmente sometidos y excluidos, pero que requieren fortalecerse desde su propia realidad para crear formas de organización autónoma y figuras de contrapoder en el campo de la salud mental.

De acuerdo a estas premisas, es posible proyectar nuevas líneas de investigación que permitan recopilar y sistematizar saberes alternativos que inauguren nuevas narrativas en este ámbito, como se ha planteado sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos⁽⁴⁶⁾. En este sentido, el desarrollo de los *mad studies* [estudios locos] como iniciativa de investigación, producción de conocimiento y acción política que respeta y privilegia los pensamientos “locos”^(47,48), permite validar y celebrar las experiencias y culturas de estas comunidades y representa un terreno fértil para una antropología médica crítica, que exprese su potencial teórico y compromiso práctico hacia la construcción de una sociedad respetuosa de las diferencias y consciente de la diversidad en el campo de la subjetividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitaker R. Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitán Swing; 2015.

2. Bentall RP. Medicalizar la mente: ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos? Barcelona: Herder; 2011.

3. Kinderman P. A prescription for psychiatry: why we need a whole new approach to mental health

- and wellbeing. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2014.
4. Moncrieff J. *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder; 2013.
 5. Cipriano P. *El manicomio químico: crónicas de un psiquiatra recalcitrante*. Madrid: Enclave de Libros; 2017.
 6. Castillo-Parada T, Cea-Madrid JC. "Sin nosotros no hay derechos": apuntes sobre el Primer Encuentro Nacional por los Derechos Humanos de las personas en situación de discapacidad mental en Chile. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 2017;1(1):76-92.
 7. Cea-Madrid JC. Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y Crítica de la Psicología*. 2015;(5):79-97.
 8. Cea-Madrid JC, (coord.). *Manual de derechos en salud mental* [Internet]. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, CONICYT; 2015 [citado 10 abr 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y7zc3bb5>.
 9. Pérez-Soto C. *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2012.
 10. Cohen D, McCubbin M, Collin J, Pérodeau G. Medications as social phenomena. *Health*. 2001;5(4):441-469.
 11. Adame AL, Knudson RM. Beyond the counter-narrative: exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement. *Narrative Inquiry*. 2007;17(2):157-178.
 12. Burstow B. Progressive psychotherapists and the psychiatric survivor movement. *Journal of humanistic psychology*. 2004;44(2):141-154.
 13. Chassot C, Mendes F. The experience of mental distress and recovery among people involved with the service user/survivor movement. *Health*. 2015;19(4):372-388.
 14. Cohen O. How do we recover?: an analysis of psychiatric survivor oral histories. *Journal of Humanistic Psychology*. 2005;45(3):333-354.
 15. Chamberlin J. The ex-patients' movement: where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior*. 1990;11(3):323-336.
 16. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 1988;11(4):11.
 17. Read J, Cartwright C, Gibson K. Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research*. 2014;216(1):67-73.
 18. Gibson K, Cartwright C, Read J. "In my life antidepressants have been...": a qualitative analysis of users' diverse experiences with antidepressants. *BMC Psychiatry*. 2016;16:135.
 19. Cartwright C, Gibson K, Read J, Cowan O, Dehar T. Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:1401-1407.
 20. Read J, Gee A, Diggie J, Butler H. The interpersonal adverse effects reported by 1008 users of antidepressants; and the incremental impact of polypharmacy. *Psychiatry Research*. 2017;256:423-427.
 21. Ostrow L, Jessell L, Hurd M, Darrow SM, Cohen D. Discontinuing psychiatric medications: a survey of long-term users. *Psychiatric Services*. 2017;68(12):1232-1238.
 22. Hughes S, Lacasse J, Fuller RR, Spaulding-Givens J. Adverse effects and treatment satisfaction among online users of four antidepressants. *Psychiatry Research*. 2017;255:78-86.
 23. Larsen-Barr M, Seymour F, Read J, Gibson K. Attempting to stop antipsychotic medication: success, supports, and efforts to cope. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2018;53(7):745-756.
 24. Correa Urquiza M. *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. [Tesis de doctorado]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2010.
 25. Martínez Hernández A. Antropología de la salud: una visión genealógica. En: Prat J, Martínez-Hernández A, (eds.). *Ensayos de antropología cultural: homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Ariel; 1996. p. 369-381.
 26. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1981.
 27. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.

28. Scheper-Hughes N. Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science & Medicine*. 1990;30(2):189-197.
29. Menéndez EL. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. *Nueva Antropología*. 1984;6(23):71-102.
30. Menéndez EL. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*. 1985;7(28):11-28.
31. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
32. Singer M. The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*. 1989;28(11):1193-1203.
33. Singer M. Reinventing medical anthropology: toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*. 1990;30(2):179-187.
34. Scheper-Hughes N, Lock M. Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and a pedagogy for patients. *Medical Anthropology Quarterly*. 1986;17(5):137-140.
35. Cea-Madrid JC, Castillo-Parada T. Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*. 2016;8:169-192.
36. Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric services: a journal of the American Psychiatric Association*. 2006;57(6):863-866.
37. Chamberlin J. Servicios dirigidos por usuarios. En: Read J, Mosher L, Bentall R, (eds.). *Modelos de locura: aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder; 2006. p. 343-351.
38. Lehmann P. Alternativas a la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2013;33(117):137-150.
39. Chamberlin J. *On our own: patient-controlled alternatives to the mental health system*. Lawrence: National Empowerment Center; 2001.
40. Chamberlin J. Speaking for ourselves: an overview of the ex-psychiatric inmates movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1984;8(2):56-63.
41. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(Suppl 4):285-294.
42. Altman-DuBrul S. The Icarus Project: a counter narrative for psychic diversity. *Journal of Medical Humanities*. 2014;35(3):257-271.
43. McNamee S, Gergen KJ. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós; 1996.
44. Schettini P, Cortazzo I. *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2015.
45. Izcarra-Palacios SP. *La praxis de la investigación cualitativa: guía para elaborar tesis*. México DF: Plaza y Valdés; 2009.
46. Hall W. *Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una guía basada en la reducción del daño* [Internet]. Estados Unidos: The Icarus Project, Freedom Center; 2007 [citado 10 abr 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8x7thzs>.
47. Menzies R, LeFrançois B, Reaume G. *Mad matters: a critical reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2013.
48. Beresford P, Russo J. Supporting the sustainability of Mad Studies and preventing its co-option. *Disability & Society*. 2016;31(2):270-274.

FORMA DE CITAR

Castillo Parada T. Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. 2018;14(3):513-529. doi: 10.18294/sc.2018.1861.

Recibido: 30 de abril de 2018 | Versión final: 21 de agosto de 2018 | Aprobado: 27 de agosto de 2018



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.