



**Procesos de subjetivación tejidos a partir del diagnóstico de depresión y del uso de  
psilocibina como tratamiento alternativo**

Laura Gutiérrez Acevedo  
Karen Natalia Tabares Quintero  
Maria Camila Bueno Pineda

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogas

Asesor  
Mauricio Alexander Arango Tobón, Magíster (MSc) en Psicología

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2024

---

Cita

(Gutiérrez-Acevedo et al., 2024)

---

Referencia

Gutiérrez-Acevedo, L., Tabares-Quintero, K. N. y Bueno-Pineda, M. C. (2024). *Procesos de subjetivación tejidos a partir del diagnóstico de depresión y del uso de la psilocibina como tratamiento alternativo* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH).



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

### **Dedicatoria**

A quienes desean, a pesar de los obstáculos de su propia mente y de su contexto social, hacer algo diferente a lo establecido, aventurándose en la búsqueda de su propio bienestar, descubriendo dentro de sí la fuerza y la determinación que les habita para redescubrir su sentido.

### **Agradecimientos**

A nuestras familias, por apoyar, acompañarnos y hacer posible el camino. A nuestra querida alma mater por transformarnos y permitirnos formar una visión crítica del mundo. A Mauricio, nuestro asesor, por guiarnos y por transmitirnos su conocimiento y serenidad, para desafiar el proceso y continuar. A nosotras, por creer y sostenernos, aun cuando a veces veíamos el vacío. A nuestras amigas y compañeras, por su presencia desde el inicio y hasta el final, por sus conocimientos y su soporte emocional.

## Tabla de contenido

Resumen .....	7
Abstract .....	8
Introducción .....	9
1. Planteamiento del problema .....	12
2. Justificación.....	20
3. Objetivos .....	22
3.1 Objetivo general .....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4. Marco teórico .....	23
4.1. Salud mental .....	23
4.2. Medicalización .....	27
4.3. Depresión .....	36
4.3.1. Etiología de la depresión.....	41
4.4. Farmacología .....	43
4.4.1 Crítica a los antidepresivos y la farmacología tradicional .....	47
4.5. Psilocibina .....	50
4.5.1. Componente histórico .....	50
4.5.2. Contracultura y psilocibina .....	53
4.5.3. Efectos.....	55
4.5.4. Psilocibina como tratamiento alternativo para la depresión .....	56
4.5.5. Microdosificación .....	60
4.5.5 Autogestión.....	62
4.6. Subjetividad.....	64
4.6.1. La idea de subjetividad en el mundo clásico y el cristianismo .....	64

---

4.6.2. La subjetividad en el mundo moderno y posmoderno .....	66
4.6.3. Subjetivación y sujeción .....	67
4.6.4. La subjetivación en Deleuze .....	68
4.6.5. Subjetividad y medicalización .....	70
4.6.6. Subjetividad y depresión.....	72
5. Metodología .....	78
5.1. Enfoque .....	78
5.2. Método .....	78
5.3. Estrategia .....	80
5.4. Técnicas de recolección de información .....	80
5.5. Unidad de trabajo .....	81
5.6. Unidad de análisis .....	81
5.7. Población.....	82
5.8. Muestra.....	82
5.9. Plan de recolección de información .....	82
5.10. Plan de análisis de la información.....	83
5.11. Consideraciones éticas .....	84
6. Resultados y discusión .....	90
6.1. Experiencia medicalizadora .....	92
6.1.1. Vivencias desde el diagnóstico de depresión.....	93
6.1.2. Experiencia de tener depresión .....	103
6.1.3. Estigmas sociales percibidos asociados a tener depresión.....	111
6.1.4. Autoridad médica.....	115
6.1.5. Tratamiento psicofarmacológico .....	119
6.2. Tratamiento alternativo: uso de la psilocibina .....	124

---

6.2.1. Primeros acercamientos a la psilocibina como tratamiento alternativo.....	125
6.2.2. Uso de la psilocibina.....	128
6.2.3. Autocultivo como parte del tratamiento alternativo .....	135
6.3. Sentidos, significados y comprensión de la experiencia .....	141
6.3.1. Sujeción a determinados discursos de saber .....	142
6.3.2. Relación con las sustancias y estigmas asociados .....	149
6.3.3. Modos de comprender la sociedad.....	153
6.3.4. Experiencias con el uso de la psilocibina .....	160
7. Consideraciones finales.....	174
Referencias .....	181
Anexos.....	190

## Resumen

En el presente trabajo de grado se investiga la construcción de subjetividad que se cimienta a partir de un diagnóstico psiquiátrico, en este caso, la depresión; de la decisión de los individuos de adherirse a un tratamiento farmacológico o, por el contrario, de tomar distancia de este y optar por un tratamiento alternativo para paliar su sintomatología, en este contexto, la psilocibina. Además, se describe la experiencia subjetiva de los participantes del estudio en cuanto a tener depresión, ser diagnosticados, tener un tratamiento farmacológico, buscar un tratamiento sustituto al psicofarmacológico tradicional y los motivantes para ello. Para abordar esto, se realizó un estudio cualitativo de caso múltiple siguiendo la fenomenología hermenéutica para comprender la experiencia de los participantes. Con este fin, se entrevistaron a tres personas diagnosticadas con depresión, que luego de tener un tratamiento con fármacos, decidieron usar la psilocibina para paliar los síntomas asociados. Se encontró que los participantes han tejido procesos de subjetivación a partir de la identificación con el diagnóstico dado por profesionales del área de la salud, de los distintos niveles de adherencia a discursos del saber, del uso de psilocibina y la percepción de mejoría de su condición luego del uso de la sustancia. Estos hallazgos sugieren que la integración de estos factores puede conducir a una transformación personal significativa y a una mejoría percibida por los participantes. Finalmente, se recomienda realizar estudios posteriores sobre el interés de las farmacéuticas por desarrollar fármacos a base de psilocibina.

*Palabras clave:* psilocibina, subjetividad, medicalización, subjetivación, diagnóstico-identidad.

### **Abstract**

In the present thesis, the construction of subjectivity stemming from a psychiatric diagnosis, in this case, depression, is investigated. This includes the decision of individuals to adhere to pharmacological treatment or, alternatively, to distance themselves from it and opt for an alternative treatment to alleviate their symptoms, in this context, psilocybin. Additionally, the subjective experience of the study participants regarding having depression, being diagnosed, undergoing pharmacological treatment, seeking a substitute for traditional psychopharmacological treatment, and their motivations for doing so, is described.

To address this, a qualitative multiple-case study was conducted following hermeneutic phenomenology to understand the participants' experiences. For this purpose, three individuals diagnosed with depression who, after undergoing pharmacological treatment, decided to use psilocybin to alleviate associated symptoms were interviewed. It was found that the participants have developed processes of subjectivities based on their identification with the diagnosis given by healthcare professionals, the varying levels of adherence to knowledge discourses, the use of psilocybin, and the perception of improvement in their condition after using the substance. These findings suggest that the integration of these factors can lead to significant personal transformation and perceived improvement by the participants. Finally, it is recommended to conduct further studies on the interest of pharmaceutical companies in developing psilocybin-based drugs.

*Keywords:* psilocybin, subjectivity, medicalization, subjectivation, diagnosis-identity.

## Introducción

La presente investigación aborda la cuestión de los procesos de subjetivación que se tejen a partir del diagnóstico de depresión y del uso de la psilocibina como tratamiento terapéutico. Se realizó un acercamiento a un grupo de sujetos que, de manera autónoma e independiente, han decidido alejarse del sistema medicalizador que los permea y del que comienzan a ser parte a partir del momento en que son diagnosticados por una autoridad médica. Se distancian entonces de dicho sistema, en la medida en que deciden autogestionar su proceso de terapéutico, es decir, optan por el cese del tratamiento psicofarmacológico, para dar a pie a un tratamiento alternativo con la psilocibina a partir de diversas razones particulares, sea porque no quieren depender de un fármaco toda su vida, o porque llegan a un punto en el que su misma vida corre peligro, etc.

La decisión autónoma de los sujetos de administrar su propia medicina, y los motivos específicos que promovieron esta decisión, permitió comprender mejor el fenómeno de la subjetividad, puesto que hay una transformación de esta en cuanto a la identificación que se engendra en torno al diagnóstico de depresión y posterior, a la sustancia alternativa, la psilocibina. Estas interrelaciones subjetivas (sujeto-diagnóstico y sujeto-psilocibina), que se tejen alrededor del proceso de alivio del trastorno afectivo, es lo que nos posibilitará el entendimiento en cuanto a las experiencias particulares de los individuos en relación con el uso terapéutico que hacen de la psilocibina.

Así pues, desde la resistencia de los sujetos a inscribirse al discurso de poder del sistema de salud, que los encasilla en una categoría patológica y dictamina la manera en la que deben encaminar su proceso de sanación del trastorno afectivo que padecen, están transformando y reconstruyendo su subjetividad. De esta manera, esta investigación busca analizar los significados que cada sujeto le asigna a su propia experiencia con el diagnóstico de depresión y su sintomatología, y con el tratamiento alternativo (psilocibina) y los cambios percibidos con este.

Para esta investigación se usó el enfoque cualitativo, puesto que se tuvo como objetivo explorar las particularidades de cada participante, conociendo, por un lado, el contexto sociocultural en el que se encontraban inmersos, y por el otro, los diferentes significados e interpretaciones que se gestaron a partir del diagnóstico de depresión y del uso de la psilocibina para el manejo de sus síntomas. Este enfoque es usado frecuentemente en estudios de fenómenos que no han sido profundizados a cabalidad, por lo que es apropiado para este planteamiento, dado

que, en Colombia, el campo de los psicodélicos como tratamiento alternativo para la depresión ha sido poco investigado.

Ahora bien, como método de investigación se utilizó la fenomenología hermenéutica, puesto que los sentidos y significados que cada persona entrevistada le atribuye a lo vivenciado posterior a su diagnóstico y tratamiento alternativo, está construido con base a su propia experiencia subjetiva, su percepción y concepción del mundo que lo rodea. Lo fenomenológico entonces, nos permite comprender, precisamente la particularidad de cada persona, y lo hermenéutico, permite exponer dicha experiencia individual por medio del discurso.

Se realizó un estudio de caso múltiple, en el que se indagó sobre la experiencia subjetiva de tres sujetos mayores de edad, dos hombres y una mujer, entre los 18 y 35 años de edad, quienes fueron diagnosticados con depresión y quienes, además, intentaron en un primer momento mitigar su sintomatología con psicofármacos (como la fluoxetina), recetados por el psiquiatra. Después de diversas experiencias, deciden usar la psilocibina como tratamiento alternativo para los síntomas de la depresión.

A estos tres sujetos se les realizaron entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas donde lograron esbozar su vivencia subjetiva en cuanto al diagnóstico y su posterior tratamiento. Esta técnica de recolección de información, recoge aspectos personales de la persona, por lo que los individuos quedan expuestos a su intimidad, por ello, para que la investigación sea válida y confiable, debe tener en cuenta los criterios ético-legales y el código deontológico, como los principios de beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, justicia, integridad y respeto por lo que allí se expone; así pues, se realizó un consentimiento informado en el que se advertía sobre el objetivo, la duración y el procedimiento del estudio, el cual cada individuo diligenció, aceptando por voluntad propia ser partícipe del mismo y con la libertad de poderse retirar cuando así lo quisiera.

A partir de lo evidenciado en las entrevistas, se construyeron tres categorías de análisis: una acerca de la experiencia medicalizadora, otra sobre el tratamiento alternativo, en este caso la psilocibina, y la última sobre la subjetividad, específicamente sobre los sentidos y significados que le atribuyen los sujetos a la existencia misma. En consecuencia, se trasluce primero, la identificación que tienen los sujetos con el diagnóstico de depresión brindado por una autoridad médica; segundo, la manera en la que el discurso de dicha autoridad médica es aceptado socialmente y admitido como la verdad absoluta acerca del camino que debe seguirse para sanarse;

y tercero, la autonomía que exhiben los participantes, al optar por un tratamiento alternativo para paliar su sintomatología, descubriendo con ello, una nueva forma de percibirse a sí mismos y de relacionarse con el mundo.

## 1. Planteamiento del problema

La depresión es un trastorno clínicamente heterogéneo, cuyas manifestaciones psicopatológicas tienen que ver con la forma como interactúan diferentes variables de personalidad, biológicas y ambientales a lo largo del desarrollo (Botto et al., 2014; Vásquez et al., 2020). Si bien la depresión es una etiqueta con pretensiones de universalidad, debido a que afecta a personas independiente del sexo, edad, clases sociales o y grupos étnicos, tanto el grado de severidad como la manifestación de esta, varían de acuerdo con los contextos sociales y culturales de cada sujeto, ya que estos dan lugar a un lenguaje diferencial de los síntomas que expresan el trastorno, por lo cual debería relativizarse su diagnóstico (Aguirre, 2008). Esto pone de manifiesto la relevancia de la vivencia y, por lo tanto, la experiencia que tiene cada sujeto con el trastorno de depresión.

De esta manera, hay categorías y signos ya establecidos para facilitar el diagnóstico de depresión que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), es uno de los trastornos mentales más frecuentes y una de las principales causas de discapacidad en el mundo, implica un estado de ánimo deprimido o pérdida del placer o interés por actividades durante marcados períodos de tiempo. Para hacer una distinción con las variaciones del estado de ánimo, los sentimientos y las emociones que surgen en la cotidianidad, este afecto deprimido debe estar presente casi todos los días la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. Dicho trastorno, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Por otro lado, quienes hayan pasado por eventos y situaciones vitales estresantes o adversas, tienen más probabilidad de sufrirla.

Así, la depresión puede generar sufrimiento tanto a quien la padece como a su familia e, incluso, puede afectar de manera más o menos significativa las actividades personales, familiares, escolares y laborales, incluyendo sus relaciones con los demás y con el ambiente, tanto así que en su estado más grave puede llevar al suicidio. Entre los síntomas más comunes, según la OMS (2023), se encuentran: dificultades para concentrarse, sentimiento de culpa excesiva o de baja autoestima, falta de esperanza acerca del futuro, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso, sensación de cansancio o falta de energía, tristeza, irritabilidad y sensación de vacío.

Por otro lado, en manuales diagnósticos como el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013) se define que

los trastornos depresivos son los de la desregulación del estado de ánimo, el depresivo mayor (incluido el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, trastorno depresivo debido a otra condición médica, otro trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado y el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) describe un episodio depresivo como un periodo de estado de ánimo deprimido casi a diario, disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de dificultad para concentrarse, desesperanza, pensamientos de muerte o suicidio, sentimiento de inutilidad o culpa excesiva, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, energía reducida o fatiga; y explica el trastorno depresivo recurrente caracterizado por antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo.

La OMS (2023) plantea que el 3,8% de la población global experimenta depresión; el 5% adultos y el 5,7% adultos mayores de 60 años. Aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión a nivel mundial, mostrándose 50% más frecuente en mujeres que en hombres. En el contexto colombiano, según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), en los adolescentes hay una prevalencia de síntomas de depresión del 15,8%. “La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión” (Ministerio de Salud, 2017, p. 8), de los 45 años en adelante el estudio mostró que el 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres presentan siete o más síntomas depresivos y, en todos los casos, las mujeres son quienes más frecuentemente presentan este diagnóstico. Los análisis de la encuesta también arrojaron que en la población adulta hay una prevalencia del 5,4% de cualquier trastorno depresivo, siendo mayores los casos de trastorno depresivo moderado y trastorno depresivo grave en comparación al trastorno depresivo leve y la distimia. El Trastorno de Depresión Mayor (TDM) tiene una prevalencia en Colombia del 4,7%. La depresión se considera como la enfermedad del siglo XXI por el alto impacto que ha tenido en la salud pública; de acuerdo con los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), las atenciones por depresión se han incrementado desde 2009, convirtiéndose en un diagnóstico muy frecuente en los servicios de atención en salud en Colombia, así, el diagnóstico de depresión moderada obtuvo 36.584 atenciones en 2015.

A pesar de la prevalencia de este trastorno en Colombia, el acceso a los servicios de salud es limitado debido a, entre otras cosas, variables sociales y estructurales propias del sistema de

salud, además de la falta de coherencia entre lo que está en la norma, la ley y la realidad material (Rojas-Bernal et al., 2018), mostrando que, en Colombia, si bien existen leyes que apoyen la atención en salud mental, no cuentan con el respaldo necesario para lograr un cambio en el sistema de salud. Existen entonces barreras marcadas y sustanciales para el acceso a los servicios de salud mental, como la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades; Minsalud señala que (2018), “en Colombia se estima que hay 2 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, en relación con otros profesionales, existe insuficiente información, por ejemplo, sobre el número de profesionales de apoyo como enfermeras, profesores, y trabajadores sociales entrenados en salud mental” (p. 20). Asimismo, la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas.

De otro lado, el tratamiento con medicamentos psiquiátricos para los trastornos mentales se centra, principalmente, en mejorar la calidad de vida del paciente; por ejemplo, para la depresión mayor, se ha reportado que hay medicamentos que aumentan la liberación de hormonas y neurotransmisores en el sistema nervioso central que posibilitan la disminución paulatina de los síntomas, sin embargo, dichas mejoras se presentan en periodos de tiempo generalmente largos y, en muchos casos, se presentan efectos secundarios adversos o indeseables (Acosta, 2020).

En cuanto a los antidepresivos de los que se dispone actualmente, todos alteran la función de la serotonina o de la noradrenalina a nivel del sistema nervioso central; sin embargo, los mecanismos de acción a través de los cuales los antidepresivos precipitan los cambios en el estado de ánimo siguen siendo un enigma. Hasta la fecha no se dispone de información fiable acerca de si un determinado antidepresivo es mejor que otro, resultando su elección según su perfil de efectos secundarios y de las interacciones con otros medicamentos. Esto es, en la mayoría de los casos, lo que lleva a elegir un antidepresivo sobre otro se basa principalmente en los efectos secundarios deseados y no deseados y su adecuación al paciente (Gitlin, 2009).

Se encontró en los antecedentes que los fármacos moduladores del estado de ánimo son la principal opción de tratamiento para este trastorno, los cuales se dividen en grupos como los antidepresivos inhibidores recaptadores de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN), antidepresivos tricíclicos (ATC), antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos específicos (NaSSA) y otros antidepresivo como el bupropión, mirtazapina, bloqueo NMDA (N-metil-D-aspartato), entre otros. (Rincones et al., 2021). Los efectos antidepresivos de estos medicamentos tienen un periodo de latencia de respuesta que varía entre 2 y 4 semanas. Así, el paciente en este periodo de tiempo, además de no notar importante

mejoría, percibirá efectos secundarios dentro de los primeros días de iniciar el tratamiento, lo cual añade frustración y desconfianza hacia la eficacia del tratamiento (Benedí y Romero, 2005; López, 2021; Pérez, 2017).

Siguiendo esta línea, el uso de estos fármacos para el tratamiento de la depresión no siempre muestran la respuesta esperada y en la mayoría de los casos conllevan efectos secundarios adversos y negativos que llegan a afectar la calidad de vida de los usuarios, lo que genera también baja adherencia al tratamiento, por lo que se ha sugerido que esta alternativa debería ser reevaluada y se proponga un tratamiento más eficaz que suponga menores efectos no deseados (Rincones-Pérez et al., 2021).

Entre los principales efectos adversos de estos fármacos pueden identificarse: posible asociación con tentativas autolíticas, incremento de riesgo suicida (especialmente en niños y adolescentes), somnolencia, sedación, síntomas gastrointestinales como el vómito, náuseas, diarrea y la hiponatremia, pérdida o aumento de apetito o peso, sangrado gastrointestinal, retención urinaria, sequedad bucal y ocular, estreñimiento, temblores, diferencias de tolerabilidad entre los fármacos, aparición de disfunción sexual (retraso o ausencia de la eyaculación, anorgasmia), dolor de cabeza, irritación en la piel, taquicardia sinusal, hipotensión y alteraciones en la conducción cardíaca (los cuales se relacionan más con los antidepresivos tricíclicos, especialmente en adultos mayores, en personas con enfermedad cardíaca o en quienes tienen polifarmacia) (Martín, 2022; Vilela et al., 2017; Vergel y Barrera, 2021; Pérez, 2017; Benedí y Romero, 2005; López, 2021; Pérez et al., 2016; Marinez y Bolaños, 2023). Así, “no siempre la elección de la terapia farmacológica resulta segura gracias al propio mecanismo de acción de los antidepresivos” (Marinez y Bolaños, 2023, p.16).

Así pues, los efectos secundarios adversos de los psicofármacos, los largos tiempos de respuesta, la necesidad del uso prolongado de estos (López, 2021); deben tomarse todos los días entre 6, 12 y 24 meses, según sea el caso y la prescripción, las creencias personales sobre los trastornos depresivos y su tratamiento o la relación médico-paciente, ponen de manifiesto importantes cuestiones de adherencia al tratamiento farmacológico que influyen en la eficacia de los mismos, anudado a la complicación de los síntomas o recurrencias de los mismos. Según Marinez y Bolaños (2023) “la no adherencia al tratamiento con medicamentos antidepresivos es un problema prevalente en la atención de la salud mental” (p.17); la OMS señala que la tasa de adherencia a tratamientos de larga duración es de aproximadamente un 50%, cifra preocupante

debido a que, personas que reciben un diagnóstico y, por tanto, una prescripción para el tratamiento de la enfermedad, dejan de seguir las indicaciones médicas, hecho que genera un incremento en las tasas de morbilidad, efectos en la calidad de vida, incremento en el número de recaídas o, en el peor de los casos, un desenlace fatal; lo cual, a la larga, presentaría un problema de salud pública debido al aumento de hospitalizaciones y costos sanitarios (Gaviria et al., 2017).

Por lo tanto, se hace necesario determinar nuevos estudios y terapias actualizadas o alternativas con la finalidad de propiciar un avance en pacientes con diagnóstico de depresión que no tienen una óptima adherencia a los tratamientos farmacológicos tradicionales para dicha condición. (López, 2021). Como el uso de estos fármacos para el tratamiento de la depresión no siempre muestra la respuesta esperada y en la mayoría de los casos conllevan efectos secundarios adversos y negativos que llegan a afectar la calidad de vida de los usuarios, lo que genera también baja adherencia al tratamiento, se ha sugerido que esta alternativa debería ser reevaluada y se proponga un tratamiento más eficaz que suponga menores efectos no deseados (Rincones-Pérez et al., 2021).

Como se mencionaba anteriormente, una de las posibles terapias alternativas, además de la psicoterapia, es el uso de sustancias psicoactivas, como el LSD (dietilamida de ácido lisérgico), la ketamina, el cannabis, el DMT (N,N-dimetiltriptamina) o la psilocibina, entre otras. Una de las sustancias que más se destaca, según estudios, es la psilocibina, debido a que no representa alto riesgo de adicción y muestra eficacia a nivel de la reducción de los síntomas del trastorno depresivo (Acosta, 2020). Además, no puede ser considerada sustancia de abuso porque, aunque tiene tolerancia, su potencial de abuso es casi nulo, tiene efecto a nivel farmacológico y posee una baja toxicidad, muestra mayores beneficios que riesgos y no genera síndrome de abstinencia (Estebas, 2020).

La psilocibina es un profármaco de la psilocina, que está presente en muchas especies de hongos comestibles que se pueden encontrar en zonas tropicales y subtropicales en todo el mundo. Es una sustancia psicoactiva y psicodélica, entendiendo por sustancia psicoactiva, aquellas que actúan directamente sobre el sistema nervioso central, alterando la percepción, la memoria, la conciencia, la conducta y el estado de ánimo (Estebas y Vicente, 2020). Dentro de las sustancias psicoactivas se encuentran los psicodélicos, que son sustancias que no inhiben o potencian las funciones mentales únicamente, sino que amplían la forma de percepción y conciencia, causando un estado de conciencia alterado.

La experiencia fenoménica del consumo de la sustancia es muy variable inter e intra individualmente en cuanto a efectos somáticos, perceptivos y psicológicos, dependiendo en gran medida de la dosis suministrada. Tal como señala Fernando Caudevilla (2013), los compuestos psicodélicos tienen como característica la alteración de la percepción del mundo exterior a nivel visual, auditivo, táctil y del propio cuerpo. A nivel interior se pueden apreciar modificaciones en la fluidez de los pensamientos, en la asociación de ideas y en la capacidad creativa para clasificar diferentes conceptos en nuevas categorías. En la esfera afectiva, pueden presentarse sentimientos de euforia o risa. Las experiencias psicodélicas suelen evocar sentimientos de aceptarse y aceptar al otro, de perdonarse y perdonar, de empatía por las personas, animales y seres vivos en general (Apud, 2019).

Otras de las características de las sustancias psicodélicas refieren a la sensación que expresan los pacientes de la disolución del ego, conexión con la naturaleza, el entorno, la comunidad, sentirse parte de algo más grande, que les trasciende y que se manifiesta más allá del yo e incluso de la propia vida: sensación de un poder superior, conexión con el universo; experiencias de unidad místico-cósmicas; conexión con lo emocional y con recuerdos biográficos (Nichols, 2016; Griffiths et al., 2006; Grof, 2005). Las experiencias provocadas por los psicodélicos pueden generar cambios a nivel de creencias, hábitos y también en síntomas relacionados a la depresión (Griffiths, 2021), dando lugar a nuevas formas de percibir los problemas e incluso de encontrar soluciones creativas a los mismos (Fadiman, 2017).

Según lo planteado en Estebas y Vicente (2020), diversos estudios antropológicos sugieren que el consumo de sustancias psicodélicas ha estado presente desde la prehistoria por su relación con la experiencia mística y religiosa, pues el consumo en rituales acompañados por la música potenciaría la cohesión grupal, por lo que se encuentran este tipo de prácticas en diversas sociedades. Sin embargo, a pesar de este historial de consumo, es en la segunda mitad del siglo XX donde habría un interés por esta sustancia como fármaco. En 1960, Timothy Leary y Richard Alper en la Universidad de Harvard, empezaron a realizar estudios con pacientes psiquiátricos administrándoles psilocibina comercializada por una farmacéutica suiza. Se obtuvieron resultados prometedores para el tratamiento de adicciones y sufrimiento psicológico, además, otros estudios demostraron la eficacia del LSD para el tratamiento del alcoholismo.

Entre los años 50 y 60 fueron publicados múltiples artículos sobre sustancias psicodélicas usadas en terapias. A pesar de todos estos avances científicos, la ola de contracultura hippie que se

oponía a la guerra de Vietnam y al presidente Nixon, fue la excusa para que en 1971 se firmara el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, que supuso la prohibición de la manufactura, importación, posesión y distribución de la psilocibina y el LSD en casi todos los países del mundo. Dicha prohibición presupone estigmas y prejuicios acerca del consumo y el uso de sustancias psicoactivas y psicodélicas con cualquier fin. Por esta razón, las investigaciones que usaban la psilocibina se vieron altamente limitadas. Sin embargo, cada vez hay más países que empiezan a despenalizar las sustancias psicoactivas, por ejemplo, el cannabis, lo que impulsa que se hagan nuevas investigaciones sobre su uso con fines terapéuticos.

En Estados Unidos, la Food and Drugs Administration (FDA), en el año 2018, permitió el uso regulado de la psilocibina con fines científicos, lo cual generó impacto en políticas internacionales permitiendo la posibilidad de que haya grandes avances con respecto a las investigaciones relacionadas al uso de psilocibina para diferentes trastornos (Acosta, 2020). Sus efectos son considerablemente superiores a otros tratamientos químicos y terapéuticos. Se ha demostrado que mejoran la conexión interneuronal y el estado de ánimo. Además, su consumo se correlaciona con un aumento de la entropía global cerebral y la conectividad entre diferentes redes neuronales (Estebas y Vicente, 2020). Estudios de neuroimagen con resonancia magnética funcional mostraron reducción de actividad en el córtex prefrontal medial, que presenta hiperactividad en la depresión activa y, por otro lado, se constató mayor activación en la amígdala como reacción a las imágenes de rostros emocionales, otro indicador de buena respuesta a la depresión (González y Bañón, 2019).

Entre otros efectos positivos y beneficios de esta sustancia, se ha encontrado en las diferentes investigaciones antecedentes que la psilocibina lleva al paciente a “estados emocionales estables y de reencontrarse consigo para controlar síntomas asociados a la depresión” (Acosta, 2020, p. 19), también, el mayor impacto de esta se ha evidenciado en la mejora del estado de ánimo, ansiedad, el rendimiento cognitivo, el bienestar general, la salud mental, aumento de la introspección, sociabilidad, creatividad, capacidad de rendimiento, reducción de la angustia psicológica y los pensamientos suicidas, como ayudante para las adicciones (Estebas y Vicente, 2020; Guimarães y Cecilio, 2020; Lea et al., 2020; Lorenzo, 2021; Ona y Bouso, 2020).

Ahora bien, es importante resaltar que el uso de la psilocibina debe considerarse siempre en espacios terapéuticos, con una intención clara, una preparación previa y una integración

posterior, aunque su toxicidad somática sea muy baja y no es considerada una sustancia de abuso, está contraindicada en pacientes con factores de riesgo psicótico (Estebas y Vicente, 2020).

Existen dos posibles vías farmacológicas a través de las cuales se puede intervenir la sintomatología depresiva y sus efectos. La presente investigación pretende aproximarse a quienes han decidido darle uso a la psilocibina como recurso farmacológico para paliar sus síntomas depresivos. Consideramos que esto permite una aproximación para comprender el fenómeno de la subjetividad dado que dicha decisión deja ver la construcción que hace el individuo de sí en relación con el uso terapéutico que hace de la psilocibina.

Así pues, para referirnos a la subjetividad de la experiencia de los individuos, siguiendo a Foucault (1982), la subjetividad se encuentra ligada a los mecanismos de poder y saber. El saber, aunque es un lugar en el que el individuo logra entablar un discurso que trata sobre distintos objetos, ha sido usado con fines institucionalizadores con los que se ejerce el poder dentro de las estructuras sociales. El sujeto aparece como un objeto dentro de las relaciones de poder y saber; la subjetividad se construye a partir de la sujeción o resistencia que hace éste frente a la autoridad de un dispositivo de saber que ejerce sobre sí y sobre su cuerpo a partir del Estado, la política, la economía, la medicina y otros dispositivos e instituciones de poder y saber que posibilitan la supeditación de los individuos mediante la objetivación y la homogenización, mediante categorías que se sobrepone a los cuerpos, y quienes se salgan de esa “normalidad” son impulsados a retornar a ésta. De esta manera, para lograr gobernarse a sí mismo, es importante saber de qué forma se está siendo gobernado para indagar sobre las posibilidades de alcanzar la autonomía necesaria para romper la subyugación y clasificación.

Por todo lo anterior, posiblemente las personas buscan tratamientos alternativos, como lo es la psilocibina, para el tratamiento de sus síntomas como formas de resistencia a la farmacología tradicional por lo que puede llegar a significar ésta como dispositivo de poder. Además, de acuerdo con los antecedentes encontrados y a la falta de estudios donde se indague la experiencia subjetiva del sujeto con la psilocibina como alternativa farmacológica de las personas con diagnóstico de depresión, específicamente, la cuestión que guiará nuestra investigación será: ¿cómo son los procesos de subjetivación que se tejen a partir del diagnóstico de depresión y del uso de la psilocibina como tratamiento alternativo?

## 2. Justificación

La depresión es un trastorno que es un tema de salud pública debido a su incidencia en la población con consecuencias para el bienestar, la salud mental y la calidad de vida de las personas que la sufren. Es importante considerar otras alternativas al tratamiento farmacológico, puesto que, como mencionamos anteriormente, este tiene diversos efectos secundarios desfavorables (disfunción eréctil, somnolencia, aumento/pérdida de peso, náuseas y vómitos, etc.).

De este modo, según encontramos en los antecedentes, diversos estudios han evidenciado que la psilocibina trae consigo beneficios para el tratamiento de múltiples trastornos, dentro de los cuales se encuentran las adicciones, el trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad y la depresión. Además de favorecer diferentes áreas de la vida del sujeto y procesos psicológicos como la creatividad, mejorar el estado de ánimo, propiciar la empatía y la creación de vínculos, restablecer conexiones neuronales que se ven afectadas por la depresión, ayudando así a salir del estado de letargo y favoreciendo la sensación de bienestar, entre otros.

Como se resaltó anteriormente, en la actualidad se ha estado estudiando e investigando el uso de sustancias psicodélicas y psicoactivas, tales como MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina), LSD (dietilamida de ácido lisérgico), ayahuasca, cannabis y psilocibina, más allá del uso recreativo o espiritual que normalmente se le han dado a estas y de los posibles daños que puede ocasionar a nivel orgánico el abuso de dichas sustancias. Entonces, este proyecto contribuye en la medida en que brinda una perspectiva del uso de la psilocibina como posible tratamiento terapéutico o, por el contrario, si induce un efecto placebo; al mismo tiempo que con ello se puede comprender los procesos de subjetivación y las diferentes subjetividades que se tejen.

De igual manera, se resalta la importancia de este proyecto dentro del ámbito de la psicología dado que brindará información sobre las experiencias en cuanto a mitigación de los síntomas asociados al trastorno depresivo en personas que usan psilocibina, para así continuar con las investigaciones recientes respecto a los tratamientos con psicodélicos como posible tratamiento alternativa que trae muchos beneficios, no solo para trastornos en específico, sino para la experiencia de bienestar general de los sujetos. Asimismo, se puede ampliar la perspectiva que se tiene sobre dicha sustancia y contribuir a otras investigaciones sobre psilocibina para tratamiento coadyuvante en trastornos alimenticios, de ansiedad y/o adicciones.

Por otro lado, posiblemente este proyecto represente una crítica a la industria farmacéutica, ya que, como es bien sabido, el mercado farmacológico se sustenta gracias a los diagnósticos, la sintomatología y los tratamientos que son propuestos y realizados por la tradición médica-psiquiátrica. Entonces, si los sujetos con sintomatología y diagnóstico de depresión hacen uso de la psilocibina para tratar su condición, esto supone una disminución del uso y acceso a los fármacos recetados normalmente y, por ende, una reducción de la producción económica de la que se lucran dichas industrias. Todo lo anterior sin olvidar la importancia de un trabajo interdisciplinario y la relevancia de la presencia de la terapia psicológica para la intervención de este trastorno y el acompañamiento, si se quiere, a este proceso con psicodélicos, en este caso, la psilocibina, para maximizar los beneficios de esta.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Describir cómo es la experiencia subjetiva de las personas diagnosticadas con depresión que usan la psilocibina como tratamiento alternativo para el manejo de sus síntomas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Analizar en el discurso de los sujetos, los significados y sentidos que atribuyen al diagnóstico de depresión, la sintomatología asociada y el cambio farmacológico.
- Identificar cuáles son las razones y motivaciones que han llevado a los sujetos a pasar del tratamiento psicofarmacológico habitual a uno alternativo, en este caso, la psilocibina.
- Identificar cuáles y cómo son los cambios percibidos en su sintomatología después del uso mínimamente prolongado de la psilocibina.

## 4. Marco teórico

### 4.1. Salud mental

Si hablamos históricamente sobre la salud mental, hasta 1946 no se encuentran referencias técnicas a dicho concepto como campo o como disciplina. En 1948 se crea la OMS y en el mismo año se celebra el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres. En la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental en 1950 se definen los términos de «salud mental» e «higiene mental». Refiriéndose con higiene mental a todas las actividades y/o técnicas que fomentan y mantienen la salud mental y entendiendo, a su vez, que esta última es una condición sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales/ambientales que permiten al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos potencialmente conflictivos y, a su vez, permite construir y mantener en el tiempo relaciones armoniosas con terceros y participar en cambios significativos en su entorno social y físico (Bertolote, 2008).

El origen del concepto de higiene mental se le atribuye a Clifford Beers en EE. UU en 1908 cuando publicó su obra *A mind that found itself*, un libro basado en su experiencia personal de ingresos en tres hospitales mentales. Dicho libro se popularizó y ayudó a tomar consciencia de que los problemas de salud mental y la prevención que debía realizarse por fuera de los muros del hospital, promoviendo a su vez el movimiento de higiene mental que consistía en mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención en dichos centros y que implicaba, a su vez, trabajar de la mano con las escuelas, los organismos sociales y los tribunales (Bertolote, 2008).

Posteriormente, entre los años cuarenta y sesenta, se produce un movimiento de recalificaciones y creaciones de instituciones nacionales e internacionales en torno a la referencia de “salud mental”. A nivel internacional, por ejemplo, existe el activismo por parte de la OMS y de la UNESCO, lo que lleva en el año 1960 a ser declarado como el “año mundial de la salud mental”. En dicha época se evidencia en particular como esta implicaba a su vez un estilo específico de analizar los problemas sociales, económicos y políticos del momento histórico, en los que se hacía mayor énfasis en las consecuencias afectivas de dichos problemas en los individuos, en una forma particular de biopolítica que se centraba más en gobernar estos efectos afectivos en el

desarrollo individual que en intervenir en las propias condiciones sociales y económicas (Doron, 2015).

Con el paso de los años, se origina una concepción biomédica de la salud mental, en la que lo mental es reducido a un proceso biológico y a la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad, dando a la enfermedad mental una importancia mayor que a la salud mental misma. En esta línea, surge en el año 2001 una definición institucional de salud mental ofrecida por la OMS, en la que la salud es sinónimo de bienestar físico y mental, donde se hace énfasis y se aclara que dicho bienestar no se refiere solamente a la ausencia de enfermedad. Desde esta perspectiva, la salud mental es vista como una reparación física puesto que se abandona el concepto de mente y es reemplazado por el de cerebro, lo que significa que la enfermedad mental es la manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico (Hernández et al., 2016).

Por otra lado, el auge de los estudios conductuales y cognitivos influenciaron la concepción de la salud mental, por un lado, la percepción de que la conducta es el eje básico para mantener hábitos y comportamientos socialmente aceptables hizo que se entendiera que la cura de los trastornos mentales estaba en un re-acondicionamiento de los sujetos que los padecen; y, por otro lado, la perspectiva cognitiva defendía que los trastornos mentales se determinan por formas distorsionadas o irracionales de pensamiento que llevan a los individuos a presentar afecciones emocionales o desajustes en su comportamiento. Desde estas perspectivas, se pretendía educar a las personas para el reemplazo o la creación de conductas y/o pensamientos que les permitiera integrarse en la visión del mundo socialmente aceptado y funcional. Lo anterior, dio pie para que diversas corrientes como la medicina social latinoamericana, la Escuela de Frankfurt, el movimiento de salud colectiva y las sociologías estructuralista y materialista, criticaran algunos rasgos del enfoque biomédico desde una postura socioeconómica y directamente a los modelos médicos de tratamiento a la salud mental como la medicalización, el individualismo, las intervenciones focalizadas en el estilo de vida y el modelo económico capitalista neoliberal al que obedecía su estilo de vida (Hernández et al., 2016).

La antipsiquiatría, a finales de la década de los sesenta, se convirtió en un movimiento que rechazaba la psiquiatría tradicional de la época por sus prácticas cuestionables como la lobotomía, terapias de *electroshock*, privaciones de sueño y/o comida, etc., y criticaba fieramente a los hospitales psiquiátricos, puesto que los mismos terminaban produciendo en los pacientes

dependencia a la misma institución y a la medicalización. A su vez, proponía una perspectiva psiquiátrica mucho más social y comunitaria, dado que defendía que la mayoría de patologías mentales, incluida la esquizofrenia, se derivaban más de problemas relaciones, por ende, como son trastornos derivados de la adaptación del individuo al medio, era en el contexto familiar y social en el que se desenvolvía el sujeto donde debía realizarse la terapia y no en un contexto hospitalario (Pastor y Ovejero, 2009).

Este movimiento tuvo mucha resonancia en la época debido a que surgió en un momento de crítica generalizada hacia la autoridad y la represión que se vivía por aquel entonces. Foucault en su obra *Historia de la locura en la época clásica*, publicada en 1961, crítica el encierro y a los hospitales psiquiátricos, y redefine el término locura como una cuestión social/relacional y propone una terapia alternativa basada en estudiar los sistemas familiares y sus subsistemas (pareja, individuo, hijos,) y otros grupos sociales que sean significativos para el individuo y que ayuden a determinar el origen de los conflictos y buscar asimismo cambios en sus dinámicas relacionales (Pastor y Ovejero, 2009).

El movimiento antipsiquiátrico propone, más allá que una crítica al modelo psiquiátrico tradicional, pensar esta disciplina como un instrumento de control social hacia aquellos individuos que no encajan en la normalidad preestablecida socialmente, donde el “loco” es en realidad un sujeto oprimido y dominado por el poder del sistema capitalista (Pastor y Ovejero, 2009).

Ahora bien, actualmente, y como señala la OMS, en su definición vigente de salud mental: “es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2008), lo que implica que el contexto en el que viven los individuos es fundamental para el desarrollo a plenitud de todas sus capacidades.

En Colombia, la salud mental definida por la Ley 1616 de 2003, es:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Colombia. Congreso de la República, 2013)

Por otro lado, el concepto de salud mental se refiere a una teoría enlazada a las relaciones entre sujetos humanos y a los afectos que se desprenden de estas. Como menciona Doron (2015), este concepto nos remite a lo que Foucault llamaba un “biopoder”, pues se pretende desde el asesoramiento hasta el internamiento, controlar todas las fases del desarrollo de los sujetos mediante dispositivos de poder. En contraposición a lo que plantea el concepto de higiene mental o la “biocracia” de Edouard Toulouse, donde se busca acompañar todas las fases del desarrollo de los individuos, desde el nacimiento hasta la muerte y dándole mayor importancia a las etapas de riesgo: primera infancia, niñez, adolescencia y tercera edad (Doron, 2015).

En este sentido, la salud mental va encaminada a la relación intersubjetiva de los sujetos y al desarrollo afectivo de cada persona en su relación con el otro. Esto quiere decir que todos los entornos sociales como la familia, las instituciones, los hospitales, etc., deberán examinar las posibles repercusiones de sus actos puesto que todas tienen un impacto en la salud mental de cada individuo (Doron, 2015). Y debemos preguntarnos también: ¿cómo la forma de relacionarse con el otro puede influir en su desarrollo afectivo y contribuir a su salud mental?, y ¿en qué medida el actuar como lo hago, perjudico o favorezco el desarrollo afectivo de los sujetos?

Como se ha visto, la definición de la salud mental ha pasado por diferentes momentos, las visiones descritas anteriormente convergen en la definición actual. Sin embargo, es necesario reconocer que lo mental no se inscribe solamente en lo biológico (cerebro) o en la conducta, sino que el ambiente en el que se desarrollan los individuos y sus condiciones socioeconómicas, representan el escenario en que estas podrán desempeñarse para hacer frente de la mejor manera posible a las circunstancias cotidianas (Hernández et al., 2016).

Por otro lado, el discurso médico se establece como una herramienta fundamental que permite comprender la subjetividad en el campo objetivo de lo somático. Así, el saber médico se posicionará como una ciencia de los individuos, como un saber que produce sujetos y se comprenderá lo que es el humano desde una concepción objetiva de su ser. Las tecnologías modernas no solo constituyen el cuerpo, sino que han dotado al ser humano de una comprensión somática de sí mismos, se moldea la existencia humana a partir de un saber positivo de la ciencia; partiendo de estos saberes particulares no solo se forma una subjetividad, sino que la producción de los sujetos se presenta en el entramado de prácticas y tecnologías, de mecanismos de poder (Estrada, 2015).

La medición y gestión de la salud mental, la realizan “expertos” que son presentados desde un ejercicio de saber, como lo son los manuales diagnósticos. El diagnóstico, el chequeo de síntomas y signos encasillan al sujeto en una categoría, le otorgan rasgos que condicionan su subjetividad. Estas formas de subjetividad modeladas por el discurso de un saber científico están respaldadas por cierto poder que no es cuestionado debido a su legitimidad institucional. Son estos dispositivos e instituciones quienes toman decisiones frente a tratamientos, métodos y frecuencia de estos, sin tener en cuenta características particulares. Sin embargo, la salud mental debe ser una cuestión de sujeto, donde la palabra y la subjetividad deben ser tenidas en cuenta (Castro, 2013).

Según Caponi (2012), el poder psiquiátrico, o poder disciplinario en términos foucaultianos (1973), comienza a distinguir y etiquetar a las personas mediante los términos “normal” o “patológico”, donde personas consideradas normales se marcan con la etiqueta de “trastorno mental”, posibilitada, al mismo tiempo, por el surgimiento de los manuales diagnósticos como el DSM. Se trata entonces de una cuestión teórica y política que expresa una pretensión clasificatoria de la psiquiatría. Así, las tasas de trastornos mentales fueron aumentando drásticamente, gracias también a la salud pública y sus intervenciones cuantitativas y estadísticas, ello posibilitado por la creación de nuevos diagnósticos que transforman comportamientos cotidianos, comunes en la sociedad, en patológicos y, a su vez, la industria farmacéutica se encargará de promover: la tristeza, los déficits cognitivos menores, los arrebatos de ira, las conductas sexuales, adicciones a ciertos comportamientos cotidianos como ir de compras, el consumo de sustancias, etc. bajo una representación de anormalidad o desviación.

## **4.2. Medicalización**

La salud mental debe ser entendida en el marco de un proceso más amplio de medicalización que inició desde el siglo XVII con el desarrollo de la psiquiatría moderna y la expansión del discurso y el saber médico. Según Foucault (1976), hasta el siglo XVIII con la teocracia, el Estado se propuso la tarea de cuidar las almas de sus ciudadanos, siendo éste un régimen político donde la salvación del alma se constituía en uno de los principales objetivos, llegando incluso a forzar a los individuos al cuidado y, por tanto, a su salvación. Superado este régimen, aunque no exterminado, a partir del siglo XVIII la medicina comienza a expandirse,

empezando a preocuparse por campos diferentes de las enfermedades y los enfermos, dejando de ser esencialmente clínica, para comenzar a ser social.

Aparece así la medicina como una autoridad social, como un saber que se permite tomar decisiones a nivel macro y micro, un barrio, una institución, una ciudad, un reglamento; como un campo de intervención mucho más amplio, distinto de las enfermedades y las demandas del enfermo, entrando a opinar y gobernar sobre el aire, el agua, la tierra, la alimentación, las construcciones, los terrenos y las condiciones de habitabilidad, los desagües, etc., enfocándose así en todo lo que pueda garantizar la salud del individuo, constituyéndose la limpieza y la salubridad como herramientas cruciales para el desarrollo de la medicalización de la existencia. Como un mecanismo de administración médica: registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, etc., el acto médico ahora involucra una serie de operaciones: observar, registrar, comparar, establecer correlaciones y procesos, todo ello consignado en registros, informes o historias médicas, que suelen distar de los relatos que da el paciente y de su realidad, de aquí que la estadística y la medición de la eficacia sean ahora la medida de una buena gestión hospitalaria y de la salud pública en general, es así como se pierde lo cualitativo y lo subjetivo, las experiencias de los enfermos, por ejemplo, se desdibujan (Ravanal y Aurenque, 2018). Por último, la introducción de un aparato de medicalización colectiva: el hospital, que inicialmente no era un espacio para la medicalización, sino que era el recinto donde los enfermos iban a morir.

Ahora bien, siguiendo el planteamiento de Foucault (1976), con la aparición del hospital como espacio para la medicalización y todos los controles sociales que están en dominio de la medicina, ésta pudo tomar impulso, expandiéndose a dimensiones totalmente nuevas, apropiándose de otros espacios de la existencia, volviéndose una práctica social y ya no individual.

Transformada entonces en una práctica social, la salud pública toma gran relevancia y la evaluación general de ésta, de los beneficios y daños, se torna brumosa al hablar de qué, cómo, cuántos, quiénes y por qué son beneficiarios o perjudicados de los sistemas de medicalización (Ravanal y Aurenque, 2018), lo cual coincide con lo que plantea Illich (1975) sobre la “lógica de crecimiento industrial”, para quien las instituciones y grandes empresas cumplen la función de legitimar el control de los hombres, su sometimiento a los imperativos de una masa creciente de pobres y una élite cada vez más rica, así, la pretensión de eficacia social de la salud pública y la medicina, no puede ser observada con exactitud puesto que su función real se contradice con el discurso común que tiene la idea de un progreso social indefinido, sin límites.

Foucault (1976) hace un análisis de la economía política de la medicina. La medicina y la salud vistas como asuntos económicos, hace referencia a la influencia que la economía capitalista ha tenido en el desarrollo de la medicina. Desde su análisis, la mercantilización de la sociedad ha contribuido a la transformación del modo y el sentido mismo de la práctica de la medicina, de esta forma, la medicalización es está articulada a la racionalización económica y puesta al servicio de la producción de las industrias, por el control de accidentes laborales, el compromiso de seguros y responsabilidades patronales. Así pues, la medicina tenía como labor relevante, mantener trabajadores saludables y fuertes que sostuvieran la producción. Por ello, en la actualidad, la medicina produce riqueza directamente, esto debido a que la salud es entendida como algo que se consume, como un producto, que tiene un mercado específico de bienes y servicios médicos.

Complementando su argumento, Foucault se refiere a la medicalización indefinida como la salud que se impone ante el individuo, ya no como una demanda individual del enfermo, como se mencionó anteriormente, sino como un acto de autoridad, como un modo de gobernar la conducta, y no solo eso, sino también el cuerpo y la relación que establece el individuo con éste, reforzando así el control sobre la conducta, posibilitado por las instituciones y poderes de la sociedad capitalista en los que un grupo o individuo se circunscribe. Esta forma de medicalización, ya no solo se trata de conservar un cuerpo saludable para fines productivos, sino también de mantener una moral sobre el cuerpo, tanto el propio como el de los demás, compuesta de reglas, deberes y prescripciones del saber médico sobre qué hacer con nuestro cuerpo y cuál sería el modo adecuado para cuidarlo y mantenerlo. Entonces, la medicina, desde la modernidad, representa un poder autoritario que normaliza al individuo y a la población.

De este modo, el saber médico científico se instaura como dominante, donde no hay nada que se escape de su racionalización e intervención, sus lógicas dejan de limitarse al interior de las instituciones de salud y lo que es considerado enfermedad para articularse al resto de instituciones y esferas sociales e individuales (Caponi, 2000; Foucault, 1976). Dando pie a la emergencia del cuerpo como locus de preocupación y de moralidad, de cuidar la materialidad de la existencia para preservar el orden y la descendencia, buscando cualquier resquicio que deba ser modificado en pro de la normalización, sujetándose a técnicas y procedimientos de control (Foucault, 1976; Pinafi, 2012).

En este orden de ideas, hablamos de una biopolítica, la cual implica considerar aspectos como: en primer lugar, diferentes discursos de verdad sobre el carácter vital de la existencia

humana y todo un conglomerado de autoridades competentes, sean por su condición saber o su alcance, para hacer jugar dichas verdades que se han instalado en el mercado, en este caso particular; la medicina y los expertos que se desprenden de ella: salubristas, nutricionistas, genetistas, odontólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, etc. Segundo, estrategias de intervención sobre las poblaciones en nombre de la máxima biopolítica de la vida y la salud, no necesariamente ligadas a territorios nacionales, sino a razas, etnias, géneros o formas emergentes de la ciudadanía. Por último, modos de subjetivación donde los individuos son llevados a trabajar sobre sí mismos, teniendo el imperativo de la actividad y la responsabilización en la gestión de su existencia corporal (Estrada, 2015).

Lo anterior, dicho de otro modo, refiere a que las nuevas dinámicas demográficas que posibilitaron la disolución de la antigua ciudad y el avance ineludible de un sistema de producción capitalista, dieron pie al diseño de dispositivos de regulación social extensivos y eficaces (Fuster, 2012), debido a la emergencia de una población como asunto político y económico, se da la emergencia de todo un conglomerado de instrumentos y técnicas que permitieron la formación de una tecnología de la población en la que “el cuerpo del trabajador dejó en evidencia su utilidad, rentabilidad y maleabilidad” (p.70).

Por ello, señalan Murguía et al. (2016) que en las sociedades contemporáneas occidentales y, en el caso concreto de América Latina, es innegable la importancia que tiene el discurso médico como ciencia en todas las esferas de la existencia; sus alcances, logros y también riesgos, no han dejado de expandirse desde el siglo XVIII, convirtiendo la medicina y su discurso en una presencia casi omnipresente en la vida de todos los seres humanos, hasta el punto de que parece no tener exterioridad. Este progreso médico se ha intensificado al punto de que, los procesos de medicalización, cada vez conquistan un mayor número de conductas, condiciones, experiencias y existencias, estas son categorizadas como enfermedades o desórdenes y son posibilitados por un diverso número de autores: profesionales de la salud, industrias farmacéuticas, ONGs (organizaciones no gubernamentales), compañías de seguros, gobiernos, etc.

Así, en América Latina con la influencia de Foucault, esta práctica, según Murguía et al.

Constituye una tecnología de control solamente comparable a la ley en su capacidad de categorizar a las personas y los comportamientos. Una tecnología que se implanta en la sociedad de manera cada vez más profunda, abarcando el cuerpo y la mente de los sujetos;

que tiene dimensiones epistémicas, morales y políticas y que se impone, mediante vías formales e informales, como una de las instituciones cruciales en el ordenamiento de la vida colectiva de las naciones. (2016, p. 641)

Parece entonces que la tolerancia al sufrimiento, por ejemplo, ha disminuido, de tal forma que el individuo siente que requiere de la atención sanitaria para paliar situaciones que antes eran aceptadas e incluso resueltas sin la necesidad de recurrir a los profesionales y al dispositivo. El paciente consulta, incluso, antes de que aparezca la enfermedad, acude nada más cuando aparece un síntoma, exigiendo pruebas y un diagnóstico inmediato, solicitando tratamientos que resuelvan rápida y eficazmente el cuadro; se prescriben tratamientos que, en muchas ocasiones, resultan ineficaces y supondrán nuevas consultas y nuevos tratamientos, con el correspondiente aumento del coste (Cerecedo et al., 2013a).

En ese caso, cuando la alternativa de solución para el problema no resulta eficaz, no consigue su propósito, es frecuente que el profesional piense que lo que ha fallado no es la solución que ha puesto en marcha, sino que considere que no la ha aplicado con suficiente intensidad y por ello vuelve a utilizarla con más ahínco, traduciéndose esto a nuevos fármacos, más dosis, más pruebas diagnósticas, derivación a otros especialistas, etc. (Cerecedo et al., 2013b). Aumentando así, la dependencia a los sistemas sanitarios y disminuyendo la capacidad de adaptación del hombre a situaciones estresantes de la vida.

Según Cerecedo et al. (2013b) cada día se atienden a más personas que se quejan de malestares, que quizá tienen más que ver con “estar mal” que con auténticas enfermedades: tristeza, hiperactividad, anorexia, bulimia, vigorexia, adolescentes problemáticos, entre otros. Se psicopatologiza entonces la existencia y se toma de la mano con la medicalización. La adversidad cotidiana y la experiencia de la existencia toma el nombre de enfermedad y, muchas veces, de enfermedad mental, por ello se da el notable aumento de las consultas en los diferentes dispositivos sanitarios. Tal es el caso de la depresión, considerada como la enfermedad del siglo XXI (Minsalud, 2017), por el alto impacto que ha tenido en la salud pública, que, de acuerdo con las cifras brindadas por SISPRO, las atenciones de depresión se han incrementado desde el 2009, volviéndose un diagnóstico recurrente atendido por los servicios de salud en Colombia.

La medicalización potencia la producción de la industria farmacéutica, la cual ofrece una solución a todos los malestares (emocionales en este caso) en cápsulas o píldoras cargadas de

miligramos de sustancias de diferentes colores, tamaños y formas con una promesa de mejoría y de reducción del sufrimiento, como si sufrir fuese una anormalidad que tiene que ser combatida, corregida, silenciada, exterminada; el uso de los psicofármacos, comienza a restringir la actividad y experiencia humana, llevando al hombre a incluirse dentro de un sistema que lo deshumaniza (Pinafi, 2013).

En la actualidad, las personas buscan anesthesiarse cada vez más para no sufrir, es entonces comprensible el éxito de los aparatos farmacológicos sobre los cuerpos y las subjetividades de los individuos; la subjetividad implica un proceso de producción llevada a cabo dentro del plano existencial socio-histórico-político y culturalmente delimitado como efecto de formaciones discursivas que se dan en conjunto con saberes, poderes y placeres (Pinafi, 2013). El privilegio de la respuesta farmacológica para los sufrimientos individuales y cotidianos nos ubica en el campo de las intervenciones psiquiátricas bajo el mando de unos profesionales que tienen un saber que les permite la autoridad para determinar la normalidad o anormalidad/patología de los comportamientos y experiencias humanas. Según Caponi:

En el momento en que el dominio de la ética y de la política es reducido al campo de lo biológico, del cuerpo especie, nuestros sufrimientos individuales y cotidianos, nuestros vínculos sociales, miedos y deseos pasarán a estar mediados por intervenciones terapéuticas o preventivas, sean ellas médicas o psiquiátricas, interesadas en clasificar todos los temas propios de la condición humana en términos de normalidad o de patología, limitando cada vez más nuestra margen de decisión ética y de acción política. (2012, p. 112)

La terapéutica psiquiátrica, de la locura, de quienes se comportan de un modo considerado anormal o patológico, es definida por Foucault como

El arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un flujo irreversible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas. (1973, p. 24)

Ello le permite al saber y dispositivo psiquiátrico desplegar un predominio sin límites, irresistible. Del mismo modo, por su tradición médica, los primeros psiquiatras pretendieron ubicar corporalmente a la locura, puesto que ésta era una enfermedad sin sustento material y sin correlatos orgánicos, lo cual los llevó a hallar los marcadores biológicos de la enfermedad mental (Bedoya-Hernández y Castrillón-Aldana, 2018). Sobre la base de esto, es donde resulta posible el encadenamiento de las ideas mediante las cuales, la curación es factible. Por ello, encontramos en la psiquiatría y su tratamiento, un acto terapéutico fundamental (Foucault, 2007).

En la década de los 80, comienza a ser aceptado por los profesionales de la medicina y por la población en general, el paradigma de la enfermedad mental volcado a un modelo bioquímico, lo cual coincide con el lanzamiento de los nuevos psicofármacos al mercado, expandiendo la comercialización de los antidepresivos (Cerecedo, 2013b). Todo este nuevo paradigma, nos lleva a considerar el malestar emocional como una enfermedad susceptible de medicalización, que ya no es guiado completamente por el conocimiento científico, sino también por el sistema de valores. Estas intervenciones psiquiátricas y farmacológicas propician una actitud pasiva del individuo ante su propia vida y cristalizará el papel de enfermo, que tendrá que consultar y tomar antidepresivos cada que se sienta triste (Cerecedo, 2013a).

Ahora bien, continuando con la posibilidad que ofrecen manuales como el DSM de generar clasificaciones diagnósticas que etiquetan a los sujetos con “trastornos mentales” como condición patológica, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) da un giro e intenta ordenar los fenómenos observados de un modo que fragmenta progresivamente el proceso de enfermar. Las nuevas clasificaciones de estos manuales respondían cada vez más a concepciones biomédicas y se alejaban y desarticulaban de la comprensión de los síntomas de los sujetos. Como consecuencia, sus objetivos se dirigían más al uso de los tratamientos farmacológicos y a los intereses de la propia clasificación. Estos diagnósticos, llegaron a promover la creencia de que el afecto “tristeza” y algunos síntomas de la depresión, propios de la condición humana, tenían su génesis en un desorden o déficit de neurotransmisores cerebrales y, especialmente, los bajos niveles de serotonina (Gómez, 2022).

Siguiendo esta línea, los sentimientos de inhibición, decaimiento o insomnio, tienden a ser tratados químicamente, movilizados por sustancias tranquilizantes o estimulantes que sirven para acallar los síntomas pero sin hacerse cargo o solucionar lo que ha generado el sufrimiento en el individuo, que no siempre tiene que ver con desbalances químicos de neurotransmisores en el

cerebro, debido a esto, se atribuye a los psicofármacos la respuesta completa y absoluta al sufrimiento humano, propio de su condición de existencia, dejando intacta la pérdida del yo que subyace al sufrimiento (Pinafi, 2013). De este modo, estos problemas externos al cuerpo biológico, definidos como trastornos que se pueden tratar con medicamentos. Así, la depresión más que un trastorno del estado de ánimo, se convierte en un modo de subjetivación, es decir, estar “deprimido” comienza a ser visto y tomado por los individuos como una identidad, es decir, emerge una forma de producir sujetos medicalizados que se definen a partir de lo que les afecta, son nombrados por la psiquiatría e intervenidos por la farmacología (Machado y Ramires, 2014).

Entonces, según Pinafi (2013), la medicalización y la psicologización (y psicopatologización) de lo social y cotidiano, propio de la condición humana y de su existencia, ha sometido la vida a un proceso de normalización a través de la gestión biopolítica de los cuerpos, lo cual, al mismo tiempo, va relegando el uso de otros dispositivos o terapias, debido a que, el consumo irrefrenable de antidepresivos que, aparentemente, menos costosos que un tratamiento psicoterapéutico (Machado y Ramires, 2014; Pinafi, 2013).

Dicho esto, lo planteado a lo largo de este apartado nos remite a los modos de subjetivación que propicia el discurso médico y medicalizador de la existencia, posibilitado por diferentes dispositivos, tecnologías y expertos como psiquiatras y psicólogos. Cabría preguntarnos ahora cómo es posibilitada la subjetivación al tener como referente la medicalización de la vida. Así, articulando el pensamiento y concepción de Foucault (2009) quien piensa la subjetividad como las formas que tiene un individuo de situarse frente a verdades (generalmente dadas por la ciencia y los discursos asociados a ella: medicina, psiquiatría, psicología, sociología, etc.) surgidas en un momento sociohistórico específico y frente al conjunto de normas que le indican cómo conducir su existencia, hasta el punto de convertirse en un sujeto.

Bedoya-Hernández y Castrillón-Aldana (2018) hipotetizan que la extensión del poder y autoridad psiquiátrica en el siglo XX, posibilitada por el discurso medicalizador de la psiquiatría y de la prevención de las enfermedades, trajo como resultado el hecho de que las personas comenzaran a leerse a sí mismos en los términos de la psiquiatría, haciendo una comprensión sobre sí en los términos de este saber. Entonces, con la psicopatologización, los individuos comienzan a ver aspectos de la vida cotidiana como patológicos, como comportamientos que deben ser prevenidos, cambiados, corregidos, instaurándose el miedo a enfermarse como un modo de dirigir la conducta de las personas, tornándose el discurso psiquiátrico como un recurso de gobierno de

los otros. Dicho de otro modo, estos autores señalan que este discurso “dicta las normas subjetivas para actuar, pensar, relacionarse (consigo mismo y con los otros), emocionarse, desear y sentir” (p. 20).

De un modo más específico, las ciencias “psi” (psicología, psiquiatría, psicoterapia...), que emergieron durante los dos últimos siglos, han gobernado a las personas mediante un extenso armamento de veridicciones y prescripciones de la conducta y la existencia que pretenden que cada individuo se convierta en un tipo específico de ser humano: que sienta, piense y se emocione de un modo determinado y que constituya un tipo de relación singular consigo mismo, con los otros y con el mundo (Bedoya-Hernández y Caponi, 2021). Dicho de otro modo, las psicociencias se constituyen como una tecnología de subjetivación, en otros términos, “una poderosa matriz de subjetivación” (p. 2).

Como se puede ver, resulta que la salud es inseparable de las tecnologías modernas que han constituido al cuerpo y que han dotado a las personas de una comprensión somática de sí mismos, como plantea Rose (1994), vinculando el discurso médico con el moldeamiento de una existencia humana única, como un territorio que se gobierna a manos de unas racionalidades inscritas en el saber positivo de la ciencia (Estrada, 2015). Se producen sujetos en el marco de un entramado de prácticas y tecnologías, de mecanismos de poder que se instauran en la sociedad industrial moderna. De este modo, la dualidad del saber y del poder de éstas, fabrica y genera nuevos hábitos y formas de existir en el mundo, al mismo tiempo que conlleva a maneras de subjetivación que se compaginan con la realidad económica y política de la sociedad.

Sucede que el fenómeno de la medicalización, según Stolkiner (2013), articula lo económico, lo industrial, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad y, del mismo modo, en los procesos de salud, enfermedad y cuidado. Lo cual puede entenderse como un antagonismo en nuestra época entre objetivación y subjetivación a través del proceso de medicalización y biomedicalización. Posibilitado por lo que Stolkiner refiere como una hegemonía discursiva, que es un elemento de una hegemonía cultural que abarca grandes esferas y que se establece como legítima en la práctica de los diversos estilos de vida, costumbres y actitudes, que indica los temas aceptables y, por tanto, las maneras tolerables de comportamiento, convirtiéndose en un conjunto de reglas que forma parte de los dispositivos de control social. La hegemonía discursiva, le da “derecho de fiscalización sobre los que no tienen derecho a la palabra:

los locos, los criminales, los niños, la plebe campesina y urbana, los salvajes y otros primitivos” (p. 3).

Entonces, siguiendo el planteamiento de Stolkiner, la medicalización se inicia con el nacimiento de los estados capitalistas modernos occidentales, cuando la medicina positiva hizo parte de la gubernamentalidad estatal incorpora la vida como objeto de la política, configurándose lo que Foucault denominaba biopolítica, donde la moral médica de la época es introyectada por los individuos y pasa a formar parte de las elecciones vitales del ser humano, que ya no se trata solo de un gobierno de los cuerpos, sino que intenta incorporarlos en una producción de valor (la vida como valor) en pro de las completas y correctas facultades relacionales, sentimentales y cerebrales del trabajador y, por tanto, su fuerza de trabajo. Así, se reduce el cuerpo a su dimensión biológica y en algunos casos, como el de las enfermedades psiquiátricas, a incorporar fallas morales como enfermedades. Según Stolkiner (2013) “Las instituciones de salud, las prácticas en salud, en las que hegemoniza el paradigma medicalizante son productoras de subjetividad y, simultáneamente, de padecimiento subjetivo” (p. 10).

### **4.3. Depresión**

La depresión no es una condición exclusiva de la época actual, sino que ha sido estudiada desde hace varios siglos, el concepto ha ido evolucionando tanto teórica como culturalmente a lo largo de la historia. Síntomas como desesperación, insomnio, pérdida de apetito, intranquilidad, irritabilidad y tristeza marcada constituían lo que era denominado, en los siglos V y VI a.C por los antiguos griegos, específicamente por Hipócrates, como melancolía. Este la relacionaba con una alteración humoral en la que se desestabilizaba la bilis negra, que era uno de los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla) que constituyen al ser humano (Aguirre, 2008).

Posteriormente, en el siglo I d.C, Areteo de Capadocia describe la melancolía, distinguida por tristeza y abatimiento, mientras que la manía caracterizada por ira y regocijo, ambos como extremos de una misma condición (Benavides, 2018). Los islámicos y occidentales mantendrían esta concepción durante casi mil quinientos años (Cobo, 2005). Según Benavides (2018), Galeno acogería dicha noción haciendo una descripción similar a la propuesta por Hipócrates, considerando la melancolía como locura crónica afébril, donde el sujeto padecía de síntomas

psicológicos como cansancio, tristeza, abatimiento y deseos de morir, en compañía de síntomas gastrointestinales.

Durante la época medieval, el catolicismo estableció un pensamiento mágico religioso sobre los problemas mentales, donde se explicaban como posesiones, hechicerías y brujerías desencadenadas por actos inmorales o pecaminosos (Benavides, 2018). Dichas definiciones se conservaron hasta el renacimiento, donde empezó a tenerse una percepción más humana y médica acerca de las enfermedades mentales; época en la que varios autores retoman la concepción de melancolía definida desde la teoría humoral. En 1621, Burton introduce una nueva idea de la melancolía relacionada exclusivamente con lo mental o “nervioso”, y donde describe, además, posibles tratamientos (Aguirre, 2008; Calderón, 2012).

Aguirre (2008) señala que el concepto de "depresión" comienza a introducirse en la época de la Ilustración por escritores como Blackmore, Whytt, Pinel, Tuke y Beard, estos presentan la depresión como una afección mental, del espíritu o un “agotamiento nervioso”, sin embargo, se mantenía el término de melancolía para hacer referencia a cierto conjunto de síntomas. En el siglo XVIII, Pinel, por ejemplo, hace alusión a la melancolía como una alteración de la función intelectual (Calderón et al., 2012), además, se inspiró en las clasificaciones realizadas por Boissier para entablar en sus obras principios diagnósticos de la psiquiatría moderna y clasificó las enfermedades mentales en cinco: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo (Pacheco et al., 2015). Mientras que, por su lado, Esquirol introdujo nuevos conceptos a la clasificación de Pinel y considera la melancolía como un delirio parcial crónico, donde se presentaba un afecto triste, depresivo o debilitante (Zoch, 2002).

Posteriormente, a principios del siglo XX, Kraepelin, en su clasificación de las enfermedades mentales, el cual se considera como el antecedente fundamental del DSM (Villalpando, 2019), hace uso del término “locura depresiva” para hablar de dos fases, la maníaca, en la que había presencia de exaltación, hiperactividad, alucinaciones, irritabilidad y fuga de ideas y, por otra parte, el ánimo depresivo, donde se presentaba poca activación motora, ideas suicidas e inhibición del pensamiento. Dejó de lado el término melancolía al observar que muchas personas que padecían síntomas melancólicos sufrían al menos un episodio maníaco, hasta convertirse en lo que hoy en día se concibe como trastorno bipolar I, separando este diagnóstico del de depresión (Cobo, 2005; García, 2017). Como se señaló anteriormente, el término “depresión” había sido usado para caracterizar síntomas anímicos de la melancolía, pero es a partir del siglo XX donde el

concepto de melancolía se va dejando de usar de manera progresiva y comienza a establecerse el de depresión, tal y como lo indica García:

A comienzos del siglo XX se verán los últimos usos del término “melancolía”. A pesar de la popularidad del término “depresión”, aún no es el más usado y compite con otras terminologías acuñadas a comienzos de siglo (no es sino hasta la segunda mitad del siglo XX que “depresión” será el término de mayor uso, gracias en parte al DSM 1 y la CIE 6). (2017, p. 12)

Las clasificaciones médicas han permitido categorizar a los sujetos dentro de un mismo grupo cuando comparten ciertas características. En el caso de los trastornos mentales, se establecen normas de cuantificación, en las que las personas que se desvían de una media estadística son quienes se salen de la “normalidad” para entrar a una categoría que representa algo patológico; por lo que se hacen necesarias formas de normalización para que el individuo retorne a la normalidad de la que se ha alejado (Caponi, 2009). Aquí el sujeto se determina dentro de una medida estadística como éxito o fracaso, donde se diferencian las personas depresivas de las sanas y que va en dirección a que el individuo renuncie a las disimilitudes y entre a los ideales que representan la sanidad mental (Villalpando, 2019).

Es de este modo que, después de la Primera Guerra Mundial, se va a construir otro sistema de clasificación de las enfermedades mentales que permitiera dirigir el ejercicio de los psiquiatras de una manera más focalizada y objetiva; es entonces, donde surge el “Medical 203”, que usaba principalmente términos psicoanalíticos. Siguiendo a García (2017), es en la sexta versión del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), publicación realizada en 1949 por la OMS, que se incluye por primera vez una clasificación de las enfermedades mentales, donde aparece la depresión, sin embargo, no hay explicación etiológica ni tratamiento para el trastorno.

En 1952 se publica el DSM-I como clasificación de las enfermedades mentales desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría, en la que la depresión se clasifica a partir de los postulados de Kraepelin y Meyer, considerada como una “reacción psicótica depresiva” o dentro de las reacciones psiconeuróticas como “reacción depresiva”; se mencionaban también sus posibles causas, aunque no había mucha confiabilidad en dichas clasificaciones (García, 2017). A pesar de los intentos de los manuales CIE y DSM de clasificar las enfermedades mentales, a finales de los años setenta no había claridad nosológica sobre dichas patologías, incluida la depresión, aún con la publicación del DSM-II en 1968, tal y como lo plantea Del Barrio: “Hubo también discusiones

sobre terminología especialmente en esquizofrenia. Nadie quedó satisfecho. Así que un año después de su aparición comenzó su revisión” (2009, p. 84).

Es a partir de la publicación del DSM-III, el manual da un listado de criterios específicos para el diagnóstico de las enfermedades mentales, incorporando un sistema multiaxial que tenía en cuenta cinco ejes que impulsaron la precisión en los diagnósticos y tratamientos, incluyendo características psicosociales. En este orden de ideas, el DSM ha tenido varias revisiones de sus múltiples versiones, por ejemplo, en 1987 se publica el DSM-III- R, donde se introdujo una escala para valorar el nivel de adaptación del sujeto (GARF), lo que permitió una mayor generalización del manual. Asimismo, se publicó la versión DSM-IV en 1994 y DSM-IV-TR en el año 2000 (Del Barrio, 2009; Velásquez y Sanz, 2008).

El DSM-V, publicado en el año 2013, establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. No todas las personas que padecen depresión experimentan toda la sintomatología, algunos solo padecen unos pocos síntomas, además, se debe cumplir con algunos criterios diagnósticos en términos de duración y gravedad de los síntomas para que se establezca un diagnóstico u otro, como por ejemplo, depresión mayor, grave o moderada, con síntomas psicóticos, etc. Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo triste y vacío, enojo fácil y mal humor, pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban (como estar con familiares, amigos o parejas), pérdida o aumento de peso, insomnio, incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás, disminución de energía, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse, pensamientos de muerte o ideas suicidas (APA, 2013).

En este orden de ideas, para que se pueda realizar una nosología de la depresión, deben haber personas que luego de que un psiquiatra les haya otorgado un diagnóstico, se identifiquen como pertenecientes a dicha clasificación, es decir, que se reconozcan como depresivos; una categoría donde se defina el diagnóstico y las posibles diferencias que pueden haber; médicos y psiquiatras considerados expertos que puedan establecer una clasificación para lo cual son necesarias instituciones en las que se lleven a cabo las diferenciaciones de lo que es depresión y lo que no, o lo que es considerado como normal y lo que no (Caponi, 2009). Sin embargo, puede suceder que haya sujetos que tengan sintomatología depresiva y no se identifiquen con la clasificación, etiqueta o categoría otorgada por el médico, pero esto pasa a un segundo plano puesto que, ya dentro de unos criterios diagnósticos, no importa lo que piense el sujeto.

Por otra parte, Vásquez y Sanz (2008) sugieren que la depresión es uno de los diagnósticos clínicos más frecuentes y uno de los que mayor índice de mortalidad representan gracias a las conductas suicidas desencadenadas a partir de éste; tal y como lo plantea el Observatorio de Bioética-UCV (2023), diariamente se suicidan 3.000 personas, una por segundo, cada año lo hacen alrededor de 800.000 personas en todo el mundo, se calcula que por cada suicidio consumado, hay 20 intentos y supone el 57% de las muertes por causas no naturales. Es considerado un problema de salud pública porque genera gran nivel de discapacidad, según la OMS (2023), el 5% de los adultos padece de depresión. Por otro lado, es importante aclarar que, si bien la tristeza es un síntoma característico de la depresión, no es un síntoma suficiente para realizar un diagnóstico, ya que la depresión está presente en diversas enfermedades mentales. También, es fundamental que se haga una diferenciación del estado de ánimo depresivo que representa una patología a uno que puede llegar a ser cotidiano o transitorio, en la que las reacciones patológicas deben presentar cierta intensidad cuantitativa a nivel sintomático, influyendo en el nivel de funcionamiento del sujeto.

Sin embargo, la sintomatología que puede presentar una persona con un cuadro depresivo puede ser muy variada. Existen síntomas anímicos como tristeza, infelicidad, pesadumbre, irritabilidad, nerviosismo, anhedonia, llanto excesivo e incluso en cuadros más graves incapacidad para llorar. Síntomas motivacionales y conductuales como estado de inhibición, pérdida del sentido a la vida, desesperanza, incapacidad para ejecutar acciones cotidianas como tomar un baño hasta abandono laboral; retardo psicomotor y en casos extremos, mutismo y parálisis motora. Los síntomas cognitivos afectan procesos básicos como el pensamiento, la atención, el control ejecutivo y la memoria, puede haber presencia de pensamientos rumiativos, sentimientos de culpa y baja autoestima. Los síntomas físicos están caracterizados por alteraciones en los ciclos de sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga, pérdida de apetito y deseo sexual, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales. Y, por último, la sintomatología interpersonal, donde hay un deterioro de las relaciones interpersonales que causa aislamiento social (Vásquez y Sanz, 2008). Asimismo, se debe establecer un diagnóstico diferencial que permita distinguir entre las múltiples categorías existentes en el DSM, como lo son el trastorno depresivo mayor, leve o moderado, trastorno depresivo sin especificaciones, etc., o si se presentan episodios recurrentes o no (Zoch, 2002).

### ***4.3.1. Etiología de la depresión***

Existen diferentes causas relacionadas con la aparición de un trastorno depresivo. Dentro de las causas biológicas se encuentran los aspectos genéticos, desde esta perspectiva, habría una transmisión generacional de la enfermedad o trastornos de vías monoaminérgicas, se establece que hay una deficiencia en los neurotransmisores, tales como dopamina, norepinefrina y serotonina que puede darse por diversas condiciones como excesiva liberación, bloqueo de liberación, déficits en la síntesis, desnutrición, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros (Zoch, 2002).

En la actualidad ha tomado peso la hipótesis dopaminérgica, siendo esta la perspectiva conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la depresión mayor y establece que se origina por la poca disponibilidad de monoaminas en el cerebro (Cruzblanca et al., 2016). A través de los neurotransmisores, el material sináptico que liberan y la información que contiene, el cerebro se comunica con otras partes del cuerpo y da la orden para que ejecutemos acciones; las monoaminas son neurotransmisores que se originan en varias redes neuronales en todo el cerebro, y que se encargan de modular la actividad en varias zonas cerebrales. noradrenalina (NA), adrenalina (A), dopamina (DA) y serotonina (5-HT) (Roda, 2020). La hipótesis originalmente se basa en que la mayoría de los fármacos antidepresivos aumentan el nivel cerebral de serotonina y noradrenalina mediante la inhibición de su recaptura o de su degradación enzimática. Hasta el momento, la gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA) (Chabla y Ponce, 2022).

Otra de las causas puede ser psíquicas, que desde las diferentes teorías psicológicas se explican de múltiples maneras. Por ejemplo, desde el psicoanálisis, Freud hace una diferenciación entre la melancolía (reacciones depresivas consideradas como normales) y duelo (reacciones depresivas desencadenadas por la pérdida de un objeto amado), aunque comparten las mismas características, en la melancolía hay una marcada reducción del autoestima que genera culpa, autocastigo y auto reproches; pero, en sus últimas obras, Freud planteaba la depresión como consecuencia de un superyó que tiene una necesidad inminente del deber y la obligación que ocasionan grandes sentimientos de culpa (Sanz y Vázquez, 2008). Posteriormente, los postulados psicodinámicos, propuestos por Bowlby, Melanie Klein, Kernberg, Gero, entre otros, sugieren que

hay una dependencia emocional excesiva hacia los demás, que se determina a partir de las relaciones objetales, es decir, de las relaciones primarias que se establecen entre madre e hijo, teniendo en cuenta de igual manera componentes biológicos y sociales que pueden influir.

Mientras que, según Sanz y Vásquez (2008), los enfoques conductuales se basan en las teorías de Skinner sobre el condicionamiento operante. Entonces, para Ferster, en la depresión hay una disminución en la frecuencia del refuerzo positivo de las conductas y se tiende a evitar los estímulos aversivos que generan malestar, intentando de esta manera impedir una reducción de refuerzos positivos. En este mismo orden de ideas, para Lewinsohn, la falta de refuerzos positivos es contingente a la conducta, en otras palabras, hay un deficiente refuerzo de los procesos vitales y disminución de la actividad.

Finalmente, dentro del enfoque cognitivo, de las teorías del procesamiento de la información, la más usada es la de Aaron Beck, en la que hay una distorsión en el procesamiento de la información y se valoran de manera excesiva sucesos negativos que llevan a la catastrofización, definida como la tríada cognitiva, donde hay una percepción negativa del yo, del mundo y del futuro (Sanz y Vásquez, 2008). Además, desde esta perspectiva cognitiva, se resaltan teorías también como la indefensión aprendida o aprendizaje social por imitación. Incluso, se plantea que puede aparecer por pobre autoimagen, sensación de inseguridad sobre sí mismos, baja tolerancia a la frustración, auto reproche, etc. (Zoch, 2002). Además, la depresión puede provocarse también por condiciones sociales, relacionadas a situaciones ambientales y a la interacción con la sociedad, como lo son la pobreza, la guerra, la migración, inestabilidad económica o laboral, condiciones familiares, entre otras (Zoch, 2002).

Es importante resaltar también que, según Caponi (2009), se puede estar en riesgo de padecer depresión en cualquier etapa de la vida. Existe correlación entre la depresión y diversos ciclos vitales; ya que hay estudios estadísticos que indican que la depresión puede estar presente en la infancia, adolescencia, entre los veinte y cuarenta años, durante la menopausia y después de los sesenta años. Además, hay diversas condiciones que podrían aumentar el riesgo de padecer depresión, como el post parto, el estrés laboral, la vejez, uso de sustancias psicoactivas, el aislamiento social, duelos no resueltos, sentimientos de frustración y culpa, alimentación, sueño, y demás situaciones de la vida cotidiana que podrían desencadenar un trastorno de depresión.

La depresión y su tratamiento constituyen uno de los mayores retos actuales según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad frecuente en todo el mundo,

calculando que aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión a nivel mundial. Así, su prevalencia e incremento en la práctica asistencial y su impacto negativo en la calidad de vida de quienes la padecen hace que su estudio sea uno de los principales objetivos de disciplinas como la psicología, psiquiatría, epidemiología, entre otras (Chabla y Ponce, 2022).

Así, con la depresión conceptualizada en términos biológicos gracias a los avances de las neurociencias, los resultados de intervenciones orgánicas y quirúrgicas, el desarrollo de la hipótesis monoaminérgica y los efectos de los primeros antidepresivos, se adopta la explicación de las enfermedades mentales partiendo de correlatos biológicos. Desde las neurociencias, se ha producido información que relaciona la depresión con diferentes niveles de neurotransmisores en el cerebro y con diferencias en conexiones neuronales y anatomía cerebral en general. La perspectiva neurobiológica permitió entonces el desarrollo de nuevos y eficaces antidepresivos, volviéndose el tratamiento por excelencia de la psiquiatría (García, 2017).

#### **4.4. Farmacología**

Se tiene evidencia que, desde la Edad Media, eran conocidos y aplicados para problemas afectivos diferentes tipos de medicamentos o tratamientos precedentes de los psicofármacos, igualmente químicos y basados en compuestos o plantas como la belladona o la mandrágora (Monterde, 2022). Sin embargo, la relación con los psicofármacos como la conocemos en la actualidad surge a partir del siglo XIX en los manicomios u hospitales psiquiátricos, donde existía la necesidad de sedar a los pacientes, así, desde 1840, se utilizaban para este fin diversas sustancias y compuestos como los opiáceos, la hioscina (como antiespasmódico) y digitales o dedaleras (una hierba) para propiciar la calma en los residentes de estas instituciones. Posteriormente, en la segunda mitad del siglo XIX, ya se usaban barbitúricos como el paraldehído y, en la primera mitad del siglo XX, se desarrollaron tratamientos basados en terapias físicas como las lobotomías, electroshocks, coma por insulina o cura del sueño, con mayor aceptación y evidencia de efectividad (Monterde, 2022).

El desarrollo de la psicofarmacología, tal como se conoce en la actualidad, tiene sus inicios a mediados del siglo XX, impregnada por el furor de la ciencia de la época que iba de la mano con el desarrollo tecnológico de la posguerra. La emergencia de este paradigma se vincula a la sintetización de moléculas psicotrópicas que sustentaban la química como paradigma terapéutico

(Toledo et al., 2018). Esto aumentó el impacto en el campo psiquiátrico, ya que permitió generar otro curso evolutivo de los procesos mórbidos psiquiátricos. Si bien ya existían medicamentos con propiedades hipnóticas y ansiolíticas, uno de los aspectos particulares del descubrimiento de estas nuevas moléculas químicas, fueron las propiedades antialucinatorias, antidelirantes y antidepresivas.

Todo este paradigma se transformó y revolucionó radicalmente con el descubrimiento de la clorpromazina fruto de la serendipia: encontrar algo buscando otra cosa, fue este el primero de los fármacos para el manejo de la psicosis por sus propiedades antialucinatorias, constituyéndose incluso como revolución terapéutica (Apud, 2010; Caponi, 2021; Márquez y Ortiz, 2019 Monterde, 2022; Toledo et al., 2018; Torales y Arce, 2017). La clorpromazina, posteriormente, se asocia con la dopamina como neurotransmisor, dotando a la ciencia psiquiátrica y a la psicofarmacología de una interdisciplinariedad que, después, se relacionaría con toda una producción farmacéutica en masa (Apud, 2010). Teniendo en cuenta que, entre los efectos de la clorpromazina está el reducir los síntomas, se erige una explicación etiológica biologicista al suponer que la droga actúa químicamente alterando la fisiología del sistema nervioso central, es de este modo, una explicación “basada no en la enfermedad, sino en el fármaco” (Márquez y Ortiz, 2019, p. 400).

Sin embargo, este medicamento tenía efectos secundarios indeseados, documentados por Delay y Deniker (Caponi, 2021), produciendo sedación profunda, obnubilación, sensación de apatía e indiferencia, tanto del individuo en relación con el mundo, consigo mismo y con su tratamiento, que caracterizó a los pacientes tratados con este nuevo fármaco, piedra angular del éxito de la psiquiatría. Así, según Márquez y Ortiz (2019), comentaristas de Caponi, nace la psicofarmacología como una promesa que ayudó a la psiquiatría a incursionar en el bagaje epistemológico de la medicina basada en evidencia. A partir de aquí, teniendo como insumo ensayos clínicos y estadísticos, la corriente dominante de la psiquiatría experimental pretendió establecer las correlaciones entre las enfermedades mentales, los rasgos neurobiológicos y los usos terapéuticos de los psicofármacos, situándose como el corpus de evidencia empírica para el sueño decimonónico de determinar las bases fisiopatológicas y bioquímicas, de dotar de un cuerpo a la locura para clasificar, delimitar, diagnosticar, tratar y explicar la etiología de las enfermedades mentales. Dicho de otro modo, se comenzaba a entender la enfermedad mental como un desbalance en los neurotransmisores, cuya terapéutica se basaba en el uso de psicofármacos.

En 1957 hubo un descubrimiento de gran relevancia que cambiaría radicalmente el tratamiento para la depresión; como se mencionó anteriormente, en la primera mitad del siglo XX, ya existían tratamientos químicos para la depresión, como opiáceos y barbitúricos, sin embargo, sus efectos eran poco duraderos y sólo disminuían los síntomas, por lo que la iproniazida, primer medicamento antidepresivo, fue tan contundente (García, 2017; Monterde, 2022;). El efecto de la iproniazida, al igual que el de la clorpromazina, fue una serendipia, inicialmente se utilizaba para tratar a los pacientes con tuberculosis, quienes después de recibir el tratamiento farmacológico manifestaban conductas eufóricas, mejora del sueño y aumento del apetito gracias a la acción inhibidora sobre la monoamino oxidasa (posteriormente conocidos como IMAO), es decir, esta droga inhibe la destrucción de los neurotransmisores tras ser liberados en el hueco de la sinapsis, sin embargo, su efecto hepatotóxico llevó al cese del uso.

Por otro lado, una droga sintetizada en la década de los sesenta fue el primer antidepresivo tricíclico, que se derivó de la búsqueda de antipsicóticos más potentes que los antihistamínicos como la clorpromazina, este es la imipramina (García, 2017; Monterde, 2022). Este tipo de medicamentos, clasificados como tricíclicos por la estructura de sus moléculas, evitan la recaptación de la serotonina y noradrenalina (cuya ausencia está relacionada con comportamientos depresivos), lo que eliminaba muchos de los síntomas depresivos en la mayoría de pacientes y no tenía propiedades antipsicóticas. Esta nueva droga, suponía la mejora en cuanto a efectos secundarios producidos por la iproniazida y sustancias anteriores (barbitúricos y opiáceos) usadas para el tratamiento de la depresión.

Posterior a este descubrimiento, llegaron los inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI) que impiden la absorción de la serotonina en los procesos de sinapsis cerebral; estos psicofármacos sí fueron desarrollados en el marco específico de la búsqueda de un tratamiento para la depresión que se apoyará en un principio activo relacionado con los niveles de serotonina. (Monterde, 2022). Durante la misma época, se encuentra que la reserpina (un medicamento inicialmente para la hipertensión) tenía también un efecto inhibitor sobre los transportadores de las monoaminas (dopamina y noradrenalina), lo que producía que algunos pacientes con depresión fuesen tratados con este medicamento (García, 2017). Los tres descubrimientos mencionados, según lo planteado en García (2017), condujeron al desarrollo de la hipótesis monoaminérgica, que propone que una producción o recaptación deficiente de los neurotransmisores Mono amínicos

producen depresión. Los SSRI surgen entonces cuando esta teoría del déficit de monoaminas como mecanismo de acción de los fármacos e hipótesis causal ya se había establecido y aceptado.

Gracias a esta hipótesis, surgida en la década de 1960, se comprobó que al administrar reserpina se producía un déficit en la producción de noradrenalina, el cual se revertía si se administraban los medicamentos tricíclicos. “Pero fue a partir de la investigación en torno al LSD como se llegó a considerar a la serotonina como la molécula relacionada con la depresión.”. (Monterde, 2022, p. 74). Partiendo de todos estos descubrimientos e hipótesis, la psiquiatría se interesó por el estudio de la etiología de las enfermedades mentales desde una perspectiva biológica, lo que facilitó la producción de nuevos medicamentos y el abandono de la visión psicoanalítica del campo psiquiátrico.

De modo general, el abordaje psicofarmacológico de los trastornos del estado de ánimo, desde la perspectiva farmacológica actual, tiene su origen en la década de los 50 con la introducción de la imipramina y la iproniazida. Estos nuevos agentes marcaron un hito en el tratamiento de la depresión, relegando la terapia electroconvulsiva a unos casos muy puntuales, como el riesgo suicida elevado, las depresiones delirantes o el estupor melancólico. Sin embargo, aunque los antidepresivos tricíclicos continúan utilizándose en gran medida para la terapéutica del trastorno, los IMAO prácticamente han ido relegando su uso, salvo en depresiones atípicas, esto, en gran medida, debido a los problemas que tienen al interactuar con otros fármacos psicoestimulantes y con alimentos ricos en tiramina (hígado, pescados, embutidos, aguacate, pasa, banano, entre otros), que pueden resultar en trágicas crisis hipertensivas (López-Muñoz et al., 2000).

Asimismo, se encontró que, actualmente, los fármacos moduladores del estado de ánimo son la principal opción de tratamiento para este trastorno, siendo más efectivo si se hace un trabajo interdisciplinario con terapia psicológica, los cuales se dividen en grupos como los antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos específicos (NaSSA), inhibidores recaptadores de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN), antidepresivos tricíclicos (ATC) y otros antidepresivos como el bupropión, mirtazapina, bloqueo NMDA (N-metil-D-aspartato), inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), entre otros. (Rincones-Pérez et al., 2021).

En línea con lo anterior, las guías de evidencia de tratamiento sugieren que la decisión de utilizar uno u otro antidepresivo, deben tenerse en cuenta las características sintomáticas de cada cuadro depresivo, las comorbilidades que pueden presentarse, los efectos secundarios (que

mencionaremos más adelante), las interacciones farmacológicas y la disponibilidad de estos en el medio. De este modo, el tratamiento de un primer episodio depresivo debe tener una duración aproximada de entre 6 y 12 meses posterior a una remisión de los síntomas para evitar la recurrencia (Pérez, 2017). Los medicamentos antidepresivos tienen un mecanismo de acción antidepresiva primario, es decir, inicial, que actuaría sobre la sintomatología depresiva, causada por el déficit de neurotransmisores en la hendidura sináptica, sin embargo, en su mayoría, estos poseen acciones farmacológicas secundarias que, al actuar sobre distintos receptores, se reflejan en los efectos adversos.

De este modo, es recomendable iniciar tratamiento farmacológico en episodios depresivos únicos o recurrentes con gravedad moderada a grave y, en casos específicos, con gravedad leve cuando los síntomas son persistentes a pesar del uso de otras intervenciones como la psicoterapia, ejercicio o cambios en el estilo de vida (Vergel y Barrera, 2021). Como se mencionó anteriormente, la gran mayoría de los fármacos utilizados con fines antidepresivos tienen un común denominador, a saber, su acción sobre el sistema monoaminérgico, dando como resultado final la regulación de neurotransmisores como la serotonina (5-HT), dopamina (DA) y noradrenalina (NA), implicadas en la etiología de trastornos mentales, especialmente, en la depresión (Pérez, 2017), cuyos efectos antidepresivos tienen un periodo de latencia de respuesta que varía entre 2 y 4 semanas. Así, el paciente en este periodo de tiempo, además de no notar una importante mejoría, percibirá efectos secundarios dentro de los primeros días de iniciar el tratamiento, lo cual añade frustración y desconfianza hacia la eficacia del tratamiento (Benedí y Romero, 2005; López, 2021; Pérez, 2017).

Por otro lado, según Pérez (2017), las tasas de remisión sintomática obtenidas con el uso de antidepresivos son modestas, únicamente un 67% de los pacientes con esta condición la logran tras 4 pasos de tratamiento consecutivos. Del mismo modo, el papel que juegan otros neurotransmisores como el glutamatérgico y el GABAérgico en la fisiopatología de la depresión, ha sido consistentemente evidenciado, manifestando la necesidad de realizar más estudios y una revisión y traducción en la terapéutica de esto.

#### ***4.4.1 Crítica a los antidepresivos y la farmacología tradicional***

Los antidepresivos traen consigo efectos adversos no deseados, por ejemplo, los serotoninérgicos y noradrenérgicos específicos (NaSSA) como la Mirtazapina y los inhibidores

recaptadores de serotonina (ISRS) como el Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina pueden producir efectos adversos como temblor, hipotensión, estreñimiento y náuseas, también se asocian con la aparición de agitación, ansiedad y somnolencia. Los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) como la Cymbalta, Desvenlafaxina y el Levomilnacipran provocan efectos adversos como hipotensión y taquicardia. Por otra parte, los antidepresivos tricíclicos (ATC) como Doxepina, Desipramina, Nortriptilina y Amitriptilina al inhibir la recaptación de noradrenalina puede producir ansiedad y taquicardia y al inhibir la recaptación de serotonina pueden provocar nerviosismo, inquietud e insomnio, además de provocar un aumento de apetito y peso; también, tienen un efecto antimuscarínico produciendo sequedad en la boca y visión borrosa. Por último, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) como el Isocarboxazida, Fenelzina, Selegilina y Tranicipromina pueden producir disforia, irritabilidad, excitabilidad, alucinaciones y convulsiones, crisis hipertensivas y hemorragias cerebrales gracias a la excesiva liberación de noradrenalina. Asimismo, es probable que aumente la ideación suicida y disfunción sexual (Chinchilla et al., 2011).

En la actualidad, se ha evidenciado un aumento en el consumo de psicofármacos, antipsicóticos y antidepresivos, teniendo como referente un estudio español realizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el 2015, queda de manifiesto el incremento en la tendencia del consumo de antidepresivos en el periodo 2000-2013, vinculándose un 200% al incremento de los medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina (Toledo et al., 2018). En Colombia, Fajardo (2018) encontró que el 55% de participantes consumen psicofármacos por formulación médica, un 15,3% por sugerencias de familiares o amigos, un 13% por sí mismos y un 9,9% por el droguista. De ellos, el 25,4% consumían psicofármacos por depresión. En contraste con otro estudio hecho en Colombia, en el departamento de Córdoba, se encontró que los psicofármacos de mayor consumo son los antidepresivos con un 45,77%, seguidos de los antipsicóticos con un 23,19% y, por último, los anticonvulsivantes con un 22,39% (Hanna et al., 2022).

Los psicofármacos modernos, y expansión por el mundo, constituyen una tecnología que ha logrado superar los límites de la medicina y la industria farmacéutica. Su circulación desmedida en la sociedad contemporánea ha tenido impactos sociales, culturales, económicos y subjetivos, lo cual los ha convertido en blanco de grandes discusiones y debates. El interés sobre ellos pone de manifiesto la gran influencia que tiene la industria farmacéutica en la existencia y la vida cotidiana

de los individuos, no solo como usuarios o prescriptores de medicamentos, sino también como sujetos que incorporan en sus modos de existencia lo farmacéutico como una forma de pensarse a sí mismos y a los otros. Los psicofármacos, como respuesta tecnológica al sufrimiento humano, emergen como sentidos, interpretaciones y significados que se hacen del padecimiento como tal, de quienes padecen, del bienestar y quienes lo proporcionan y de los medios para lograrlo (Bielli y Bacci, 2018).

Y es que, según Márquez y Ortiz (2022), el sufrimiento humano comienza a aparecer en manuales como el DSM y sus manifestaciones de tristeza, falta de apetito, insomnio, sentimiento de inutilidad o de culpa, son frecuentes en el común de la población. De ahí que, cada vez más rápido, aumenten las estadísticas y, por tanto, las clasificaciones psiquiátricas que comienzan a multiplicar y diversificar los diagnósticos, así como el uso de los psicofármacos. La vía de los manuales diagnósticos, como el DSM-V, fue intentar articularse a intervenciones terapéuticas, incluso sin haber determinado algún marcador biológico, fue plantear y considerar la hipótesis dopaminérgica como modelo explicativo y etiológico de las enfermedades mentales, apuntando a que los mecanismos de acción de los psicofármacos, se dan sobre los neurotransmisores cerebrales, “esto es lo que Caponi, a partir de Moncrieff, denomina el modelo basado en el fármaco, que parte del mecanismo de acción de una molécula para definir la enfermedad” (p. 401).

Por tanto, según Vier y Ramires (2014), la depresión y otros trastornos mentales que aparecen en el DSM, y que aumentan en cada nueva edición, se pueden asumir como formas y límites para la identificación, se transforman en una suerte de modo de subjetivación, en términos de Pignarre (2012), “fabricamos la depresión y, simultáneamente, la depresión nos fabrica a nosotros” (p. 34). Esto se relaciona con el fenómeno de medicalización de la vida, que eleva la producción de diagnósticos de enfermedades mentales como trastornos y disfunciones biológicas tratables con medicamentos, cuyo bloque insignia es la depresión, que más que un trastorno del estado del ánimo comienza a convertirse en un modo de subjetivación, una forma de producir sujetos medicalizados que se definen a partir de tales etiquetas.

Es necesario señalar que la industria farmacéutica adquirió nuevos horizontes a raíz de las transformaciones económicas que se abrieron paso posterior a la Segunda Guerra Mundial, cuando el foco de la producción industrial dio pie al conocimiento científico y la investigación tecnológica, así, en los años 1970, nace la biotecnología que posibilitaría la aparición cada vez más alta de nuevos medicamentos que traen consigo una promesa por parte de esta industria de eliminar los

síntomas de forma rápida y eficaz, dejando de lado otros medios terapéuticos (Vier y Ramires, 2014).

La cuestión del consumo de psicofármacos en la actualidad no es ajena a la incidencia del discurso capitalista, ello debido al éxito que ha tenido esta concepción dentro del campo “psi”, el cual se superpone como garante del carácter científico y de la búsqueda de la verdad en el modelo biomédico (Londoño, 2012). Esto tiene que ver con la regulación y supervisión de la producción de la industria farmacéutica y de la investigación médica que tiene como fin la seguridad y la protección de los consumidores que se asimila a las lógicas que obedecen “el discurso de la ciencia y del capitalismo, a las cifras, la objetividad, la eficiencia y el cálculo racional.” (p. 8). Ello posibilita a los individuos susceptibles al consumo de estas drogas como medio legítimo de obtener alivio y solución a su sufrimiento rápida y eficazmente, para beneficiar la intencionalidad de mantener asegurada la integración socio laboral al sistema (Pinafi, 2013).

Así, pueden comprenderse modos de subjetivación al insertarse dentro de este dispositivo farmacéutico, pero también se puede homogeneizar a las poblaciones, ignorando su subjetividad y la singularidad, dictándose políticas y teniendo como foco la salud preventiva que posibilita el control de las poblaciones y el aseguramiento de su salud colectiva. El objetivismo médico y psiquiátrico desfavorece la acción de los expertos y facilita la tarea de los administradores de salud, quienes son los que realmente toman las decisiones y se benefician del sector (Londoño, 2012).

## **4.5. Psilocibina**

### ***4.5.1. Componente histórico***

Siguiendo a Barrera (2016), Mackenna propuso que los hongos alucinógenos fueron el catalizador que provocó el desarrollo de los primates hasta su evolución como humanos, y es que, el consumo recurrente de alucinógenos, en especial de psilocibina, hizo que se presentara un cambio en los patrones de comportamiento sobre los que la selección natural estaba actuando. Por otro lado, existen múltiples registros que exponen la presencia de sustancias psicodélicas a lo largo de la historia de la humanidad que, en muchos casos, están estrechamente relacionados con ceremonias o rituales de connotaciones religiosas, espirituales y relacionadas a lo divino; por ejemplo, Peter T. Furst afirma que el uso de plantas que tienen propiedades de producir estados

modificados de conciencia se ha documentado desde el año 7000 a.C (Porley, 2022). Como se mencionó, estas tienen la capacidad de inducir cambios en la conciencia y la cognición mediante cambios transitorios en las emociones, la percepción, el sentido de uno mismo y los sentimientos de conexión; es como si se adentrara a zonas del inconsciente que generalmente son inaccesibles en el estado usual de conciencia (Barrera, 2016; Lorenzo, 2021; Tartakowsky, 2014).

En diversas culturas de diferentes lugares del planeta, los hongos son considerados sagrados, los hongos psilocínicos, por ejemplo, y la especie amanita muscaria, tuvieron una gran difusión en la antigüedad. En el continente Indoeuropeo, la amanita muscaria que es la típica seta roja con puntos blancos, ha sido asociada a duendes y gnomos, siendo un hongo con propiedades enteogénicas y visionarias. En el pasado de la cultura japonesa, el pueblo de la Toba Batak al norte de Sumatra, en la mitología griega, en Australia y en la Amazonía colombiana y brasileña, existen diversos relatos que dan cuenta de estos hongos. Durante la conquista española del imperio Azteca, cuando Tezozómoc describió la ingesta de hongos sagrados, los españoles quedaron estupefactos al ver cómo los nativos adoraban a sus dioses con ayuda de estos hongos mágicos que llamaban “teonanácatl”. En 1690 el consumo de plantas embriagantes y/o alucinógenos era declarado como herejía. La iglesia persiguió esta tradición hasta el cansancio y poco a poco el conocimiento fue quedando oculto, y esta sabiduría quedó en manos solo de unos pocos chamanes que en secreto seguían ritualizando los hongos y transmitiendo dicho conocimiento entre generaciones (Serrano, 2009).

Fue en el siglo XX, que Schultes descubre que el hongo Azteca seguía siendo utilizado en ceremonias chamánicas en Oaxaca, México; posteriormente, en 1955, Wasson y su esposa Pavlovna viajan a México para hacer parte de estas ceremonias y acercarse a los hongos mágicos de la mano de la chamana María Sabina. Al regresar, Wasson publicó un artículo sobre su experiencia. Posteriormente, fueron enviadas a Hoffman algunas muestras, en las que descubrió que los componentes activos de los hongos eran la psilocibina y la psilocina, y luego, de aislarlas, logró sintetizarlas en 1958, para ser distribuidas por *Laboratorios Sandoz*, bajo el nombre de *Indocybin* y fue utilizada para estudiar funciones cognitivas hasta principios de los años setenta (Porley, 2022; Serrano, 2009; Tartakowsky, 2014).

Así, surge un interés por parte de psicólogos y psiquiatras alrededor de los efectos de estas sustancias durante las primeras décadas del siglo pasado que se intensificó en la década de los 50. Los psicodélicos parecían ser una promesa terapéutica, pues se empleaban como apoyo en

psicoterapia en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo, el alcoholismo y el abuso de sustancias como la nicotina (Guimaraes y Cecilio, 2020; Kargbo, 2020; Lorenzo, 2021). Los estudios experimentales con voluntarios sanos y estudios psiquiátricos realizados en este periodo sugieren que la sustancia tiene un buen perfil de seguridad y una baja incidencia en reacciones adversas graves, por ejemplo, reacciones psicóticas prolongadas (Guimaraes y Cecilio, 2020).

Con ese contexto, la psilocibina comienza a ser incluida y entendida como compuesto psicodélico y se incorpora en las principales investigaciones para su uso médico. Para 1960, Europa ya contaba con 18 centros que realizaban psicoterapia asistida con psicodélicos como coadyuvantes en el proceso psicoanalítico para neurosis, casos psicósomáticos, psicopatías y neurosis sexuales, mientras en Norteamérica, las investigaciones clínicas del uso de la sustancia se centraban en el tratamiento del cáncer y el consumo problemático de alcohol (Lorenzo, 2021).

Sin embargo, poco después, los psicodélicos dejaron de tener un papel relevante en las investigaciones médicas, psicológicas y psiquiátricas, ya que las regulaciones farmacéuticas y la legislación prohibieron llevar a cabo estudios con compuestos psicodélicos, todo esto porque surge un auge del uso recreativo de sustancias como LSD por parte de los jóvenes y por ello se prohíbe el uso de la mayoría de psicodélicos (Lorenzo, 2021). Además de esto, por cambios en la legislación que exigían la inclusión de placebo y grupos de control en la investigación de nuevos fármacos terapéuticos, lo cual faltaba en muchos de los estudios con alucinógenos y psicodélicos (Guimaraes y Cecilio, 2020).

Ya en la década de los 70 durante la guerra fría y bajo el gobierno del presidente Richard Nixon en Estados Unidos, se declara la guerra a las drogas, y se incluyeron los psicodélicos en la lista de sustancias prohibidas, lo cual sugería que no tenían utilidad médica y que eran adictivas. A raíz de estas declaraciones, se crea la Administración para el Control de Drogas (DEA por sus siglas en inglés) y la siguiente presión a los Estados para que fueran partícipes en la firma del tratado de combate internacional contra las drogas. La principal consecuencia de dicho contexto es la cancelación paulatina de las investigaciones relacionadas con los psicodélicos a nivel mundial durante casi dos décadas (Porley, 2022). A pesar de esta prohibición, la Agencia Central de Inteligencia y el ejército de Estados Unidos, continuaron implementando el LSD en estudios sobre mecanismos de control mental como lo fue el proyecto Mk Ultra, por ejemplo (Martínez et al., 2020).

Siguiendo a Martínez et al. (2020), esta “guerra contra las drogas”, debe entenderse en términos políticos, y encaminada principalmente a enfrentar los movimientos contraculturales de la época, más que orientados a luchar contra problemas de salud públicos, además, de ser usada como excusa para justificar las operaciones militares en Latinoamérica para “combatir el comunismo”. De igual forma, las sustancias psicodélicas se extendieron del prohibicionismo moral a uno científico, ya que el uso de alucinógenos ha tenido una carga negativa históricamente, porque se ha relacionado el consumo con degradación, pecado, perturbación mental, deterioro social, decadencia, enfermedad, delincuencia, desviación social, e incluso la muerte. Además, hay una connotación clasista, racista y xenófoba, ya que las sustancias como el opio, la marihuana, la cocaína, entre otras, han sido atribuidas directamente a africanos, mexicanos, chinos, irlandeses, que representan en Estados Unidos, las clases bajas y el proletariado.

De esta manera, entidades como el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas en Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés), han restringido el uso de drogas con fines científicos durante varios años. Esta organización, como muchas otras, se han encargado de producir saberes bajo la lógica del prohibicionismo científico, dejando de lado usos recreacionales, religiosos, espirituales, ignorando el derecho a la libertad de conciencia y restringiendo de alguna manera avances científicos (Martínez, et al., 2020). A pesar de esto, en la actualidad, se conocen alrededor de 100 especies diferentes de hongos que contienen psilocibina, agrupados en 14 géneros que crecen por todo el mundo y la lista va en aumento anual, por lo que se puede afirmar que la psilocibina es la sustancia fúngica más ampliamente distribuida (Serrano, 2009).

#### ***4.5.2. Contracultura y psilocibina***

Las formas de emancipación propuestas por la cultura occidental, la ciencia moderna y la idea de progreso perdieron fuerza luego de la Segunda Guerra Mundial, también dentro del contexto de la Guerra Fría, por lo que significativamente se comienzan a buscar alternativas al modelo Occidental y al ideal hegemónico. Surge entonces la búsqueda de prácticas chamánicas y, es allí, donde las investigaciones de Robert Gordon Wasson y su esposa, Valentina Pavlovna, con psilocibina en Oaxaca (México) toman relevancia (Martínez, et al., 2020; Porley 2022).

Entre los años 1966 y 1967 los usos clandestinos y recreativos de los psicodélicos fueron asociados a movimientos socioculturales como el hippismo, a conductas suicidas y a grupos

delictivos como sectas y protestantes contra la guerra de Vietnam, lo que ocasionó la prohibición de estos en Estados Unidos y Canadá, dando como resultado el cese de las investigaciones terapéuticas sobre la cuestión. En 1971, año conocido como el renacimiento psicodélico, se da la despenalización definitiva de los mismos, lo que favorece el estudio de ellos (Rincones et al., 2021).

Algunos científicos y políticos se preocuparon por la fuerza y popularidad que tuvieron los psicodélicos, además, considerando que se podría irrumpir en las normas de convivencia y desencadenar problemas de salud pública (Porley, 2022). Como resultado de esto en 1971 casi todos los países firman el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, con el fin de fiscalizar dichas sustancias. Según Estebas: “Mientras tanto, el propio Timothy Leary instaba a los jóvenes a tomar LSD y luchar contra el sistema bajo el lema *turn on, tune in, drope out* [cursivas nuestras]” (2020, p. 8). Lo cual configura una forma de resistencia contra un sistema que no da pie para la libertad y autonomía, pero supuso a la vez una excusa para relacionar directamente el uso de sustancias psicodélicas con el pensamiento rebelde de la época. Dentro de la lista de las sustancias que fueron prohibidas desde la distribución hasta el uso médico, están la psilocibina y el LSD, argumentando erróneamente que producía suicidios por psicosis, daño cerebral, e incluso cáncer y deformaciones fetales, sosteniendo, además, que poseían un alto potencial de abuso y que su uso médico no era aceptado (Porley, 2022).

Como se mencionó anteriormente, el uso de psicodélicos, entre ellos la psilocibina, fueron instrumentos que dieron empuje a la revolución frente al modelo de vida occidental, como movimiento de contracultura, ocasionando que una gran masa de jóvenes, en compañía de científicos, artistas, filósofos y filántropos, se esperanzaran y comprometieran a cambiar el mundo teniendo como herramienta los psicodélicos, ya que estos abren las puertas a un espacio espiritual de la existencia, y a partir de una “revolución de conciencia” que invitaba a una liberación individual que, a su vez, era social y política (Porley, 2022).

En el caso de la psicología, por ejemplo, se combinó de varias maneras con la espiritualidad y psicodélicos, ya que varios investigadores contribuyeron a la revolución de conciencia más allá de ofrecer sus aportes al mundo académico (Martínez et al., 2020). Un ejemplo de esto es Timothy Leary y Richard Alpert quienes tal y como plantea Porley (2022), en la década de los 60 encabezaron el Proyecto Psilocibina en la Universidad de Harvard, donde se le administró psilocibina a 175 personas en una amplia gama de condiciones, lo que hizo que Leary estableciera

la hipótesis de que el entorno y la actitud del individuo eran fundamentales para tener una buena experiencia en el viaje con psilocibina, lo cual fue denominado *set* o *setting*. En este experimento, los participantes catalogaron de manera positiva la experiencia. Sin embargo, el proyecto desencadenó una serie de polémicas que causaron la suspensión de sus cargos universitarios años más tarde. A la fecha, Australia se ha convertido en el primer país del mundo en legalizar el consumo de medicamento que contengan sustancias psicodélicas como la psilocibina (en hongos alucinógenos) y el MDMA (conocido como éxtasis), en el resto del mundo, la psilocibina aún es prohibida.

#### 4.5.3. Efectos

La psilocibina (4-phosphoxy-N, N dimetiltriptamina) “es una monoamina y/o alcaloide indol de origen natural que está presente en más de 100 especies de hongos del género *Psilocybe* y, al igual que el LSD, es uno de los psicodélicos prototípicos” (Lorenzo, 2021, p.24). Cuando la psilocibina se metaboliza en el cuerpo da lugar a su agente activo que es la psilocina, un agente inhibidor transportador de la serotonina y agonista parcial del receptor de este neurotransmisor. “La psilocibina se metaboliza en el cuerpo humano dando lugar a su principal agente activo, la psilocina (4-hidroxi-N, N-dimetiltriptamina). Este agente es un inhibidor del transportador de serotonina y un agonista parcial del receptor 5-HT<sub>2A</sub>” (p. 29).

Se hace una distinción entre “psicoactivo” y “psicodélico”, sabiendo que el primero engloba al segundo. Las sustancias psicoactivas tienen efectos psicofarmacológicos en la percepción, conciencia, memoria, estado de ánimo y comportamiento, por otro lado, las sustancias psicodélicas, que es donde se ubica la psilocibina, provocan cambios más cualitativos en las esferas mencionadas anteriormente, no son cambios cuantitativos de potenciar o inhibir, más bien crean formas de percepción y conciencia diferentes (Estebas, 2020). Las experiencias provocadas por los psicodélicos pueden generar cambios a nivel de creencias, hábitos y también en síntomas relacionados con la depresión, dando lugar a nuevos puntos de vista al percibir situaciones problemáticas e incluso de encontrar soluciones creativas a las mismas (Fadiman, 2017).

Dicho de otro modo, los psicodélicos se comprenden como sustancias que tienen la potencia de generar un cambio cualitativamente significativo a nivel de funciones de la senso-percepción (distorsiones o alucinaciones) acompañado de un alto componente introspectivo en el individuo.

Los alucinógenos o psicodélicos más conocidos son los procedentes de la indolamina, entendidas como neurotransmisores de monoaminas, los más conocidos son el N, N dimetiltriptamina (DMT), psilocibina y la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) (Rojas, 2020). Estas sustancias interactúan principalmente con un receptor específico del cerebro: receptores 5-hidroxitriptamina (5-HT<sub>2a</sub>, por sus siglas en inglés), que son receptores del neurotransmisor serotonina. De igual manera, la psilocina y este receptor tienen una relación lineal, que influye de manera directa con la experiencia subjetiva (Estebas, 2020). Con ciertas dosis, los psicodélicos pueden provocar sensaciones o visiones vívidas, alterar el sentido de sí mismo del individuo y promover sentimientos de comprensión y conexión con uno mismo, con los otros y con el entorno (NIH, 2023).

Esta sustancia puede ser consumida luego de ser purificada y convertida en polvo blanco con etanol, metanol y expuesta a la luz solar, usada principalmente con fines investigativos. Puede ser consumida en té, “trufas mágicas” desecadas, hongos frescos o secos o en microdosis menores a 0,5 mg. Su vía de administración generalmente es oral porque es necesario cortar el éster O-fosforilo a través del pH del estómago y fosfatas alcalinas de colon, hígados, riñones y sangre para conseguir su compuesto activo: la psilocina. Los efectos se presentan alrededor de los 20-40 minutos de la administración y duran entre 4-6 horas aproximadamente (Estebas, 2020).

Altera la percepción de las formas, sensación de distorsión del rostro y del propio cuerpo, incrementa la intensidad de la saturación del color, la percepción de las texturas, sonidos y luz, además de alucinaciones elementales, -círculos luminosos, patrones geométricos caleidoscópicos en movimiento acelerado-. En cuanto a los efectos psíquicos, puede generar mayor acceso consciente a las emociones, distorsión de la percepción del tiempo y el espacio, mayor capacidad para evocar emociones e imágenes a través de la música o la imaginación, sensación de despersonalización y desrealización, sensación de estar flotando, etc. (Estebas, 2020).

#### ***4.5.4. Psilocibina como tratamiento alternativo para la depresión***

A partir de la década de 1950, comenzó a cobrar fuerza, principalmente en Europa, el paradigma psicológico propuesto por Sandison (Hofmann, 1979). Este postulaba que sustancias como el LSD o la psilocibina eran beneficiosas para la psicoterapia. En este mismo sentido, como se mencionó anteriormente, Hoffman logró aislar la psilocibina de los hongos y la farmacéutica *Sandoz* distribuyó en cápsulas la sustancia con fines científicos, impulsando la investigación

científica con psilocibina y su uso terapéutico en procesos psicoanalíticos. Las investigaciones que se desarrollaron bajo esta óptica consistían en la administración de psicodélicos en dosis bajas, numerosas ocasiones y enmarcadas dentro del tratamiento psicoanalítico. Se consideraba que estas sustancias ayudaban a que aflorara el material inconsciente de los pacientes (Apud, 2017).

Para finales de la década de los setenta, ya había una cantidad considerable de artículos e investigaciones con psicodélicos en pacientes no psicóticos, pero con alguna otra condición mental. Un metaanálisis de 19 estudios publicados entre finales de los años 40 y principios de los 70, evidenció que el 79% de los pacientes que usaron psicodélicos como tratamiento para su estado de ánimo, mostraron una mejoría clínica (Lorenzo, 2021). Posteriormente, en 1990, se retoma el uso de la psilocibina con fines científicos, pero con un enfoque un poco más crítico. En este orden de ideas, de los estudios registrados a partir de los años 2000, que han ido en aumento, no han evidenciado efectos adversos graves en pacientes no psicóticos (Guimaraes y Cecilio, 2020).

En el año 2002, el Dr. Charles S. Grob comienza a hablar sobre la situación política del MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) y en el 2016 publica un artículo sobre la terapia para trastornos psiquiátricos con esta sustancia y con la psilocibina bajo la luz de la psicofarmacología, en su publicación se evidenciaba que no había efectos adversos neurocognoscitivos o aumento significativo en la presión arterial relacionados con estas sustancias (Rincones et al., 2021).

En la actualidad, se llevan a cabo múltiples estudios con sustancias como el MDMA, LSD, ayahuasca y psilocibina como recurso alternativo para el tratamiento de varias afecciones mentales como la depresión, ansiedad, estrés postraumático, adicciones, entre otras. Estos nuevos estudios, más allá de las contribuciones a nivel académico, médico y terapéutico, permiten la conversación entre ciencia y epistemologías occidentales y nativas, posibilitando, además, la visibilización de otras etnias y culturas como las de los indígenas, por ejemplo (Martínez et al., 2020).

Según Lorenzo (2021) se ha demostrado a través de estudios clínicos, que hay un potencial uso de los psicodélicos, especialmente de la psilocibina, como tratamiento para condiciones psiquiátricas, como la depresión, drogodependencia y trastorno obsesivo compulsivo, ya que los agonistas de los receptores de serotonina poseen propiedades que reducen estados de ánimo depresivos y comportamientos relacionados con la depresión y la ansiedad. Además, varios estudios de neuroimagen revelan que la psilocibina favorece un estado de ánimo positivo, debido a que reduce la actividad de la amígdala. De igual manera, tiene influencia en estructuras cerebrales como el tálamo, la corteza cingulada y áreas de la corteza cerebral, lo que lleva a una fragmentación

del ego que causa un cambio positivo en el estado de ánimo, mejor percepción de los otros, de sí mismo y de la vida, disminución de la rumiación e ideación suicida (Rincones et al., 2021). Por otro lado, según Estebas (2020), los efectos terapéuticos de la psilocibina se pueden explicar a través de los mecanismos de acción de los receptores de 5-HT (serotonina), como por los cambios a nivel cognitivo y conductual que se despliegan de la fenomenología de la experiencia, lo cuales evidencian una mejora significativa en los casos de ansiedad y depresión, con respecto a otros tratamientos.

En 2016, en la Johns Hopkins University (JHU), Griffith y colaboradores llevaron a cabo una investigación controlada, en la que se administraron dos dosis de psilocibina, una alta, 22 mg por 70 kg de peso corporal; y una dosis baja, 1 mg/70 kg, en 51 pacientes con diagnóstico de cáncer y trastornos de depresión y ansiedad, en las que se hicieron seguimientos 5 semanas y seis meses después de cada dosis administrada. Se evidenció una reducción significativa a nivel estadístico, 78% en depresión y 83% en ansiedad, los cuales fueron más evidentes en el grupo al que se le administraron dosis más altas y se sostuvieron luego de los 6 meses. Además, se desarrolló mejor perspectiva sobre sí mismos, los otros y la espiritualidad (Estebas, 2020).

Stephen Ross y colaboradores, en la New York University, replicaron estos resultados en un estudio en el que participaron 29 sujetos, aunque hubo variaciones. El grupo control fue tratado con 250 mg de niacina frente a 0,3 mg/kg de psilocibina; el 80% de estos últimos presentó criterios de remisión un día después de la experiencia, que se mantuvieron 5 semanas y 6 meses después del consumo, y a los 4-5 años, 15 participantes aceptaron el seguimiento y mantuvieron remisión significativa clínicamente (Estebas, 2020).

En el 2019, Polito y Stevenson realizaron un estudio observacional prospectivo, durante 6 semanas, donde 63 de los 93 participantes mostraron reducción de la depresión y estrés a largo plazo, sin embargo, vivenciaron emociones negativas amplificadas, como ocurre también con las positivas. En otra investigación, realizada como encuesta a 2347 participantes por internet en 2020 por Cameron y colaboradores, el 71.8% de los sujetos recientes reportaron disminución de sintomatología depresiva, y los no activos (383), los cuales el 26.18% (83) eran consumidores de psilocibina. Aunque se observa una alta efectividad en el uso de la psilocibina frente a los síntomas depresivos, los resultados pueden ser poco fiables por la poca validez interna y la metodología en correspondencia con dosis, tiempos y pruebas (Rincones et al., 2021).

Por otro lado, un estudio realizado con 12 personas con trastorno de depresión mayor (TDM) resistente al tratamiento farmacológico, mostraron resultados eficaces tras el apoyo psicológico y la administración vía oral de dos dosis de psilocibina, una de 10mg y otra de 25 mg, tomadas con una semana de diferencia, evidenciaron disminución de sintomatología depresiva y de ansiedad tres meses y una semana después de la administración, aunque el tratamiento fue bien tolerado, se presentaron efectos transitorios como aumento de la ansiedad, náuseas y dolor de cabeza. En 2018, la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) le otorgó la denominación de Terapia Innovadora al uso de psilocibina como alternativa para el TDM resistente al tratamiento, la cual se designa cuando hay evidencia de mejora y la FDA apoya el desarrollo clínico del tratamiento (Guimaraes y Cecilio, 2020).

Los psicodélicos como tratamiento alternativo a los fármacos tradicionales para combatir la depresión, surgen a partir del obstáculo existente para brindar remisión sintomatológica a la depresión resistente al tratamiento, la farmacología se basaba principalmente en la perspectiva monoaminérgica y en la terapia electroconvulsiva. Los alucinógenos como la ketamina y la psilocibina cobran valor terapéutico en tratar especialmente síntomas persistentes como la ideación suicida, asimismo presentan efectos adversos leves o nulos posterior a su administración comparados con la farmacología clásica (Rincones et al., 2021).

El uso de psicodélicos como herramienta terapéutica para la depresión, por ejemplo, busca vencer el reduccionismo biológico del tratamiento farmacológico tradicional, considerando no solamente los efectos bioquímicos de sustancias como la psilocibina, sino también la historia vital, los patrones conductuales de los pacientes, la personalidad, condiciones emocionales, condiciones familiares e institucionales y percepción social del individuo, lo cual resulta en una suerte de soporte social en el que se gesta el uso terapéutico de esta sustancia que resulta fundamental al poner de manifiesto el significado del tratamiento (Rincones et al., 2021). En este orden de ideas, se concibe la necesidad de profundizar en el uso terapéutico de los psicodélicos con intención de explorar la eficacia que puedan tener estos en el tratamiento de la depresión.

A pesar de los resultados esperanzadores que puedan arrojar los resultados de los diversos estudios que se han llevado a cabo, hay que ser cuidadosos a la hora de juzgar el tratamiento, pues la mayoría de las investigaciones han sido realizadas con pocos participantes, de los cuales la mayoría han sido hombres y han sido seleccionados bajo parámetros muy estrictos, lo cual significa que ha habido poca variedad en los participantes. Además, algunas investigaciones no han tenido

grupo control y los seguimientos han sido pocos, entonces puede llegar a estar comprometida la validez externa de los estudios (Estebas, 2020; Lorenzo, 2021). Por otro lado, aunque no son directamente evidentes los conflictos de intereses, los autores de las investigaciones son vinculados a instituciones como Usona Institute, la Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) y el Heffter Research Institute, y a universidades como University of Alabama in Birmingham, Johns Hopkins University, Imperial College London, New York University, University of California-San Francisco y Yale.

#### ***4.5.5. Microdosificación***

El concepto de microdosis no es utilizado únicamente en la psicodelia, también es usado en farmacología para la producción y selección de fármacos, donde se evalúan los efectos que produce un fármaco en el organismo con dosis muy bajas. Una microdosis de psicodélicos equivale aproximadamente a una décima o vigésima parte de lo que constituye una dosis recreativa, es decir, son dosis tan bajas que no alcanzan a producir efectos en todo el cuerpo, alteraciones considerables en la conciencia o efectos alucinógenos. Aunque no se ha determinado firmemente la cantidad que corresponde a una microdosis de psilocibina, según dosis usadas en algunas investigaciones clínicas, una microdosis de psilocibina varía entre 0,3 a 0,5 g, mientras que, según otros estudios, oscila entre 0,1 y 0,3 g. Por otro lado, una microdosis de LSD corresponde a 10 a 20 mcg, es decir, el peso de la microdosis varía de una sustancia a otra (Kuypers et al., 2019; Kuypers, 2020; Rootman et al., 2021).

Distintos autores han definido el término de microdosis de psicodélicos, Fadiman en el año 2011, por ejemplo, la definió como una práctica en la que se hace uso de dosis inferiores al umbral de psicodélico en búsqueda de potenciar tareas cognitivas, manejar trastornos como ansiedad, depresión y adicciones, regular las emociones y aumentar la energía física. Aylet Waldman (2017), las describe con una intención similar, pero aclara que es un acto en el que se integran dosis poco perceptibles de sustancias psicodélicas en la rutina semanal. Johnstad, por su parte, hace énfasis en que administrar una microdosis de algún psicodélico es equivalente a utilizar una dosis tan baja que no produce intoxicación o alteraciones significativas en la consciencia (Kuypers et al., 2019).

A su vez, James Fadiman propuso un régimen de microdosificación basado en sus investigaciones y experiencias, con el fin de potencializar los beneficios de los psicodélicos como

el LSD y la psilocibina, pero minimizando sus potenciales riesgos. Estudios afirman que este protocolo es uno de los más comunes y de los que mayormente se hace uso entre las personas que hacen microdosificación. El protocolo consiste en administrar una dosis que no genere efectos alucinógenos o psicodélicos perceptibles, pero que logren influir tenuemente en procesos cognitivos y en el estado de ánimo. Estas dosis bajas deben ser administradas cada tres días (un día *on* y dos días *off*), es decir, un día en el que se toma la microdosis y dos en los que se da un “descanso” de la sustancia (Santiago, 2023; Suárez, et al., 2023).

Este sistema propuesto por Fadiman propone que es necesario utilizar un kit de microdosificación donde cada cápsula contenga entre 0,1 a máximo 0,2 gramos de psilocibina. Asimismo, el calendario anteriormente descrito, en el cual tomas la sustancia un día, descansas dos días posterior, y al tercer día se vuelve a usar la microdosis, tiene como finalidad eludir el cúmulo de tolerancia, para que así los efectos positivos de la sustancia puedan aparecer paulatinamente. En cuanto a los beneficios percibidos por los individuos que se han servido de este protocolo, se encuentran: el aumento de la creatividad, los usuarios reportan mejoría en sus habilidades para resolver los problemas cotidianos y perciben una transformación en sus procesos cognitivos; de igual forma, mencionan un incremento en su bienestar, en tanto describen un estado de ánimo alto y una disminución de sentimientos asociados a la depresión y/o la ansiedad; igualmente, aluden al crecimiento de su productividad, dado el elevado enfoque y concentración que observan en sí mismos; además, experimentan agudización de la sensibilidad emocional y el nivel de introspección, a la vez que sienten mayor empatía y conexión con los otros y consigo mismos; y finalmente, describen que facilita el autodescubrimiento al inducir a una interpretación profunda de sus propias emociones y pensamientos (Santiago, 2023).

Ahora bien, como mencionamos antes, este protocolo favorece la percepción de bienestar mental, la creatividad y la productividad, sin embargo, es fundamental que el proceso de microdosificación se emprenda de una forma responsable y encaminada por un profesional de la salud, con el fin de buscar y garantizar adaptabilidad a la sustancia, teniendo en cuenta cada una de las circunstancias que permea al individuo que opta por un tratamiento alternativo, se recomienda, a su vez, realizar el procedimiento cumpliendo con las normas legales y de seguridad para que aquellos que lo usen, tengan el potencial de abrir nuevas vías de autoexploración y crecimiento (Santiago, 2023).

Por otra parte, se encuentra el cronograma de microdosificación propuesto por el micólogo Paul Stamets, que es un plan de cuatro días de microdosificación y tres días de descanso de la sustancia, en los cuales el cuerpo restaura la intolerancia a la psilocibina. Además, exhorta a mezclar la psilocibina con hongos melena de león y vitamina B3, para tener un compuesto más íntegro (Zamnesia, 2023). La melena de león contiene erinacinas y se recomienda tomar una microdosis del 1% de este tipo de hongo, el cual ayuda a evitar la demencia, alivia los síntomas de la depresión y/o ansiedad, favorece el sistema cardiovascular y disminuye el estrés oxidativo. La niacina (vitamina B3) por su parte, transforma los alimentos en energía, ayudando al sistema nervioso y digestivo a la vez que nutre la piel, la dosis recomendada es de 101 mg a 200 mg máximo, si se excede la dosis con esta vitamina, suele producir un efecto de enrojecimiento en el cuerpo, hormigueo y calor, frecuentemente no es peligroso, sin embargo, se recomienda tener precaución con su uso y administración. Este ciclo es recomendable seguirlo durante un mes, después descansar mínimamente dos semanas y comenzar nuevamente si así se desea (Santiago, 2022).

A propósito de la microdosificación en Colombia, La Fundación Conciencia VIBA (FCV) publicó en el año 2020 el Manual de Microdosis donde buscaba primero, divulgar información sobre las microdosis y, segundo, reducir los riesgos en el uso de psicodélicos. El Manual contiene una bitácora para escribir sobre su experiencia con la sustancia. La Universidad de Antioquia se integró a la Fundación, con un Semillero de Investigación en Etnociencias y Psicodélicos llamado Etnopsique para investigar conjuntamente el proceso de microdosificación en el país (Suárez et al., 2023).

#### ***4.5.5 Autogestión***

La psilocibina como tratamiento alternativo para la depresión, además de ser una opción natural al ser proveniente de los hongos comestibles, es también un tratamiento autogestionado, dado que es una sustancia que puede ser cultivada y dosificada de manera autónoma. Las personas pueden usar los psicodélicos por variadas razones, entre ellas como tratamientos a problemas de salud, la auto exploración, el aumento de la creatividad, mayor desarrollo cognitivo, etc. Se ha demostrado que la psilocibina induce mejoras en el estado anímico y la sensación de placer y

bienestar, sentimientos de empatía y conexión con el entorno, independientemente de la motivación que tenga el sujeto para su uso (Amada, et al., 2020).

Sin embargo, el hecho de ser automedicado puede generar mayor incidencia de consumo de la sustancia, dado que la dosificación será dada de una manera subjetiva y acorde a diversas variables individuales, tales como: tolerancia al compuesto, factores genéticos y/o biológicos, tipo de trastorno que presenta, etc. La auto administración de la sustancia puede variar a elección, entre micro dosis que van desde los 0.1 gr a 0.5 gr, hasta macro dosis que van desde los 2 gr hasta 5 gr o 6 gr. Para la dosificación, sea micro o macro, es importante tener en cuenta diversas variables que pueden afectar la experiencia subjetiva con la sustancia, como: estado de salud mental y físico, entorno ambiental en el que se encuentra en el momento del uso, si la experiencia está siendo guiada por un profesional en salud mental o no, etc. (Kargbo, 2020). Para optimizar la experiencia con la psilocibina se recomienda: evitar dosificar si no se encuentra bien de salud física, evitar mezclar con otras sustancias como alcohol o cafeína, evitar manejar mientras se encuentre bajo los efectos de la sustancia, y si se presenta algún efecto no deseado de forma constante, suspender de inmediato dichas dosificaciones (Rojas, 2020).

El tratamiento con psilocibina requiere en la mayoría de los casos de dosis pequeñas que no generan dependencia, debido a que es una sustancia que se origina de manera natural, la patentabilidad es mínima, por lo cual la aprobación de la FDA para su comercialización en los Estados Unidos probablemente sea otorgada solo por cinco años. En la actualidad, organizaciones sin fines de lucro como la Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos (MAPS), el Instituto Usona y el Instituto de Investigación Heffter han cubierto la financiación de las investigaciones adelantadas sobre dicha sustancia. Aunque el potencial uso terapéutico de la psilocibina en tratamientos para la depresión y la ansiedad resulte ser beneficioso, no es un secreto que requeriría de una gran inversión y dada la estigmatización histórica que se tiene de los hongos comestibles, es muy improbable que se financie y se promueva la sustancia ampliamente (Kargbo, 2020).

Por el momento, el autocultivo de los hongos comestibles parece ser la opción más cercana para poder acceder a esta alternativa de tratamiento. En América Latina ha cogido fuerza el autocultivo de “setas mágicas” en los últimos años. En 1974 comienzan a cultivar en México y años más tarde en Colombia, y cada vez va en aumento tanto su consumo como su producción (Molina, et al., 2012). En cuanto al cultivo artificial, se deben reunir una serie de requisitos para

que los microorganismos crezcan de forma idónea, entre ellos destacan: la temperatura, el grado de humedad, la presión, la acidez y la alcalinidad. El medio en el que crecen los hongos debe estar condicionado para aportar los nutrientes y los factores necesarios para el óptimo crecimiento de estos y debe estar exento de cualquier tipo de contaminación (García y Ramírez, 2009).

Por último, al tratarse de un tratamiento alternativo y natural, la experiencia subjetiva del sujeto que recurre a este, respecto a su diagnóstico y condición mental, juega un papel fundamental en su relación con la sustancia y la autogestión de la misma, puesto que está dada por su decisión consciente a probar un método diferente al farmacológico tradicional.

## 4.6. Subjetividad

### 4.6.1. *La idea de subjetividad en el mundo clásico y el cristianismo*

Michel Foucault hace un análisis genealógico y arqueológico del concepto de subjetividad que se va construyendo a lo largo de la historia. En el tiempo greco/romano, Platón plantea la construcción del sujeto como un proyecto de soberanía individual donde se busca la verdad en el sí mismo por medio de una serie de prácticas o tecnologías dirigidas al cuidado de sí, la inquietud de sí, la cultura de sí y el gobierno de sí. Estas tecnologías de sí, permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (Gil, 2018).

En aquella época, dicha práctica consistía en que el sujeto, con la mediación de un maestro, aprendiera a gobernarse a sí mismo y que, finalmente, pudiera gobernar a los otros, y se convirtiera en lo que es, en su verdad. En la cultura griega el “cuidado de sí” significa subjetividad. Esta inquietud de sí es “una manera de estar en el mundo, una mirada atenta de afuera hacia adentro, un conjunto de acciones transformadoras, un corpus que define la subjetividad.” (Gil, 2018). Platón en el *Alcibiades* enfatiza el auto-conocimiento como una herramienta ligada al crecimiento y, a su vez, al cuidado de sí, donde se procesan las limitaciones, deseos, ambiciones y temores que surgen antes de enfrentar las obligaciones de la edad adulta.

En la Apología de Sócrates, éste se presenta a sí mismo como un maestro de la inquietud de sí, en el que el sujeto es cuestionado sobre lo que debe trabajar, modificar y conocer de sí mismo

para tener acceso a la verdad. Foucault considera que antes del *Alcibiades* de Platón, Sócrates ya habría planteado las bases sobre la inquietud de sí, pues este se acerca a Alcibiades para ayudarlo a conocerse a sí mismo, y es cuando el cuidado de sí se establece dentro del ejercicio del poder y del saber: conocerse a sí mismo para gobernarse justamente a sí mismo y a otros, pero teniendo a otro como intermediario en este proceso. En esta época, el cuerpo es un vehículo del alma y no un objeto de dominación (Gil, 2018).

Por otra parte, para Foucault es la época helénica la edad de oro de la inquietud de sí. El sí mismo es el objeto de atención constante, de conocimiento, preocupación y la premisa fundamental de la edad adulta es aprender a cuidar de sí mismos de una forma regulada, con el objetivo de volver a ser lo que debería ser y hacerse cargo de sí mismo como finalidad de su existencia. Después, la época del cristianismo busca la salvación del alma, pero para Foucault la salvación es entendida dentro de las tecnologías de sí, en otras palabras, es recuperar derechos, libertad e independencia. Salvarse es mantenerse en un estado continuo de auto observación que asegura la felicidad y la serenidad. A diferencia de lo propuesto en la época greco-romana, en la época helénica se debe escuchar la verdad para encontrarla dentro del Yo, y es cuando desaparece la estructura dialéctica de la episteme antigua. La cultura de Sí como forma permanente de vida, donde se encuentra la verdad a través de la experiencia (Gil, 2018).

En los siglos III y IV, el ascetismo del modelo cristiano representa una renuncia de sí mismo en búsqueda de la verdad y la salvación del alma como era entendida en épocas anteriores. Esto supone una forma de dominación por parte de una institución que aprueba o rechaza ciertos comportamientos e infunde culpabilidad, que abre paso a la confesión en la que el sujeto debe poner en marcha la subjetivación de la verdad. La confesión de los pecados y la limpieza del alma son fundamentales para la salvación, se utiliza la idea de salvación para establecer una nueva forma de dominación. Ya no hay una subjetivación que vaya encaminada hacia el retorno a sí mismo, sino que hay sometimiento a una institución que lo ejerce a través de la culpabilidad y el examen de conciencia (Gil, 2018).

Según el cartesianismo, popular entre los siglos XVII y XVIII, el sujeto crea representaciones sobre el mundo externo produciendo asimismo una relación cognoscitiva entre sí mismo y el objeto, sino existiese el sujeto, no habría conocimiento del mundo exterior puesto que no existirían sus representaciones (Beller, 2012). Para Foucault, la subjetivación nace del individuo consciente, autónomo y estable. La subjetividad es el resultado de los mecanismos normalizados

del individuo, la manera en la que los diversos dispositivos disciplinarios (conjunto de técnicas, ciencias, efectos del poder, etc.) convergen entre sí produciendo un tipo de pensamiento (Aquino, 2013).

#### ***4.6.2. La subjetividad en el mundo moderno y posmoderno***

Por lo que se refiere a la modernidad, que inicia en el siglo XIX para Foucault, la subjetividad se encuentra ligada al poder y al saber, entendiendo como saber un espacio en el que el sujeto logra hablar de objetos en específico, pero que se ha convertido en una herramienta utilizada para gobernar dentro de la sociedad; la intimidad y la individualidad, se han puesto al orden del estado y al servicio de instituciones que bajo su poder buscan la enajenación y alienación de los sujetos con el fin de objetivarlos.

González Rey (2007) se refiere al posmodernismo que, de forma general, representa una crítica a los principios y conocimientos que guiaron diferentes formas de creación y representación del mundo en el denominado periodo moderno. Aquí, la subjetividad no es entendida en términos kantianos como la representación y la sustancia de la conciencia que tiene una persona sobre el mundo que le rodea, lo cual estaba lejos de entender la extensión de este término y se vuelca en términos de una especificidad ontológica, que relaciona la nueva cualidad de los procesos humanos en los marcos y condiciones de la historia y la cultura.

En esta perspectiva, se cuestionan los estatutos de verdad desde los cuales se fundaron los discursos de las ciencias, la política, la religión y, por tanto, la visión y el orden del mundo en una posición jerárquica que determina e instituye lo uno como el ser humano por excelencia y se remite a la muerte del sujeto como un supuesto estable, ahistórico y universal, abriéndose espacio a la crítica y poniendo en juego otras posibilidades de ser y estar en el mundo. Aquello que nos mantenía sujetos a estructuras y poderes sociales que se presentaban como la realidad, aquí son cuestionados, volviéndose necesario pensar en alternativas transformadoras de dicho estado, donde las categorías de lo real son emergentes de determinados mecanismos históricos de poder; se abre un nuevo panorama donde los sujetos piensan un cambio para lo que fue construido y narrado como discurso constitutivo de lo real (Gómez, 2022). Así, como plantea González Rey (2007), se muestra que existe una relación dialéctica permanente, tensa y contradictoria entre lo social y lo individual,

dando pie a la noción de sujeto para comprender la acción de la persona como origen de los sentidos subjetivos del funcionamiento de lo social y de su propia organización individual (subjetividad).

#### ***4.6.3. Subjetivación y sujeción***

Dentro del ejercicio del poder mencionado anteriormente, Foucault señala que se deben comprender las relaciones dialécticas entre las relaciones de poder y las formas de resistencia, es decir, los intentos que hace el individuo para separar estas relaciones. Dichas formas de resistencia o luchas se oponen a los efectos del poder asociados con el conocimiento y sus privilegios. Cuestionan el estatus del individuo, defendiendo las diferencias particulares que los hacen verdaderamente únicos. Dicho de otro modo, estas luchas hacen frente al “gobierno de la individualización” (Gil, 2018).

Si planteamos los procesos de subjetivación como ligados a la resistencia, estas luchas tendrían de fondo la cuestión respecto a quiénes somos y serían un rechazo a las lógicas y abstracciones estatales, económicas, científicas, administrativas e ideológicas que buscan clasificar al sujeto en categorías que determinan quién es cada uno. Es una forma de poder que transforma a los individuos en sujetos. Siendo sujeto “sometido a otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo” (Gil, 2018).

Se puede decir que toda sujeción consiste en fenómenos derivados de las consecuencias de procesos económicos y sociales: las fuerzas de producción, la lucha de clases y las estructuras ideológicas que determinan la forma de la subjetividad. Se desarrolla entonces una suerte de táctica individualizadora característica de una serie de poderes. Es el poder capitalista, gubernamental, psiquiátrico, médico, legal, escolar, familiar y religioso, donde la individuación y la discriminación se alcanzan solamente a través de los mecanismos de resistencia a la alienación que produce este poder y donde la estructura de la resistencia, ejercida desde los bordes, se convierte en antagonista (Gil, 2018, p. 21).

Estos poderes, desde Foucault, según Bedoya (2018), se definen como algo más que un problema de fuerza, lucha y confrontación, siendo más una forma de gobierno que posibilita la conducción de la conducta de los otros y de sí mismo. Por otro lado, cuando se hace referencia al saber, se habla de la verdad en términos de veridicción, donde se desplaza del problema del conocimiento al del saber y de allí a las prácticas discursivas y reglas en que se configura algo

como verdadero o falso que, en el caso de la presente investigación, se sustenta en las lógicas del neoliberalismo a través de los regímenes de verdad otorgados por la medicina, la psiquiatría y la psicología, específicamente, las cuales están envueltas en la práctica de gobierno de los sujetos que provoca. Según Illouz (2007) el sistema de significados propuesto por éstas es compartido colectivamente y se torna en el fundamento de sentido de la experiencia humana, de nuestro yo y de las relaciones con los otros. Entonces, partiendo de lo dicho como un modo de subjetivación, se introduce la idea de las formas de subjetividad ya como las formas en que el individuo se hace a sí mismo un sujeto de determinado sistema de verdades y prescripciones para orientar y constituir su vida a través de estos.

Así, las prácticas y los discursos de verdad se constituyen en la base de los modos de subjetividad, los cuales tienen como condición la práctica de la libertad del individuo, el cual requiere de ésta y, del mismo modo, de las prácticas de resistencia mencionadas a lo largo del apartado, para no generar un estado de dominación. Entonces, el neoliberalismo y los discursos que este re-produce, se configuran como una racionalidad de gobierno que permite la elección de los sujetos al no imponerse sobre la libertad de estos, posibilitando la gestión positiva de esa libertad para constituir la subjetividad (Bedoya, 2018).

La resistencia se convierte entonces en una forma de leer la subjetividad con el objetivo de lograr la liberación de las formas de sujeción y control, y del tipo de individualización vinculadas con éstas. En otras palabras, para alcanzar la subjetividad, que supone autenticidad y autonomía, “esto convierte a la autonomía en un valor esencial en la construcción de la subjetividad, desde la resistencia” (Gil, 2018, p. 21). Cada sujeto debe gobernarse a sí mismo, aun cuando está inmerso dentro de sistemas de poder.

#### ***4.6.4. La subjetivación en Deleuze***

Este gobierno de sí mismo, siguiendo a Deleuze (2015), debe comprenderse, inicialmente, partiendo desde la idea de un gobierno que se da como relación agonística entre agentes libres. Así como el discurso griego lo planteaba anteriormente, sólo un hombre libre puede gobernar a hombres libres, y solo hombres libres pueden ser gobernados por un hombre libre, entonces, quien era capaz de gobernarse a sí mismo, era capaz de gobernar a otros. Ahora bien, en esta época, el gobernarse a sí mismo no se reduce al dominio del poder ni del saber, sino que es irreductible a

éstos, dicho de otro modo, el gobierno de sí mismo se configura como una suerte de operación que se desengancha tanto del poder como del saber y, ¿cómo se logra esto? adquiriendo independencia respecto a la relación de poder, entendiendo la relación de poder como el gobernar a los demás, la relación de fuerzas entre hombres libres.

Así pues, continuando con Deleuze (2015), gobernarse a sí mismo se aleja tanto del diagrama de poder como del código del saber; tanto de las relaciones de poder mediante las cuales se gobierna a otros como de las relaciones de saber mediante las cuales cada uno se conoce a sí mismo y a los otros. Entonces, hay un doble desenganche, un doble alejamiento, respecto del poder y respecto del saber. Así, la relación con uno mismo alcanza independencia. El gobernarse a sí mismo es llamado por Foucault (1976) en su obra *Historia de la sexualidad* ‘el arte de sí’, es decir, el poder de sí, el poder sobre sí, la relación consigo.

Entonces, en el proceso de gobernarse a sí mismo, la relación de fuerzas entre hombres libres se repliega ya no sobre otra fuerza, sino sobre sí misma, y una fuerza que se afecte a ella misma se vuelve auto-gobernante, auto-directora, “es el afecto de sí por sí mismo” (p. 99). La fuerza se dobla sobre sí misma produciendo subjetivación, es decir, la operación por la cual, al plegarse sobre sí misma, se afecta ella misma; se construye el sujeto con un adentro de la fuerza, plegar su propia fuerza sobre sí. Se produce entonces la autonomía de la subjetividad al plegarse sobre sí misma, donde las relaciones de fuerzas, poderes y saberes, dan como instancia la subjetividad, los modos singulares del sujeto de formar un adentro de lo que es afuera, teniendo en cuenta que no hay un adentro si no hubiera un afuera.

Esta relación de fuerzas, según Deleuze (2015), deriva en configuración de la subjetividad, y la misma relación de las fuerzas de hombres libres como una condición reguladora, no constituyente, pero sí orientativa.

Esta libertad (la subjetivación) es algo más que una no-esclavitud, más que una liberación que volvería al individuo independiente de toda constricción exterior o interior; en su forma plena y positiva, es un poder que ejercemos sobre nosotros mismos en el poder que ejercemos sobre los demás. (pp. 102-103)

El plegamiento de la fuerza sobre sí produce la subjetividad, el ser del sujeto, es un momento de la reflexión, es decir, piensa el ser pensándose a sí mismo, ya que se ha representado como sujeto y como objeto.

De este modo, el afuera se pliega, lo que provoca un adentro que se extiende a partir de esa línea del afuera y este adentro va más allá de todo mundo interior existente, que es para Deleuze (2015) la subjetividad. Es decir, la subjetividad es el plegamiento del afuera; la introducción de lo impensado en el pensamiento. Dicho de otra manera, se trata de captar lo que hay afuera, lo otro, y volverlo hacia adentro, volverlo una parte integral del adentro como una suerte de pliegue, donde ese adentro, diferente de lo que se denomina consciencia, se convierte en un adentro de un afuera, una línea dotada de singularidades que se han sustraído de la relación de fuerzas del afuera, es como afrontar lo que hay afuera, dar lugar a conceptos, funciones, afectos y percepciones. Este plegamiento se da por la autonomía del sujeto, no según los saberes o poderes de su época, sino en función de lo que Deleuze (2015) plantea como “reglas facultativas” (p. 100), el poder de sí y sobre sí, la relación con uno mismo como hombre libre.

Sin embargo, actualmente podría preguntarse si el sujeto puede desprenderse completamente de estas relaciones de poder y ser un individuo independiente, dado que la interacción social está regulada por “normas” preestablecidas y el poder está sustentado sobre la premisa existente de un “otro” (sobre el cual se ejerce el poder) que actúa de cierta manera frente a esta relación de poder y que constituye a su vez todo tipo de comportamientos, reacciones, respuestas y resultados diferentes. El ejercicio del poder es una forma en la cual unas acciones modifican otras (Álvarez, 2010). Dicho de otro modo, las relaciones de poder buscan incitar, inducir, seducir, facilitar, ampliar o limitar ciertos comportamientos y a su vez afectar las decisiones de los individuos, lo que nos lleva a pensar que no somos completamente autónomos ni libres al momento de decidir actuar de cierta manera, estamos siempre permeados por interacciones sociales que de una u otra forma nos hacen elegir, decidir y finalmente ejecutar cualquier acción.

#### ***4.6.5. Subjetividad y medicalización***

Como se ha mencionado a lo largo del marco conceptual, desde siglo XVII se comienza a pensar el cuerpo humano en términos de saberes y poderes que lo constituyen haciéndolo partícipe de una nueva relación social: el capitalismo (Gómez, 2004). Gobernar, especialmente desde el

ámbito de la medicina y, por tanto, del fenómeno de medicalización propiciada por ello a partir de este periodo de tiempo (siglo XVII), se constituye como una práctica que busca regular y controlar la vida en pro de la producción que demanda el sistema capitalista de la actualidad y las lógicas de normalización, bajo las cuales se busca la mercantilización y capitalización de la vida misma a través de la verdad y de los tratamientos médicos llevados a cabo (Bedoya, 2018). Según Foucault, este capitalismo está ligado también a una acumulación de cuerpos dóciles y re-articulados bajo las nuevas formas de poder, donde los obreros de la época son moldeados gracias al entorno exterior con el objetivo de corregir y normalizar tanto sus cuerpos, como sus mentes. Desde esta perspectiva, se articula y se construye entonces una nueva subjetividad, la subjetividad moderna, en la que el individuo se entiende desde las relaciones sociales que le dan forma (Gómez, 2004).

Durante el paso del mundo medieval al mundo moderno, se evidencia una manipulación del cuerpo humano por parte de la medicina, el cuerpo pasa a ser un instrumento que puede ser modificado. En el siglo XIX se origina lo que Foucault plantea como el “nacimiento de la clínica” con la anatomía patológica y la fisiología, el cuerpo que se manipula y al que se le da forma se ubica en una dimensión de saber y de poder que se articulan mutuamente (Gómez, 2004). Ya a partir del siglo XX, los tratamientos médicos llevados a cabo pasan a ser administrados, en su mayoría, por la industria farmacéutica, desarrollándose el fenómeno de la farmacologización, que se ocupa de medicalizar condiciones humanas, es decir, se asegura de que, masivamente, la población se ocupe de malestares cotidianos con la mediación de los medicamentos, donde dicho poder se ejerce gracias a los saberes autorizados para ello: medicina, psiquiatría, psicología, fisiología, etc., capitalizando así la verdad (Bedoya, 2018).

Así, cuando los individuos se configuran alrededor de estos discursos de verdad para gestionar su vida, se están subjetivando. Lo que está en la base de esto, es una biopolítica, es el gobierno mediante la constitución de nuevas formas de concebir al sujeto y las formas en que este se relaciona consigo mismo, con su cuerpo, su pasado, presente y futuro y con el conocimiento de sí mismo, el cual se ha relacionado y posicionado discursivamente como una tecnología donde la salud es vista como la máxima de la vida, donde el bienestar constante se convierte en una promesa partiendo de una acción normalizadora de los saberes y verdades (Bedoya, 2018).

#### **4.6.6. Subjetividad y depresión**

Conforme a ello, la enfermedad (trastorno de depresión en este caso específico), es experiencia en la medida en que se concibe como la relación que tiene el individuo consigo mismo y con la vida, así, se debe tomar en cuenta la singularidad del enfermo para lograr una comprensión y análisis sobre lo normal y lo patológico. Se dibuja entonces una nueva forma de subjetividad en el espacio de lo normal y lo patológico. Según Bedoya (2018) “el sujeto es el que construye su enfermedad” (p. 133). De este modo, teniendo la salud como una de las máximas biopolíticas, se configuran modos de entender la experiencia patológica y la corrección, desaparición o paliación de esta, recorriendo el camino hacia la normalidad, donde la psicofarmacología ofrece la promesa de “retorno/restauración del verdadero (“normal”) yo” (p. 133).

Siguiendo con este razonamiento, ha habido una medicalización de la subjetividad, donde no se tiene en cuenta el contexto sociocultural e histórico en el que se establecen los sufrimientos subjetivos, por lo que el uso y abuso de los psicofármacos se debe analizar teniendo en cuenta factores políticos y económicos. Se deben estimar las experiencias asociadas al consumo, la narrativa social y la interpretación simbólica de dichas experiencias y no únicamente los ejercicios institucionales (Castillo, 2018). De esta manera, es importante el contexto social, histórico y cultural (que la mayoría de las veces no se toma en consideración), para que al individuo le sea posible realizar las representaciones de sus situaciones y experiencias (Loaiza, 2022).

Por otro lado, son las instituciones y los profesionales quienes deciden la duración de los tratamientos, sus métodos y frecuencia, ignorando las singularidades de los pacientes, como sus tiempos y padecimientos, sabiendo que deben ser estos los que orienten el tratamiento. Es por esto, que gran parte de los intentos de prevención en salud mental tienen bajo éxito, pues la salud mental es un asunto de sujeto y de palabra, donde no se puede eximir la dimensión subjetiva y la relación del individuo con sus vivencias y su padecimiento solamente a partir de su diagnóstico (Castro, 2013).

Las clasificaciones de las enfermedades mentales y los manuales diagnósticos limitan la visión del evaluador a buscar lo “patológico” o “anormal”, buscando en el otro desviaciones de su conducta, sentimientos, pensamientos o expresiones, teniéndose a sí mismo como referencia de lo que es “normal” o lo que se espera que debe ser (García y De Castro, 2008). El acto de clasificación da como resultado un diagnóstico “observado”, estereotipado, basado en argumentos causales y

explicativos, que anulan la subjetividad y responde a una lógica examinadora que equivale a la objetivación que se halla en los síntomas (Rubio, 2015).

Siguiendo a Castro (2013), en el caso de los manuales de clasificación de enfermedades mentales, el DSM-5 específicamente, permite los estudios estadísticos y comparativos a nivel mundial, sin embargo, estos manuales diagnósticos pueden llegar a sesgar el juicio profesional al efectuarse un diagnóstico casi que automático, además, de que impulsa problemáticas como el autodiagnóstico. El listado de síntomas y signos conlleva a una identificación del sujeto con su padecimiento, en algunos casos hasta el punto en el que estos se apropian de sus diagnósticos y los toman como características que los determinan a sí mismos y a su condición subjetiva, identificándose como “depresivos”.

Esa afinidad e identificación con el diagnóstico, produce potencialmente una subjetividad consolidada por mecanismos de poder, como lo es el saber científico, que acarrea en algunas ocasiones, realidades estigmatizantes y comportamientos que se derivan de esas clasificaciones. En este sentido, los diagnósticos se convierten en “formas de construir gente”. Las clasificaciones de los individuos y sus conductas son dinámicas, lo que quiere decir que entre las clasificaciones y lo que hay bajo ellas, se genera una interacción efecto “bucle”, a partir del que se pueden cambiar los sentimientos y comportamientos de las personas diagnosticadas, lo cual influye también en las clasificaciones, es decir, los diagnósticos influyen y determinan conductas, acciones, sentimientos y pensamientos (Castro, 2013).

Continuando con esta idea, en el caso de la depresión, el diagnóstico trasciende de encasillar la enfermedad dentro de una categoría, hasta poner al sujeto en un campo de acción específico. Además, el diagnóstico puede significar tanto un alivio, en el que el sujeto encuentra un nombre para su padecimiento, de esta manera comprender, darle sentido a lo que le sucede y la razón de lo que le pasa; como una carga, donde su identidad se restringe a su enfermedad y llega a ser limitante o estigmatizante, sin embargo, cada individuo le da un significado específico dependiendo de su relación con dicho diagnóstico (Bonil, 2021).

El malestar causado por la depresión está relacionado con las creencias y las prácticas que posee el individuo y que condicionan su enfermedad. Desde una perspectiva social se comprende este padecimiento físico como un trastorno subjetivo en el que cada sujeto experimenta su diagnóstico de manera singular, puesto que, aunque se pueden encontrar ciertas similitudes en un grupo de sujetos diagnosticados con el mismo trastorno, no por ello su experiencia es vivida de la

misma manera y con igual intensidad. En este trastorno, confluye lo biológico y lo cultural, y se caracteriza por ser un fenómeno que se mantiene en diversas culturas pero que se expresa y se vivencia de manera individual a pesar de ser retroalimentado constantemente por su contexto cercano (Bonil, 2021). Desde una perspectiva antropológica, la experiencia individual de la enfermedad se conjuga a los fenómenos sociales, lo que se piensa de la enfermedad está ligado a lo que se piensa acerca del mundo y la sociedad en general. El modo de vivir, de enfermar y de morir son condiciones históricas proporcionales a las condiciones de vida singulares (Bru, 2016).

Desde la fenomenología, padecer un trastorno mental transforma el sentido de realidad del sujeto y crea a su vez la sensación de que el mundo se deconstruye, a la persona se le dificulta enfrentar su realidad cotidiana, se desdibuja lo que era conocido hasta ahora y el padecer se vuelve parte activa del sujeto y propicia que este escape del dominio de sí mismo. A su vez, se crea una forma específica de relacionamiento para aquellos que lo vivencian puesto que están experimentando el mundo exterior de una manera diferente respecto de aquellos que no lo padecen. Cuando es la enfermedad quien domina su vida, por ejemplo, reemplazan las actividades que antes hacían y el mundo clínico comienza a permear su vida por completo. En este sentido, se evidencian nuevas formas de vida que se construyen en torno a la enfermedad (Bru, 2016).

Ahora bien, por padecimiento se entienden las formas en cómo los individuos perciben, interpretan y vivencian los efectos de la enfermedad y que va más allá de algo netamente físico puesto que atañe a su vez a los miembros de su red social más cercana. Así, es posible pensar la enfermedad como un proceso de subjetivación y que afecta no solo al sujeto en sí, sino también la vida cotidiana de quienes lo rodean (Bru, 2016).

Para ejemplificar lo mencionado, en la Fundació Congrés Català de Salut Mental de la Universidad de Barcelona, surge una iniciativa en el ámbito de tratamiento y rehabilitación psicosocial de personas con algún trastorno mental, en el que se posibilita la visibilización de la voz del otro y su subjetividad partiendo de sus propias narraciones respecto a la vivencia de su enfermedad y la identificación con la misma. Así, menciona Serrano (2014) que al tener un acercamiento al discurso de quienes padecen una enfermedad mental se observa cómo éste está permeado por la desconfianza y el sesgo propio que genera el estigma asociado a estas dolencias, encontrando diferentes presentaciones de los participantes tales como: “Soy padre de un paciente”, “estoy diagnosticado de un trastorno mental”, “esposa de un usuario de salud mental” (p. 513), o “es la cuarta vez que menciono que mi hija tiene esquizofrenia, no me atrevo...incluso a la familia.

La palabra esquizofrenia...igual no lo tengo asimilado del todo, creo que necesitaríamos más información” (p. 514), poniendo de manifiesto los significantes estigmatizantes en la palabra de los afectados, impidiendo la dignificación de los discursos y su representación, lo que sucede también en la vivencia de familiares o cuidadores que demuestran una anticipación al rechazo social producido por un diagnóstico casi siempre estigmatizante, habiendo así, una construcción de identidades marcadas por el sufrimiento personal o el dolor frente al malestar del ser querido.

Siguiendo esta línea, Ferré-Grau et al. (2018), analizan las vivencias subjetivas relacionadas con la transformación del cuerpo y la mente de las personas con depresión encontrando que los pacientes expresan sentirse impotentes para comunicar el dolor que sienten, que no se corresponde con ninguna lesión física corporal. En la narrativa de los pacientes aparecen expresiones como “la depresión no se ve”, “el dolor es profundo y solitario”, “el dolor es real y sientes deseos intensos de morirte”, “es una enfermedad muy rara, si no la pasas no puedes entenderla” (párr. 6). Esto pone de manifiesto cómo los pacientes ven la depresión como una enfermedad que no es física, por lo tanto, es difícil comunicar su dolor a otros para lograr comprensión de su entorno, como algo inimaginable que tienes que vivir para lograr entender.

Ferré-Grau et al. (2008) también encontraron cuestiones relacionadas con crisis de identidad en narrativas como: me miro al espejo y no me reconozco, mostrando que la persona depresiva expresa gran extrañeza en cuanto a sus propios procesos. La depresión también se acompaña de una falta de energía marcada que afecta la integridad y globalidad de la persona al representar dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, así, una estudiante dice “tenía el libro delante y no entendía nada de lo que ponía”; una ama de casa “yo siempre había sido una buena cocinera y ahora no puedo hacer unas lentejas o, de pronto, miras la cama que vas a hacer, como todos los días, y no sabes cómo arreglarla” (párr. 19), “cuando me di cuenta de que todas las plantas de mi jardín estaban muertas, supe que tenía que pedir ayuda” (párr. 13). Finalmente, sugieren que se trata de explorar con la persona el sistema de creencias establecido que se materializa en el sufrimiento y el dolor que experimentan, recoger las creencias que pueden ayudarle a comprender y darle significado a sus vivencias partiendo del desarrollo de la sensibilidad hacia uno mismo y los otros.

Finalmente, respecto a las narrativas sobre el origen de la depresión, Grippaldi (2021) hace un análisis socio-narrativo de relatos de vida de personas que padecen depresión y asisten a terapia, haciendo referencia a que dichas narraciones son “verdades narrativas” (p. 243) de quien las cuenta

y son signo de su identidad, expresando, más o menos indirectamente, sus pertenencias y referencias sociales. Se priorizó, entonces, abordar la dimensión subjetiva para el análisis, observándose múltiples modos de articular lo interno y lo externo, lo social e individual.

Por un lado, surgen narrativas que otorgan valor explicativo de la etiología de la depresión en características o factores individuales o internos; aquí, el origen se explica por características personales, proviniendo del mismo sujeto que la padece. Son entonces fuerzas interiores y comportamientos de las personas lo que genera el malestar, es decir, no se asocia con fenómenos sociales, políticos o condiciones externas a las personas que lo narran, sino que se debe a atributos intrínsecos. Por ejemplo “Yo ese sin sentido lo siento desde el mismo momento en que yo renuncié al amor, la depresión comenzó por la gran angustia que sentí, por el gran vacío”; “El año pasado tuve una recaída terrible por haber dejado de tomar toda la medicación. Tuve una recaída horrible, terrible. Y tuve que volver a tomar medicación de nuevo”, esta última mujer, practicante de psicoanálisis y estudiante de medicina de 26 años, afirma que recae por dejar todos los medicamentos psiquiátricos. Es una decisión de ella dejar de tomar la medicación fundamentada en que no quería “depender de la pastilla” para su vida cotidiana (Grippaldi, 2021, p. 251).

Por otro lado, surgen narrativas que otorgan la explicación a factores neuronales, predisposiciones genéticas, herencia o debilidades de carácter, así, el desempleo, el aislamiento social, las relaciones familiares, el abuso físico o psicológico y la pobreza se convierten en factores desencadenantes, en lugar de causas o etiología. Una de las participantes narra que “Esta psiquiatra me diagnostica con depresión. Me da una medicación, me hace hacer estudios de serotonina y de distintos indicadores de neurotransmisores. Tenía siempre baja la serotonina”, añade que identifica una “línea de herencia femenina en mi familia (...). Entonces parece que sí, que es biológico” (p. 247). Así, hay perspectivas que parten del componente biológico como determinante de la depresión, para tener estos marcos de referencia, es necesario que estos discursos circulen en contextos donde adquieren relevancia, los cuales constituyen una forma de alivio para el individuo al permitir desculpabilizarse, donde el malestar ya no es moral sino que se enmarca como un problema médico, del interior del organismo, como si algo (los neurotransmisores en este caso) no funcionan como se espera por norma (Grippaldi, 2021).

De este modo, la subjetividad es el medio por el cual el sujeto puede ser captado como tal en su totalidad vital y existencial sin deformaciones individualizantes, la cual se expresa a través

de narrativas que los sujetos hacen paulatinamente en la medida en que en momentos específicos se posicionan frente a determinados problemas que les afectan (Beller, 2012).

## 5. Metodología

### 5.1. Enfoque

Con el fin de conocer la experiencia de las personas con diagnóstico de depresión que usan la psilocibina para el manejo de sus síntomas (y como alternativa al discurso psicofarmacológico dominante), se seguirá el paradigma cualitativo de investigación, el cual busca comprender y analizar los fenómenos a estudiar desde la perspectiva contextual y en el ambiente natural de los participantes. Se quiere explorar la forma en que sujetos concretos perciben y experimentan los fenómenos que les rodean desde su particularidad temporal y local, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Flick, 2007; Hernández et al., 2014).

Lo que pretende esta perspectiva es comprender la experiencia individual de quienes hacen uso de esta sustancia con fines terapéuticos para la depresión. Sabiendo que son sujetos inscritos en un contexto personal, social e histórico concreto, es importante reconocer y abarcar los significados que tiene la experiencia para éste anudado a la concepción que tiene de depresión, salud mental, fármacos, psicodélicos/psilocibina (y reconociendo el estigma que a lo largo de la historia y hasta el presente han tenido estas sustancias), ya que es esencial la comprensión detallada de las perspectivas y las realidades de quienes las experimentan.

Puesto que el enfoque cualitativo es recomendable cuando el tema o fenómeno a estudiar ha sido poco explorado o no se han hecho investigaciones en grupos sociales específicos (Hernández et al., 2014), es idóneo para la presente propuesta ya que la investigación en el campo de los psicodélicos y su uso, concretamente la psilocibina, asociado al manejo de síntomas de trastornos mentales, depresión en este caso, es reciente y, por tanto, relativamente poco estudiado, al menos en el contexto Latinoamericano y, en esta ocasión, el colombiano.

### 5.2. Método

Siguiendo con este razonamiento, se ha elegido la fenomenología hermenéutica como método. Entendiendo que el enfoque fenomenológico aborda la necesidad de analizar y comprender un ámbito relegado por lo que llamamos ciencia o un carácter positivista que, sin embargo, es la condición de ella misma y de todo conocimiento: “la vida activa de construcción de

sentido que realiza la subjetividad humana, proceso de origen de búsqueda de conocimiento” (Fuster, 2019, p. 203).

El sentido y significado del mundo y lo que le rodea es una construcción subjetiva en la que éste se experimenta a partir de quien lo vivencia y que lleva a interrogar la razón volviéndose un razonar autocrítico que, controlado y aplicado metódicamente, objetiva al mundo y va construyendo una objetividad que extiende al individuo que la ha constatado y que queda al servicio de otras subjetividades. De este modo, el método fenomenológico permite entender y explorar la esencia misma de la persona que percibe a través de sus propias experiencias y significados, que como se menciona anteriormente, conduce a una relación entre objetividad y subjetividad, que va más allá de conocer los relatos, objetos o hechos fácticos, sino que intenta comprender estos desde la perspectiva valorativa de cada sujeto (Fuster, 2019).

Por otro lado, en referencia a la hermenéutica, Dilthey, como principal exponente del método, la define como el proceso que permite revelar los significados de la experiencia individual interpretándose por medio de la palabra (Fuster, 2019). Ella no implica una actitud del ser humano frente a entender o escuchar la manifestación verbal del otro, sino entender a un ser humano en concreto y en su singularidad, integrando la realidad comprendida en el sistema de relaciones de significado en el aquí y el ahora, en una temporalidad más concreta en la que la realidad adquiere su significado actual, diferente del método del pensamiento científico moderno que busca un saber exacto y objetivo ajeno a cualquier experiencia existencial de un sujeto (Morales, 2011).

Dicho lo anterior, se elige este método debido a que, siguiendo el objetivo general de la investigación planteada y atendiendo a la fenomenología, se quiere conocer y comprender la experiencia de las personas con diagnóstico de depresión que usan la psilocibina para el manejo de sus síntomas, quienes están inscritas en el marco de una temporalidad histórica, cultural y social que va permeando su vivencia y conformando su subjetividad.

Finalmente, de acuerdo con lo que plantea la hermenéutica, con la aproximación a la vivencia de la persona, tanto de su diagnóstico, de su sintomatología, del uso de psicofármacos precedente y el uso actual de la psilocibina, se podrán conocer los significados que ésta tiene frente a los temas mencionados anteriormente. Todo ello con el fin de tener un acercamiento a la realidad del sujeto trascendiendo la intencionalidad explicativa del fenómeno y situándonos en una postura de interpretación, dejando de lado concepciones personales y conocimientos previos como medio

para la comprensión de un fenómeno subjetivo y particular y así conocerlo en esencia a través de un acercamiento más profundo.

### **5.3. Estrategia**

En la investigación cualitativa, el estudio de caso es una manera particular de abordar un fenómeno o hecho específico, indagando de manera profunda y detallada dentro de su propio contexto (temporal, espacial, económico, político, legal), lo que permite una mayor comprensión de su complejidad, y a su vez, el mayor aprendizaje del caso en estudio (Durán, 2012).

Con esta estrategia, podemos acercarnos con mayor facilidad a fenómenos complejos de la realidad, dada su flexibilidad, el reconocimiento del contexto y la interacción entre sus variables. Dicho diseño se considera útil para utilizarse en estudios con humanos, constituyéndose en una base natural de generalización puesto que la universalidad y la importancia del conocimiento experiencial permite que sea un estilo accesible y compatible con el lector (Durán, 2012). En cuanto a la confiabilidad y validez, sesgos o problemas de prejuicios (consideraciones éticas), el estudio de caso cuenta con su propio rigor, al acercarse a situaciones de la vida real y comprobar ideas en relación directa con el fenómeno a medida que se desarrolla en la práctica.

Por lo tanto, se hará un estudio de caso múltiple puesto que, como hemos mencionado anteriormente, nos interesa sondear, conocer y comprender la experiencia subjetiva de las personas con diagnóstico de depresión que usan la psilocibina para el manejo de sus síntomas, así pues, la misma permitirá conocer este fenómeno de cerca, desde la experiencia misma del sujeto, teniendo en cuenta su contexto socio-cultural.

### **5.4. Técnicas de recolección de información**

La entrevista es una de las técnicas que más se usan en investigación cualitativa. Esta permite la comprensión de los puntos de vista sobre el mundo de los participantes a través de sus palabras, así como la recolección de información acerca de las perspectivas de los sujetos, para también entender las formas de categorizar y explicar sus acciones, así como sus interpretaciones, percepciones y sentimientos sobre un aspecto en específico. Por lo general, es un diálogo entre dos o más personas (entre el entrevistador y el y/o los entrevistados). El entrevistado es elegido con

base a unas características concretas dependiendo del objetivo y el tema de la investigación, es decir, se selecciona si ha vivenciado ciertas experiencias, si posee ciertos atributos o no, conforme a las necesidades de la investigación. De igual manera, se elige la cantidad de entrevistados según el propósito que se quiere cumplir en la investigación (Tejero, 2021).

Por otro lado, hay varios tipos de entrevistas. En la entrevista semiestructurada, por ejemplo, se hace uso de preguntas abiertas para recoger la información necesaria sobre el área de interés; para ello, se diseña un guión sobre los temas que se quieren abordar durante la entrevista, pero hay libertad para el entrevistador sobre la manera de formular las preguntas y el orden de los temas a tratar. Sin embargo, deben ser preguntas abiertas y pocas para que no haya demasiada extensión de la entrevista, pueden agregarse nuevas preguntas según los términos que se crean convenientes, la conversación se puede entablar como mejor lo considere el entrevistador dentro de los mismos temas, además se pueden explicar las preguntas formuladas, solicitar aclaraciones al entrevistado o profundizar en algunos aspectos realizando otras preguntas (Tejero, 2021).

La entrevista semiestructurada proporciona un mayor grado de flexibilidad de lo que otorgan las entrevistas estructuradas, ya que aunque las preguntas son planeadas y van dirigidas a alcanzar los propósitos de la investigación, permiten ajustes y adaptación al contexto y a las características de los sujetos que están siendo entrevistados, además, probablemente los entrevistados sean más abiertos a expresar sus puntos de vista que en situaciones que impliquen una entrevista estandarizada o un cuestionario (Flick, 2007). De esta manera, se considera que la entrevista semiestructurada es una técnica apropiada para este estudio, ya que teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, permite indagar sobre hechos no observables como lo es la experiencia de los sujetos.

## **5.5. Unidad de trabajo**

Personas con diagnóstico de depresión que usen psilocibina como tratamiento alternativo para sus síntomas.

## **5.6. Unidad de análisis**

- Depresión

- Uso de la psilocibina
- Subjetividad

### 5.7. Población

Adultos con diagnóstico de depresión que usen la psilocibina como modo alternativo para el manejo de sus síntomas

### 5.8. Muestra

- **Tipo de muestra:** Muestra no probabilística intencional por conveniencia (es aquella mediante la cual el investigador selecciona de forma no aleatoria a individuos caracterizados por una riqueza de información en torno al fenómeno social que se pretende estudiar).
- **Criterios de inclusión/exclusión:** Participantes que se encuentren entre los 20 y 40 años de edad.
- Que cuenten con diagnóstico clínico de depresión.
- Que hayan tenido tratamiento psicofarmacológico en el pasado.
- Que usen psilocibina con fines terapéuticos (para el manejo de síntomas) no como uso recreativo.
- Que el uso de la psilocibina se extienda en tiempo de mínimo 6 meses.

### 5.9. Plan de recolección de información

Inicialmente, se tendrá un primer encuentro de acercamiento con los participantes de la investigación donde se abordarán aspectos generales de la investigación: se explicará el objetivo de ésta, lo que se hará en el proceso, cómo se llevará a cabo el mismo y se firmará el consentimiento informado.

Posteriormente, se citará a una entrevista en la que se empezarán a abordar los objetivos planteados. La duración estimada de este encuentro será de 1 hora aproximadamente. Si después

de la primera entrevista, se considera necesario profundizar en otros se planeará una segunda entrevista con el sujeto con el fin de obtener información valiosa para el estudio.

Así, para abordar los objetivos y recolectar la información pertinente y suficiente para la investigación, se harán entrevistas semiestructuradas que, con el pasar de los encuentros y a medida que avanza el estudio, irá aumentando el nivel de focalización de éstas.

### **5.10. Plan de análisis de la información**

En primer lugar, se recolectará la información a través de las técnicas descritas. Así mismo, la transcripción de la información hablada es necesaria para su interpretación (Flick, 2007), por ello, se hará transcripción de las entrevistas debido a que es la herramienta privilegiada de la investigación y es necesario volverla texto teniendo en cuenta manejabilidad, legibilidad y capacidad para ser comprendida e interpretada. Por otro lado, también se tomarán notas de campo durante las entrevistas.

Posteriormente, se codificará la información. Según González y Cano (2010) se identifican elementos de significación a los que se les asigna un código, nombre o etiqueta que logre compilar el significado. La codificación consistiría en la organización y procesamiento de los datos obtenidos, desglosados, conceptualizados y reordenados de una nueva forma partiendo de los que tienen una significación más relevante en relación a los objetivos de la investigación, estableciendo relaciones que faciliten generar conceptos, proposiciones, modelos o teorías. Las expresiones codificadas de acuerdo con las temáticas de interés del trabajo. Luego, se hace la categorización, a partir de los códigos, como una forma de ordenar relaciones de un mayor grado de abstracción y complejidad.

Strauss y Corbin (2002) plantean tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva. En cuanto a la codificación abierta, los autores plantean que busca descubrir, nombrar y desarrollar conceptos que serán examinados de manera comparativa, apoyados en la formulación de preguntas, con la finalidad de ir generando hipótesis o proposiciones que sugerirán cómo los conceptos y, por lo tanto, los fenómenos, pueden relacionarse entre sí. Así, dichos conceptos se generarán a partir de un análisis minucioso, línea por línea, de las entrevistas, lo que conlleva tener en cuenta las propiedades y dimensiones de las narraciones y palabras exactas de los participantes; de allí pueden surgir códigos in vivo, es decir, conceptos que el mismo hablante introduce en su discurso. Todo

este proceso lleva a la creación de categorías y subcategorías más abstractas que los conceptos encontrados, es decir, sus definiciones son más descriptivas en cuanto a sus características particulares y la variación de sus propiedades.

En la codificación axial, las categorías generadas en la codificación abierta, se relacionan con sus subcategorías para obtener, como se plantean en Strauss y Corbin (2002) “explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos que se están investigando” (p. 135) al tejer los datos según sus propiedades y dimensiones, se formará una categoría más profunda y estructurada que permitirá descubrir cómo se relacionan para, así, comprender el fenómeno.

Por otra parte, la codificación selectiva, se entiende como el proceso en el cual se reúne la teoría y se constituyen las categorías a partir de una idea central. Para la construcción de dicho proceso se suelen usar diferentes métodos como contar o redactar el argumento central, elaborar diagramas, escoger y clasificar, y utilizar programas de computador que faciliten el procedimiento. Una vez se establezca el bosquejo teórico, se separan los datos sobrantes y se estudian otras categorías que no se habían considerado. Por último, se aprueba la teoría al contrastarla con los conceptos primarios (Strauss y Corbin, 2002).

### **5.11. Consideraciones éticas**

Los estudios de caso tienen como objetivo indagar aspectos muy personales con técnicas como historias de vida, entrevistas, observaciones, etc. por lo cual los individuos quedan más expuestos en su intimidad (Sánchez y Llobet, 2016). Por ende, se requiere que los investigadores tengan sumo cuidado con la información suministrada y permeando siempre sus investigaciones por los parámetros ético-legales y el código deontológico.

Para la presente investigación, se tendrán en cuenta principios éticos y regulaciones para la investigación con seres humanos comenzando desde los más universales hasta los más cercanos establecidos en el contexto colombiano

Así, de acuerdo con los principios éticos de los psicólogos y códigos de la conducta de la American Psychology Association (APA) del año 2010, se tendrá en cuenta lo siguiente

Principios generales: Esta sección está constituida por los Principios Generales, los cuales, a diferencia de las Normas Éticas, poseen naturalmente un nivel de aspiración mayor.

Su intención es guiar e inspirar a los psicólogos hacia los más elevados ideales éticos de la profesión. Los Principios Generales, en contraste con las Normas Éticas, no representan obligaciones ni constituyen fundamento para la imposición de sanciones.

**Principio A: Beneficencia y no maleficencia:** Los psicólogos se esfuerzan por hacer el bien a aquellos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsabilidad de no hacer daño. En sus acciones profesionales, tratan de salvaguardar el bienestar y los derechos de aquellos con quienes interactúan profesionalmente. Cuando aparecen conflictos entre las obligaciones o intereses de los psicólogos, intentan resolverlos de una manera responsable que evite o minimice el daño. Ya que los juicios y acciones científicos y profesionales de los psicólogos pueden afectar la vida de otros, están atentos a y se cuidan de factores personales, financieros, sociales, institucionales o políticos que pudieran llevar al mal uso de su influencia. Los psicólogos se esfuerzan por ser conscientes de los posibles efectos de su propia salud física y mental sobre su habilidad para ayudar a aquellos con quienes trabajan.

**Principio B: Fidelidad y responsabilidad:** Los psicólogos establecen relaciones de confianza con aquellos con quienes trabajan. Son conscientes de sus responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad y las comunidades específicas donde interactúan. Aceptan la adecuada responsabilidad por sus acciones y procuran manejar los conflictos de intereses que puedan llevar a explotación o daño. Se preocupan por el cumplimiento ético de las conductas científicas y profesionales de sus colegas. Los psicólogos se esfuerzan por aportar una parte de su dedicación profesional a cambio de una compensación o beneficio personal muy bajos o nulos.

**Principio C: Integridad:** Los psicólogos buscan promover la exactitud, honestidad y veracidad en la ciencia, docencia, y práctica de la psicología. En estas actividades, los psicólogos no roban, ni engañan, ni se involucran en fraude, subterfugio, o tergiversación intencional de hechos.

**Principio D: Justicia:** Los psicólogos reconocen que la imparcialidad y la justicia permiten que todas las personas accedan y se beneficien de los aportes de la psicología, y que se equipare la calidad de los procesos, procedimientos y servicios llevados a cabo por los psicólogos. Los psicólogos ejercen un juicio razonable y toman las precauciones necesarias para asegurar que sus potenciales prejuicios, los límites de su competencia, y las limitaciones de su pericia no los conduzcan ni les permitan aprobar prácticas injustas.

Principio E: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas: Los psicólogos respetan la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación de los individuos. Los psicólogos conocen y respetan las diferencias de roles, culturales e individuales, incluso las relacionadas con la edad, el género, la raza, el origen étnico, la cultura, la nacionalidad, la religión, la identidad u orientación sexual, la discapacidad, el idioma y el nivel socio-económico y consideran estos factores al trabajar con miembros de estos grupos. Los psicólogos intentan eliminar el efecto que pueda producir en su trabajo cualquier tipo de prejuicio basado en estos factores y no participan ni permiten actividades de terceros basadas en dichos prejuicios a sabiendas.

De igual manera, se tendrán en consideración las normas APA en su séptima edición a la hora de citar y referenciar, para respetar a los autores y las obras mencionadas en la actual investigación.

Respecto a los principios para la investigación y la publicación (8) se tendrán en cuenta las normas:

8.02 Consentimiento informado para la investigación: Los psicólogos informan a los participantes acerca de (1) el propósito de la investigación, la duración estimada, y los procedimientos; (2) su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado; (3) las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse; (4) los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; (5) cualquier beneficio posible de la investigación; (6) los límites de la confidencialidad; (7) los incentivos por la participación; y (8) a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los derechos de los participantes en investigaciones. Dan la oportunidad a los eventuales participantes de formular preguntas y recibir respuestas.

8.03 Consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación: Los psicólogos obtienen el consentimiento informado de los participantes en investigaciones antes de grabar sus voces o imágenes para la obtención de datos a menos que (1) la investigación consista solamente en observaciones naturalistas en espacios públicos, y que no sea previsible que se utilice la grabación de un modo que se pueda dañar o identificar a las personas, o (2) el diseño de la investigación incluya el engaño y el consentimiento para el uso de las grabaciones sea obtenido durante el interrogatorio.

8.07 Engaño en la investigación: (a) Los psicólogos no llevan adelante un estudio que involucre consignas engañosas a menos que hayan determinado que el uso de las técnicas engañosas está justificado por el eventual y significativo valor científico, educativo o aplicado y que no es posible utilizar procedimientos alternativos eficaces que no sean engañosos. (b) Los psicólogos no administran consignas engañosas a los eventuales participantes, en investigaciones que les pudieran causar dolor físico o un severo malestar emocional. (c) Los psicólogos dan a conocer a los participantes las técnicas engañosas utilizadas como parte integral del diseño y aplicación de un experimento tan pronto como sea posible, preferentemente al término de su participación y nunca después de la finalización de la recolección de datos, permitiéndoles a los participantes retirar los suyos.

8.08 Interrogatorio (Debriefing): (a) Los psicólogos ofrecen a los participantes la oportunidad de obtener información apropiada sobre la naturaleza, resultados y conclusiones de la investigación y toman las medidas razonables para corregir cualquier malentendido que pudiera producirse. (b) Si los valores científicos o humanitarios justifican la demora o retención de esta información, los psicólogos toman las medidas razonables para reducir el riesgo de daño. (c) Cuando los psicólogos toman conocimiento de que los procedimientos de la investigación han dañado a un participante, implementan las medidas razonables para minimizar el daño.

8.11 Plagio: Los psicólogos no presentan como propios partes del trabajo o datos ajenos, aun cuando éstos sean citados ocasionalmente.

8.15 Revisores profesionales: Los psicólogos que revisen material para presentaciones, publicaciones, subsidios o propuestas de investigación respetan la confidencialidad y los derechos de propiedad de quienes presentaron la información.

De la Ley 1090 del 2006 se tendrá en cuenta el Capítulo VII que trata de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. Se consideran entonces los artículos:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones: que el problema por investigar sea importante; que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información; que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Por otro lado, la ley 8430 de 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y debido a que esta investigación se consideró como sin riesgos según el artículo 10 de la presente, se tendrá en cuenta:

Artículo 5. En toda investigación en la que el humano sea el sujeto de estudio debe prevalecer el respeto a su dignidad y protección a sus derechos y bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en ser humanos se debe desarrollar con base en los siguientes criterios: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

Artículo 8. En la investigación con seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran o él mismo lo autorice.

Artículo 11. Investigación sin riesgo: Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 12. El investigador suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente información: la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que vayan a usarse, las molestias o los riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

## 6. Resultados y discusión

Partiendo de las diferentes entrevistas llevadas a cabo se realizó un análisis minucioso de su discurso. A partir de allí se construyeron tres categorías que engloban los principales los resultados encontrados. En primer lugar, la categoría experiencia medicalizadora; en segundo lugar, tratamiento alternativo: uso de la psilocibina y finalmente, los sentidos, significados y comprensión de la existencia, aludiendo a lo que se propone a lo largo de la investigación como subjetividad. A continuación, se describe brevemente qué se encontrará en cada una de ellas.

La categoría experiencia medicalizadora abarca todo lo relacionado con las vivencias de los sujetos partiendo de aquello que tiene su base en el sistema médico y en algo que pareciera tan sencillo como “ir al médico” pero que, para ellos, resulta en una experiencia casi que decisiva para orientar parte de su existencia desde allí, esto gracias a que se halló cómo la explicación dada desde un saber o autoridad médica respecto al padecimiento de los sujetos, se toma como verídica y real de manera ciertamente automática o como por inercia. Nos encontramos con las diferentes expresiones sintomáticas de cada uno, tan variadas en el caso a caso, que a veces resultaría, para efectos de la investigación, absurdo universalizar la experiencia sintomatológica en criterios diagnósticos que se chequean, se incluyen aquí las diferentes explicaciones o significados que le dan los sujetos a la causa de su sintomatología y, anudado a esto, aparecen algunas concepciones, estigmas y prejuicios que se le han impuesto socialmente a la depresión como trastorno del estado del ánimo.

Se integran en esta primera categoría los sentimientos y pensamientos que los sujetos narran al recibir un diagnóstico por parte de un profesional del área de la salud, es decir, al momento de escuchar de un médico o psiquiatra “tienes depresión” y cómo desde allí se comienza una suerte de proceso de identificación con “estar enfermo” o “tener una enfermedad” (narrada, en ocasiones, como limitante), ello en consonancia con las expectativas que surgen en cada uno al momento de haber recibido dicho diagnóstico, es decir, lo que esperan que probablemente suceda después de saber que “tienen depresión”. Seguido de esto, cómo ese diagnóstico los lleva, con el acompañamiento médico, a iniciar un tratamiento psicofarmacológico con la finalidad de hallar mejoría y estabilidad en relación con sintomatología presentada.

Por otra parte, la segunda categoría, que hace alusión al tratamiento alternativo: uso de la psilocibina, contiene los primeros acercamientos de información que tuvieron los participantes a la

psilocibina como una sustancia alternativa para el tratamiento de la depresión, sea por vivencias narradas por terceras personas o por datos buscados por cuenta propia. Asimismo, el uso particular que le dan a la sustancia (dos de ellos emplean el protocolo Fadiman para microdosificación), frecuencia con que la utilizan, dado que los tres sujetos coinciden en que sienten una especie de convocación por los hongos para ser ingeridos, dosificaciones empleadas (gramos de psilocibina) sea en micro o macro dosis, autocultivo de los hongos psilocibios por parte de dos de los participantes, la decisión autónoma de no combinar psilocibina con psicofármacos, el uso recreativo y/o social de la sustancia y el uso responsable de la misma; además, trata del reconocimiento de las diferencias individuales en la experiencia de los otros con el tratamiento alternativo y el deseo que sienten de compartir con los demás, la experiencia vivida con la psilocibina, que dicho por ellos mismos es “sanadora”.

Por otro lado, abarca la percepción de sí mismo que tiene cada uno de los sujetos entrevistados, antes y después de la psilocibina, la percepción de un cambio y estilo de vida por el uso de la misma; la experiencia medicinal, terapéutica, ritualística y trascendental que mencionan haber atravesado gracias a la psilocibina, y con ello, el sentir de un “llamado a otra dosis” por ejemplo, la percepción de efectividad en comparación con los psicofármacos para la mitigación de sus síntomas, o la percepción de efectos positivos y de conexión consigo mismo a largo plazo, etc. Y, por último, en este apartado, se podrá encontrar los posibles efectos secundarios de la sustancia percibidos por los sujetos entrevistados.

La tercera categoría, sentidos, significados y comprensión de la experiencia abarca lo relacionado al proceso de construcción de la subjetividad de los participantes de la investigación, la cual puede constituirse o no a partir de la adherencia a las explicaciones brindadas por un saber científico, que otorga una postura positivista u “objetiva” y que gracias al conocimiento llega a representar cierto poder. Dichas explicaciones científicas varían entre diferentes temas, tales como medicina, psicología, farmacología, e incluso, acerca del tratamiento para la depresión con sustancias alternativas como la psilocibina; donde se constató que algunos de los participantes prefieren la explicación que da un saber científico, sobre otras explicaciones como las espirituales, por ejemplo. Además, lo que es considerado para los participantes que hace parte de unos parámetros que marcan una “normalidad” y que pueden ser sugestionados o propuestos por estos discursos del saber. De esta misma forma, se considera pertinente resaltar los modos que tienen estos sujetos de adquirir la psilocibina, y cada uno de ellos le atribuye un sentido, valor o

significado particular a la manera de acceder a la sustancia; la posible percepción de autogestión que le confieren a este tratamiento alternativo, así como también atribuyen ciertas significaciones a los posibles prejuicios sociales que puede desencadenar el uso o consumo de algunas sustancias psicoactivas.

Por otro lado, es interesante analizar las formas que tienen los participantes de entender y explicar la sociedad actual y su propia existencia, ya que es la expresión misma de la subjetividad que han construido a partir de sus vivencias y experiencias, así como también los cambios que perciben sobre sí mismos, que marcan un antes y un después luego de recibir un diagnóstico como el de depresión. De igual forma, se retoman los deseos de obtener una mejoría frente a su estado, que los motiva y/o lleva a tomar las riendas y la responsabilidad de sus propios procesos y decidir respecto a los tratamientos y posibilidades para ir en búsqueda de un mayor bienestar, o lo que ellos mismos llaman como “cura”. Finalmente, se terminan abordando las experiencias emocionales y los sentimientos que los sujetos han experimentado con relación a su proceso, desde el diagnóstico y el uso de psicofármacos, hasta el uso de la psilocibina como tratamiento alternativo y todo lo que esta experiencia implica para ellos.

### **6.1. Experiencia medicalizadora**

En este capítulo se incluyen las vivencias significativas de los sujetos para los efectos de la investigación respecto a la sintomatología depresiva experimentada y posterior decisión de consulta con un profesional del área de la salud, psiquiatras en este caso, que los lleva a tener una suerte de etiqueta posterior a la consulta, etiqueta a partir de la cual los sujetos comienzan a tener una especie de identificación con ello, ubicando sus modos de ser en el mundo desde “tener depresión” y cómo esto también conlleva a ciertos estigmas. Todo ello producto de un discurso predominante, legitimado social y culturalmente que medicaliza a los individuos y que, de una u otra manera, intenta objetivarlos partiendo de tratamientos, específicamente psicofarmacológicos, universales y generalizados que parecen no tener en cuenta u olvidar de algún modo, las necesidades y particularidades de cada consultante, de su sintomatología y factores de riesgo.

### 6.1.1. *Vivencias desde el diagnóstico de depresión*

Para hablar de depresión, concebida como un trastorno del estado de ánimo, es necesario, mencionar la sintomatología con la que los sujetos entrevistados comenzaron a percibir que estaba sucediendo algo inusual en sus vidas, signos tanto físicos, como emocionales, cognitivos y comportamentales. Para el sujeto A, por ejemplo, aparece como primer síntoma una diarrea crónica que relacionó en un inicio con un posible “*estrés laboral*”, este aseguraba que era el “*burnout*” el que lo hacía sentirse con profunda tristeza, diarrea crónica y fuertes dolores abdominales, expresando:

...Tenía un estrés laboral muy hijueputa, empecé a tener unos síntomas muy fuertes, aparte de sentir esa sensación de estar triste...y llorar porque sí, y es que durante 2 años tuve diarrea crónica, crónica, era horrible, o sea, eran los dolores más fuertes (...).(A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

La diarrea crónica y el no sentirse en óptimas condiciones mentales, ni satisfecho con su estilo de vida durante 2 años consecutivos, implicó que comenzara a buscar información sobre lo que le estaba sucediendo. Durante un tiempo usó medicamentos para tratar sólo su sintomatología física, en este caso “*lomotil*”; sin embargo, no fue suficiente para que los signos desaparecieran de raíz.

Asimismo, este participante acude a un coloproctólogo en búsqueda de respuestas a su sintomatología, y es dicho profesional, quien se encarga además de examinarlo, de brindarle su primera aproximación a un diagnóstico psiquiátrico. Lo paradójico aquí es que sea un médico encargado del intestino, y no un psiquiatra, quien le proporciona dicho acercamiento a la depresión. Posterior a ello, recurre a un psiquiatra y es diagnosticado con depresión y ansiedad.

Por otro lado, en el sujeto B se manifestó desde una edad muy temprana (8 años) y el primer signo de alarma fue el insomnio, refiere:

...Yo siempre he tenido como pensamientos así, pues esas cosas desde muy chiquita. La primera vez que fui al doctor pues como por eso, fue porque tenía síntomas de insomnio...

muy fuertes, pues para la edad que tenía, tenía ocho años. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Como se evidencia en la cita anteriormente descrita, el sujeto B comienza a presentar sintomatología desde la infancia; no obstante, en el momento en el que acude al sistema de salud para tratar su sintomatología, no se diagnostica de inmediato, sino que simplemente se busca tratar su insomnio, podemos conjeturar, que es debido primero, a su corta edad y segundo, a que no se indaga más allá de su signo.

El sujeto C, por el contrario, identifica y denomina su primer síntoma como *ataques de pánico*, momentos en los que en palabras narradas por él mismo "...la mente te falla y te lleva a esos lugares tan oscuros y que tú no puedes hacer absolutamente nada, estás completamente indefenso... ¿cómo es que no puedo controlar mis emociones, mi cuerpo?" (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024), de este modo, alude a una sensación de pérdida de control sobre sí mismo sin lograr comprender por qué no puede hacer algo al respecto y solo le queda aceptarlo, refiere que por ello decide consultar a un psiquiatra puesto que es algo que nunca había experimentado y quería entender lo que le estaba sucediendo.

Ahora bien, los tres sujetos fueron diagnosticados con depresión entre los años 2019 y 2020. El primero de ellos, menciona que al recibir el diagnóstico experimentó sensaciones fuertes, comparándolo inclusive con el hecho de tener una enfermedad física terminal como el cáncer, refiere que es una afección que en cualquier momento puede acabar con la vida del individuo que la atraviesa; de este modo, narra:

... O sea, a mí ese día no se me va a olvidar porque uno siente una cosa muy rara, uno siente una... (...) cuando uno llega a cierta edad, uno empieza ya a profundizar mucho más sobre su vida y cuando ya te dicen, "hey, tenés esto y esto te puede matar" y yo ya tenía un intento de suicidio, yo ya sabía que esto no era una chimbada, o sea, (...) es lo mismo que tener un fucking cáncer, es la misma mierda, está dentro de ti, que se despierta, se activa y en cualquier momento te lleva y no te da tiempo de reaccionar... (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Lo anterior, narrado por el sujeto A, hace alusión a una experiencia emocional impactante desencadenada posterior al diagnóstico de depresión; se hace importante destacar el hecho de equipararla con una enfermedad degenerativa como el cáncer, puesto que se asume el padecimiento como algo que, en lugar de mejorar, empeora con el tiempo, aceptando además la premisa de que en cualquier momento se puede morir. Esto lo sitúa en un lugar de vulnerabilidad en el que se reconoce como desvalido frente al malestar.

Contrario a lo que sintió el primer participante (sujeto A), el diagnóstico para el sujeto B llegó como una sensación de “*alivio*”, expresando:

...Yo supongo que cuando a uno le dan un diagnóstico uno como en cierto punto siente un alivio porque bueno, no es porque uno quiera, no es porque no se me da la gana, sino que es porque pues es algo que va más allá. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Lo descrito por el sujeto B, da cuenta de la sintomatología que estuvo presente en gran parte de su vida, su infancia y adolescencia, y debido a la cual, sentía limitaciones para ejecutar actividades y tomar acción, así que recibir el diagnóstico le permitió comprender que esas limitaciones iban más allá de simples motivaciones personales o deseos de realizar las cosas. En otras palabras, el ser diagnosticado brindó consuelo al sentimiento de culpa que había interiorizado por no ser capaz de llevar a cabo ciertas labores cotidianas, y poner de cierta forma, esa responsabilidad en la depresión.

El tercer sujeto, experimentó una sensación de “*alivio*”, pero asociada no tanto al diagnóstico, sino a la posibilidad de percibir mejoría gracias al tratamiento al que se sometería, fuera psicoterapéutico y/o psicofarmacológico, señalando, además: “entonces, ya cuando tú tienes un diagnóstico, ya el problema es tuyo, y vos mira cómo lo resolvés. Y si vos no lo podés resolver, mira a ver quién te ayuda para resolverlo, pero es tu problemita, resolvelo” (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024). En este caso, en contraposición al sujeto B, se evidencia que el sujeto C se responsabiliza por completo de su diagnóstico y entiende que el tratamiento y su posterior mejoría, depende exclusivamente de él mismo, puesto que es quien posee el padecimiento y a quien le corresponde comprometerse con su proceso de mejora. Este participante ve al otro como una persona que puede coadyuvar en su progreso, pero no es quien lo sanará, la cura la encuentra dentro de él.

Todo lo mencionado anteriormente, nos lleva al punto de análisis en el que los participantes consideran la depresión como una enfermedad que se “tiene” o se “padece”, que ya pasa a ser parte de sí mismo e incluso, podríamos decir que pasa a ser o hacer parte de su identidad. En esta vía, el sujeto A narra:

Ese momento yo lo comparo como cuando una persona le dicen que tiene cáncer, o sea, es súper heavy mentalmente cuando una persona que el área de la salud mental te diagnostica es como men, tengo algo que no se cura con... con una cirugía, huevón, se cura con pastillas y terapias. Y es muy teso usar el cerebro enfermo para curar tu cerebro enfermo, eso no tiene sentido. A mí me rompe el cerebro”. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Aquí podemos observar cómo el participante A tiene una concepción de sí mismo que se modifica a partir del momento en que recibe el diagnóstico por parte de un experto en el área, pasando a ser la depresión una parte de su identidad, de su modo de ser en el mundo, siendo ésta algo que “se tiene” individualmente y se apropia de ello, incluso, al responsabilizar a su propio cerebro de curar la condición en la que se inscribe. Por otro lado, C también cuenta algo similar respecto a este tópico:

Estoy padeciendo una enfermedad como cuando te enfermas de cualquier otra cosa, esto es una enfermedad y estos son síntomas, lo que te está pasando son síntomas, entonces fue como que dos sensaciones opuestas que yo decía, bueno, tengo depresión. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

En este punto es interesante cómo se manifiesta verbalmente el “padecimiento” subjetivo asociado a un daño o enfermedad subyacente al cuerpo y que se sufre, resultando curioso en este punto puesto que, la depresión, si bien tiene bases biológicas de alteración en la producción de neurotransmisores, es algo más en el orden de lo biopsicosocial, incluso cultural y su sintomatología, en el caso específico de C, pasa a manifestarse más en sus comportamientos y sentimientos, en algo que podríamos entender “más interno” y menos físico, más ligado a la sociabilidad con el mundo y los modos de ser en él.

Siguiendo esta línea, el sujeto B refiere: “es [...] que es muy raro, digamos que yo tengo la depresión, la ansiedad, tengo mis pensamientos intrusivos y todo eso...” (B, comunicación

personal, 21 de febrero, 2024), poniendo de manifiesto cómo, de nuevo, la depresión es algo que ya “se tiene”, es decir, pasa a ser parte de un yo y desde allí va definiendo algunas formas de desenvolverse ordinariamente, aún “teniéndola”. Incluso, uno de ellos llega a adoptar una postura que podría considerarse radical en el sentido de que no desea relacionarse con personas que no conciban su condición, casi que cotidiana, como una enfermedad que conlleva toda una serie de síntomas que se manifiestan en el diario vivir:

La persona que no conciba esto como una enfermedad no va a estar en mi vida porque tengo que ser responsable conmigo, como cuando una persona tiene empatía y tiene cáncer y se rapa la cabeza con vos, una persona que tiene depresión tiene que tener una persona al lado que sea capaz de aguantar que puedas llorar 7 veces al día, aun teniendo un puto Ferrari en el en el garaje, sí tenés todo, pero estoy deprimido, tengo todo y estoy deprimido, fuck, es una enfermedad. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Aquí podemos observar cómo los sujetos narran y conciben la depresión como una enfermedad que se tiene y, en ese sentido, hay identificación con la sintomatología de la misma y con el diagnóstico como tal. En el presente trabajo nombramos *diagnóstico-identidad* a la correlación que hallamos en la investigación, en cuanto a la experiencia de los sujetos respecto a la identificación con el diagnóstico de depresión. Los participantes después de ser diagnosticados psiquiátricamente, comienzan a percibirse y a sentirse a sí mismos como “personas depresivas”, lo que implica, primero, que pongan la responsabilidad de sus acciones, como el hecho de estar triste todo el tiempo, querer llorar, somatizaciones físicas como la diarrea, el insomnio, los ataques de pánico, el nulo asombro por lo nuevo, etc. en su enfermedad; segundo, a decidir no relacionarse con personas que no puedan concebir este padecimiento como una enfermedad, como lo ha narrado anteriormente el sujeto A, al hecho además de sentirse comprendidos por el otro, de no sentirse juzgados ni señalados por sus comportamientos, dado que ahora están diagnosticados con depresión, y pareciera que por ello, pueden darle rienda suelta a las conductas que solían inhibir, ahora, el papel médico los respalda; tercero, a tener una justificación válida socialmente a su sentimiento de “infelicidad”, así se tenga un alto estilo de vida (como lo plantea el sujeto A). Y, finalmente, que se desarrollen y desenvuelvan partiendo de dicha etiqueta, ubicando su lugar en el

mundo y su experiencia existencial basada, en gran parte, en la denominación médica a sus manifestaciones sintomáticas.

En este orden de ideas, después de que los participantes reciben el diagnóstico de depresión por una autoridad médica, en este caso, por un psiquiatra, se reconocen a sí mismos como “depresivos”, lo que permite que el sujeto se encasille en una categoría que le otorga rasgos que, de una u otra manera, condicionan u orientan su individualidad. Así pues, se materializa la fuerza del discurso medicalizador cuando la persona que padece depresión y que, a su vez, se identifica con ella, se convierte en último término, en un sujeto medicalizado que se define a partir de una etiqueta médica (Pignare, 2012).

Finalmente, también se evidenció la simultaneidad o comorbilidad del diagnóstico de depresión con otros que le subyacen, siendo la ansiedad el factor común en los tres participantes. Parece importante resaltar, inicialmente, el discurso del participante A debido a la riqueza de análisis que permite hacer, así, refiere

(...) yo estuve mal diagnosticado mucho tiempo porque al principio un psicólogo dijo que yo (...) yo era un niño rebelde y que tenía (...) asperger. Mierda. Dulcinea [su psiquiatra] llegó y dijo “parce, te hicieron un daño el hijueputa, vos no tenés nada de eso, tenés PAS”. Entonces, aparte de tener depresión y ansiedad, soy persona altamente sensible para muchas cosas y por eso pude estudiar publicidad, además. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

En este punto se hace relevante hacer una acotación respecto al proceso de diagnóstico y etiquetado de este participante, quien manifiesta haber sido “mal diagnosticado”, es decir, recibir una etiqueta errónea de acuerdo con los criterios diagnósticos de su sintomatología, y esto ocurrió en el transcurso de varios años. Cuenta que en su infancia fue diagnosticado con Asperger, a esto se suma el hecho de que por dos años consecutivos asumió que tenía estrés laboral crónico y que era este la causa de su diarrea permanente y su sentimiento de infelicidad. Y ahora, posterior a su diagnóstico de depresión y ansiedad, su psiquiatra le añade otro diagnóstico a su historial clínico, el ser persona PAS (altamente sensible), el cual no es reconocido como una enfermedad o un trastorno mental por ninguna asociación médica, no es nombrado médica ni psiquiátricamente y, aun así, una profesional del área de la salud mental se lo asigna.

Ser PAS (persona altamente sensible) implica, entre otras cosas, la sensación de estar sobreestimulado en ciertos momentos, profunda sensibilidad, capacidad de percibir detalles que comúnmente se escapan a la experiencia humana y un rápido proceso de la información (Pardo, 2018). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, es una forma de relacionarse con el mundo exterior que no está adherida a un diagnóstico psiquiátrico. Lo paradójico con este diagnóstico arbitrario, es que el participante (sujeto A), lejos de sentirse preocupado o afligido por este, o por el hecho de sumarle otro dictamen a su malestar, se identifica con él, pasa a ser parte de su identidad, se reconoce a sí mismo como una persona altamente sensible e incluso afirma que debido a ello, pudo estudiar publicidad, es decir, que su imaginación y creatividad, que le permite destacar profesionalmente, es gracias a que asume interiormente una etiqueta medicalizadora como el ser “PAS” y, no a unas competencias que ha podido desarrollar con disciplina.

Por consiguiente, el tema de comorbilidad, sobre todo en enfermedades y/o trastornos mentales, es un tema que generalmente no se aborda de la forma más adecuada, ni la más eficiente posible, lo que desencadena, en la mayoría de los casos, diagnósticos erróneos o insuficientes. Conforme a ello, es más habitual de lo que se supondría, encontrarse con trastornos del estado de ánimo y en problemas biológicos crónicos, donde preexisten la depresión y la ansiedad de manera conjunta. La comorbilidad de la depresión trae consigo complicaciones en la aplicación clínica, en este caso, psiquiátrica, como mayores resistencias al tratamiento y poca adherencia al mismo, reaparición simultánea de signos y síntomas, incremento en el riesgo de suicidio y mayor uso de recursos sanitarios (Aragones et al., 2008).

Ahora bien, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y cuenta con uno de los índices más altos de mortalidad, manifestados en conductas suicidas recurrentes por los sujetos que la padecen (Vásquez y Sanz, 2008). Lo anterior, lo manifestaron dos de los participantes (A y C) en este estudio, ambos refieren haber tenido intentos suicidas después del tratamiento psicofarmacológico. El sujeto C, menciona, por ejemplo, el hecho de intentarse quitar la vida, ingiriendo las medicinas psiquiátricas que le habían recetado: “eso fue en el 2019, hasta que en el 2020 me traté de quitar la vida y dejé la medicina” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). Manifiesta con esto, que su intento suicida se basó en tomarse la totalidad de los medicamentos psiquiátricos que le habían sido recetados; después de este suceso, decide buscar otras alternativas, como la psilocibina, de la cual se hablará más ampliamente en apartados posteriores.

El sujeto A por su parte, narra este hecho, como el evento cumbre para comenzar a cuestionarse por su salud mental, dado que este acontecimiento no solo llamó su atención, sino también la de su familia, por lo que, a partir de ahí, se dan cuenta que lo que padecía este participante era algo grave y que debía ser atendido de manera urgente.

En otro sentido, la simultaneidad de diagnósticos aparece en los tres participantes de manera particular, la participante B, por ejemplo, narra la simultaneidad así: “(...) yo siento que empecé pues como con síntomas y así desde muy chiquita, y pues a mí me diagnosticaron (...) depresión y ansiedad” (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024). Así como lo mencionamos en apartados anteriores con el sujeto A, en este caso, el sujeto B, da cuenta que fue diagnosticada con depresión y ansiedad, dos enfermedades mentales que como hemos visto en este estudio, se relacionan entre sí.

Ahora bien, esta simultaneidad de diagnósticos fue vivenciada por el tercer participante, así: “Entonces cuando empiezo a percibir en mí ataques de pánico, ataques de ansiedad, yo digo, “hey, ¿qué está pasando?” (...) Y bueno, ahí fue cuando me diagnostican depresión y ansiedad generalizada” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). El sujeto C menciona que su sintomatología contenía aparte de pensamientos intrusivos y rumiación, también ataques de pánico y de ansiedad asociados a la incapacidad de autorregularse física y/o emocionalmente, esto se debía a su diagnóstico simultáneo de depresión y ansiedad generalizada. Tenía momentos en los que se sentía ansioso y momentos en los que percibía su estado anímico como depresivo. A esto, en una segunda entrevista, añade “[...] casi siempre esos dos diagnósticos van juntos, o ansioso-depresivo o depresivo-ansioso” (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024). Si lo anudamos entonces a la información sobre la comorbilidad de la depresión expuesta anteriormente, evidenciamos que, en efecto, el diagnóstico de estos dos trastornos va de la mano más comúnmente de lo que quizá se piensa.

Teniendo estos hallazgos en cuenta y a raíz del análisis realizado en este apartado, podemos sugerir que, en los discursos de los tres participantes, se observa una suerte de identificación con el diagnóstico en la medida en que se va desarrollando una explicación médica que dota de un nombre a lo que aqueja a los sujetos y que es lo que los lleva a consultar con un experto. Así es como los sujetos se van involucrando en el proceso de subjetivación, nombrado anteriormente como *diagnóstico-identidad*, donde “estar deprimido” o “tener depresión”, comienza a tomarse como una identidad, un modo de producir sujetos medicalizados que van definiendo una parte de

su ser en el mundo a partir de lo que les afecta al ser nombrados por la psiquiatría y, posteriormente, intervenidos farmacológicamente (Machado y Ramires, 2014), este último punto se desarrollará en posteriores apartados.

De igual manera, los dispositivos medicalizadores aportan unos indicadores conductuales en términos de hábitos, lenguaje, higiene corporal, maneras de relacionarse con otros, etc., que permiten la identificación de los trastornos mentales, o las “manifestaciones de locura”, que ayudan a que posteriormente se realice un diagnóstico (Bedoya-Hernández y Castrillón-Aldana, 2018). Como se expresó inicialmente en el marco teórico, según Caponi (2012), el diagnóstico se trata de una cuestión teórica y política que ponen de manifiesto la pretensión clasificatoria de la psiquiatría con manuales como el DSM que ha tenido tantos cambios a lo largo de los años, que etiqueta a los sujetos con “trastornos mentales”, limitando, en ocasiones, la visión del evaluador para buscar lo “patológico” o lo “anormal” en el comportamiento, los pensamientos, las expresiones o los sentimientos del sujeto que consulta, siendo esto posible solo al tener en cuenta la otra cara de la moneda: la “normalidad” o lo que se espera que debe ser (García y De Castro, 2008). Para ejemplificar esto, el sujeto A manifiesta lo siguiente “(...) no me sentía como ustedes se sienten día a día, normal, yo no me sentía así. Yo tenía una vida soñada, pero, pero una gonorrea de bicho en la cabeza diciéndome que (...) tenía que estar triste y enfermo, ya” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Por otro lado, los individuos conciben la depresión como una enfermedad, pues posiblemente han interiorizado el discurso dado por un saber científico, que asigna a su condición el carácter de patológico. Pues así lo resalta el sujeto C: “[...] estoy padeciendo una enfermedad como cuando te enfermas de cualquier otra cosa, esto es una enfermedad y estos son síntomas, lo que te está pasando son síntomas [...]”(C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). Lo anterior, demuestra que el tercer participante introyecta su malestar desde un saber médico que etiqueta su patología y lo circunscribe en ella.

Del mismo modo, el sujeto A menciona que: “es muy teso usar el cerebro enfermo para curar tu cerebro enfermo, eso no tiene sentido” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Siguiendo en esta línea, gracias a los dispositivos medicalizadores, especialmente a los manuales diagnósticos que cada vez se desligan más del intento de comprender el padecimiento de los sujetos, las personas que padecen de trastornos mentales se categorizan automáticamente dentro de una patología (Gómez, 2022). Así mismo, tal como menciona Cerecedo (2013b), se ha asignado el

nombre de enfermedad mental a malestares que van de la mano con situaciones cotidianas que representan adversidad o padecimiento, entonces, resulta patologizándose el malestar emocional. Por lo que, el sufrimiento emocional, terminaría siendo, en última instancia objetivo también de medicalización, donde las intervenciones médicas, que en este caso serían psiquiátricas y farmacológicas, asignan al sujeto actitudes pasivas frente a su propia vida y sobre sí mismo, asumiéndose desde el papel de enfermo que dependerá constantemente del dispositivo medicalizador (Cerecedo, 2013a). Sin desconocer, claramente, las posibilidades del carácter patológico de la depresión y de las personas que la padecen.

De igual forma, para la psiquiatría, existen tanto factores biológicos (la herencia y la genética), como factores sociales (producto de las experiencias personales del sujeto), determinantes en el origen de la enfermedad mental, por lo que, en este último caso, es al propio individuo al que se le responsabiliza de su condición; lo cual lleva a que las personas conduzcan su vida tal y como lo pautan los dispositivos de medicalización (Bedoya-Hernández y Castrillón-Aldana, 2018). Para hablar un poco sobre esto, el sujeto C, expresa:

... A nosotros no nos nacen los problemas porque sí. No es como que yo de repente por osmosis llegué y ¡pum! absorbí la depresión. No, o sea, todo tiene un contexto social, todo tiene un contexto de crianza, todo tiene un contexto laboral, todo tiene un contexto de todo.  
(C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

Según lo que relata este participante, inicialmente, concibe que la depresión es generada por factores exógenos al sujeto, pues considera que hay componentes ambientales, históricos, sociales, laborales, etc., que llevan a que la persona termine padeciendo depresión. Pero que, finalmente, cuando se recibe el diagnóstico, ya se desestima que sea una problemática social, histórica o cultural, y pasa a ser un problema individual del sujeto, y que es este individuo quien debe hacerse cargo de su condición y responsabilizarse de sí mismo; interiorizando ese discurso que ha sido introducido por la medicalización, donde las personas deben gobernar su vida, pero bajo ciertos parámetros establecidos por esa medicalización; por lo que, la responsabilidad que se le atribuye a las personas resulta paradójica. Este punto se explicará de manera más precisa en el siguiente apartado.

Ahora bien, se puede sugerir que los sujetos partícipes de la investigación, además de identificarse con el diagnóstico que les fue dado dentro de un dispositivo medicalizador, perciben su condición como una patología que llega a limitarlos en múltiples aspectos. En el siguiente punto abordaremos la manera particular en la que cada uno de los participantes ha experimentado la depresión y lo que eso conlleva.

### ***6.1.2. Experiencia de tener depresión***

Cada uno de los sujetos vivenció la depresión y todo lo que la patología conlleva de una manera singular, a continuación, se desarrollará la vivencia a raíz de la depresión que tuvieron los sujetos que participaron en la investigación. La depresión para cada uno de los sujetos participantes de este estudio, tuvo significados diferentes puesto que la experimentaron de manera particular, es decir, a pesar de que manuales diagnósticos como el DSM V tiene criterios de inclusión y exclusión específicos y puntuales para ubicar bajo una denominación universal los trastornos mentales, cada individuo percibe y experimenta dichos signos singularmente, teniendo en cuenta factores socioculturales y contextuales que le rodean, rasgos de personalidad, historia de vida, modos de socialización e ideologías o idiosincrasias concretas. Teniendo en cuenta lo anterior, el sujeto C menciona en esta vía:

...Para mí significa como estar en una sensación de profunda desvalorización, de perder el propósito, el sentido de la vida, de no sentirte a gusto, no sentirte cómodo, no sentir eso, una pérdida de propósito total de la vida, no tienes ganas de vivir, eso, no te quieres mover, no te quieres parar de la cama, no quieres meterle ganas a nada, no quieres, solamente quieres desaparecer. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Partiendo de este fragmento, podemos observar cómo la depresión, para este participante, pasa a significar algo oscuro y lúgubre que te lleva a sensaciones de vacío, donde la voluntad y el deseo parecen no ocupar lugares importantes para sobrellevar el sentimiento de desconexión con el mundo, con los otros y consigo mismo, siendo más marcadas estas manifestaciones en la vía de lo individual, pudiendo intuir que todo ello recae siempre sobre el sujeto que experimenta dicha sintomatología, pero con la sensación de no poder o querer hacer nada al respecto, como si se

desligara de su capacidad de trabajo y acción; pudimos observar entonces cómo se comprende este fenómeno desde esta perspectiva. Para una mejor ilustración de lo que se plantea, el sujeto C menciona “¿cómo es posible que esto pase y (...) que yo quede completamente inoperante ante esta situación?” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024), describiendo la sensación de pérdida de control sobre su mente, sobre sí mismo y sobre su vida.

Por otra parte, el sujeto B refiere: “(...) me sentía como tan sumida en ese hueco, porque como que pensaba mucho las cosas y me juzgaba mucho a mí misma, entonces si pasaba algo malo, aunque fuera externo a mí, yo era la culpable” (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024). Esta participante equipara la depresión con un oscuro abismo del cual le resultaba difícil salir, donde cada situación o acontecimiento desafortunado, se magnificaba hasta convertirse en algo trágico, donde, además, la responsabilidad de todo lo que ocurría recaía sobre sí mismo, aunque fuese ocasionado por un hecho externo; lo que causa un autoreproche y una autocrítica constante.

Lo expuesto en los párrafos anteriores puede ser esclarecedor para anudarlo con lo que señala Bru (2016) de que el padecer irrumpe en el cuerpo y se vuelve parte del sujeto, a la vez que escapa del ámbito de dominio de sí mismo. Se ilustra de esta manera, cómo la depresión lleva a que se altere, de una u otra manera, la percepción de la realidad de los sujetos, sumiéndolos en un bucle donde la responsabilidad de todo lo que sucede a su alrededor recae sobre los individuos, causándoles sentimientos de culpabilidad, reproche, e incluso, autocastigo.

En este sentido, la actual sociedad neoliberal promulga una especie de *responsabilización subjetiva*, donde los individuos deben hacerse cargo frente a todos los aspectos de su vida, aunque sea el mismo neoliberalismo el que empobrece las vidas de las personas, porque el Estado se desentiende de garantizar algunos derechos básicos, como la salud, el empleo, la vivienda, la educación, etc., los cuales generan mejores condiciones de vida, y, por tanto, mayor bienestar. Dicho empobrecimiento ha causado que los sujetos interioricen y se apropien de los discursos propuestos y promovidos por el neoliberalismo, en los que la responsabilidad de producir condiciones de vida propicias para obtener mayor bienestar en diferentes áreas de la vida, es totalmente del sujeto; por lo que este discurso lleva a que las personas busquen gobernarse a sí mismas y pongan todo de sí para desarrollar y disponer sus recursos para competir en el mercado capitalista, y de esta manera, obtener condiciones de vida que les permitan sentirse plenos (Bedoya Hernández, 2018).

Dichos discursos parecen tener una suerte función disciplinar de las buenas prácticas de cuidado, fundamentadas y apoyadas por las tecnologías de poder y del yo articuladas al tópico del cuidado de sí, donde “el ideario neoliberal posiciona al ámbito privado como responsable de las actividades ligadas al cuidado de la salud y desliga al Estado como garante y financiador de la salud poblacional” (Guerra, 2006, p. 142) así se comienza una especie de legitimación del discurso medicalizador, volviéndose una hegemonía cultural, como la denomina Stolkiner (2013), involucrando la cotidianidad, lo institucional, lo económico, etc., anudado a la producción de subjetividad, de los procesos de salud y de cuidado que legitima los modos correctos de practicar este último y que terminan generando un conglomerado de símbolos y signos que fundamental las configuraciones que va teniendo la estructura social, a partir de la cual, por decirlo de alguna manera, el sujeto se la apropia, resultando en una responsabilización de su propio bienestar.

Entonces, dicho de otro modo, este discurso logra extenderse hasta el cuidado de sí, mencionado en apartados anteriores, y hasta la concepción de enfermedad, donde la lógica del neoliberalismo hace responsable a los individuos, no solo de generar mejores condiciones de vida sino, además, de desarrollar conductas que vayan en vía del autocuidado, que adicionalmente responde a las lógicas capitalistas de la sociedad actual. Podemos articular esta premisa de la neoliberalización con la idea que tienen los sujetos partícipes de la actual investigación de que ellos mismos son culpables de lo que sucede en sus vidas, aun cuando estos acontecimientos pueden estar ligados a agentes totalmente externos a ellos, ya que han interiorizado un discurso en el que deben gestionarse y hacerse cargo de sí mismos.

Por otro lado, similar a lo narrado anteriormente, el sujeto A también menciona una suerte de pérdida de control de sí, de sus deseos y placeres y de la capacidad para el disfrute, expresando:

Me quiero ir ya a rumbear o me quiero ir ya al gimnasio, pero no puedo, eso es lo que se siente cuando uno tiene depresión, uno tener, a uno le dan ganas de querer salir, pero el cuerpo te dice no parcero, usted de aquí no sale, usted va a sentarse ahí a llorar 10 horas, 20 horas, 30 horas, no importa, lo que tengas que llorar... (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Se hace alusión a la imposibilidad interna que perciben los sujetos para realizar alguna actividad, así tengan el deseo de llevarla a cabo, resulta complejo concretarla, porque advierten que

existe un sentimiento mayor que no los deja actuar conforme a lo que quieren. En este sentido, perciben una limitación profunda que termina impidiendo la ejecución de cualquier función. Además, la depresión les impone una sensación de incapacidad que genera restricciones sobre sí mismos que les impide autorregularse, autocontrolarse, decidir y tomar acción.

De otra manera, es por todo esto que dos de los participantes, como se mencionó en el apartado anterior, sienten una suerte de alivio al recibir un diagnóstico de parte de un experto que pueda servir para alivianar un poco la culpa y la responsabilidad sobre sí y sus emociones y comportamientos, otorgándole el principal papel causante de ello a la depresión como tal. Sin embargo, también resulta interesante este aspecto puesto que, si bien en un inicio refieren sentirse involucrados y directamente como los causantes de su sintomatología, posteriormente se sienten aliviados debido a la etiqueta diagnóstica que explicaría de mejor manera el porqué de sus síntomas. El estar inscritos en un discurso medicalizador, les permite apropiarse de su diagnóstico para que, de este modo, se puedan hacer cargo de su sintomatología y adherirse al tratamiento médico, psiquiátrico y farmacológico. Esto se anuda al acompañamiento por parte de otro experto, el psicólogo, en cuyos espacios de atención se requiere de una *responsabilización subjetiva* que recae únicamente en el sujeto que consulta y sufre por algo que no decidió tener.

En este punto, se hace importante mencionar que, aun cuando la responsabilidad recae toda sobre el sujeto, también hay que tener en cuenta otros aspectos que influyen en el cumplimiento de dichas “normas” y expectativas que sugiere la medicina y los servicios de salud sobre cada uno, volviéndose necesario traer a la discusión pensar en la población, los servicios de salud y la relación entre una y otra en tanto los servicios.

Según Comes et al. (2007), estos son productores de discursos que se estructuran en representaciones y prácticas de la misma población, dando como resultado diferentes modos de acercamiento y utilización, por lo tanto, de accesibilidad. Entendiendo que este vínculo se construye a partir de una asociación entre las condiciones y los discursos de los servicios o las significaciones de los sujetos que hacen que se manifieste de manera particular el acceso y la utilización a los servicios. Es decir, es el sujeto quien sigue siendo el responsable de su curación o mejoría al acceder a dicho modelo de tratamiento medicalizado en un inicio, encontrándose ante mandatos sociales de orden y propuestas curativas sin saber si puede, quiere o tiene las condiciones o necesarias para continuar al interior de él.

Este tema de la responsabilización se vuelve denso en la medida en que una responsabilidad compartida entre profesional/medicamento/paciente, es una relación en doble vía, si el profesional no te brinda las ayudas, no podrás hacer mucho tú solo, pero si no haces nada o no te apropias de dichas ayudas o apoyos, tampoco podrás hacer mucho por ti y tu mejoría. Esto podemos verlo en fragmentos del discurso del participante A cuando narra “entonces lo gestionaba así, tratando de llorar en el baño jaja y de sentirme mal en el baño y salir rápidamente y en medicamentos pues, tratar de aferrarme a los medicamentos que en ese momento estaba usando y ya” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024), poniendo de manifiesto cómo hay una parte de sí mismo que requiere de su propio control al referir que debe encerrarse para llorar y lograr cierto tipo de desahogo para su emoción. Al mismo tiempo que consideraba los medicamentos como herramienta externa ofrecida por un tratamiento en el orden de lo curativo desde un profesional de la salud, también podía ayudarle con su gestión emocional o sintomática porque, probablemente, no baste solo su trabajo individual, sino que debe apoyarse en el sistema medicalizador para ello.

En esta misma vía, C narra que “(...) si pudiese solo no me pasaba eso, entonces nada, eso me llevó como que, el verme en ese estado de perder el control de mis emociones, dije, “hey, no, necesito ayuda”” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024), ayuda que solo podía encontrar en la figura de un experto de las psicociencias, poniendo parte de la responsabilidad de su mejoría en lo que puede brindarle la medicina porque, de nuevo, no puede hacerlo solo, no basta su propio trabajo y acciones, sino que debe acudir a algo más. Lo que se ha venido planteando va enlazado también a la cuestión de la productividad y cómo ésta se ve alterada, de una u otra manera, en la cotidianidad de cada sujeto, donde los síntomas anímicos son los que impiden en mayor medida la realización de las actividades rutinarias, incluyendo lo laboral; esto aparece de manera más específica en los participantes A y C. Este último tiene una visión de “anormalidad” en cuanto a su operatividad, así

(...) vi la necesidad de que ya no podía operar normalmente en mi trabajo, en mis relaciones sociales, en mi entorno, hasta que no lo vi como una necesidad, “no” dije, “hey, guau, sí me lo voy a tomar en serio”. (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

Aquí manifiesta sentir una necesidad de adquirir o modificar su modo de comprender la sintomatología partiendo de lo que suele suceder en su cotidianidad para considerarlo como

“normalidad” en contraposición a lo que implica estar vivenciando los síntomas percibidos de la depresión, esto a través de un servicio psicoterapéutico al que decide acceder e insertarse en dichos modos de comprensión y manejo con la finalidad de recuperar la calidad de su rendimiento diario, principal preocupación de los dispositivos psi enmarcados en el fenómeno de la medicalización en una sociedad capitalista y de consumo.

Del mismo modo en que cada sujeto vivenció la sintomatología de su patología de forma única y diferencial, asimismo, percibió transformaciones profundas en su contexto sociocultural más cercano, debido precisamente, a su diagnóstico de depresión, por ejemplo, el sujeto A menciona sentirse excluido de su círculo de amigos por su enfermedad:

La exclusión con depresión es común y al mismo tiempo te muestra quién realmente, sí, quién no y quién nunca y es súper común, lo mismo pasa con cualquier otra enfermedad que atente contra tu vida, uno sabe quién es capaz de cuidarlo a uno cuando no es capaz de pararse al baño y cagarse en los pantalones, uno se caga en la vida estando en depresión porque no tiene gente alrededor que lo ame... (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

En este aspecto, evidenciamos que las relaciones sociales juegan un papel fundamental en la salud mental y el desarrollo afectivo de los individuos, este caso específico refleja que para el tratamiento y la posterior mejoría del participante. Era necesaria la presencia de personas cercanas que compartieran un vínculo afectivo con él, que pudieran entender y comprender lo que conlleva tener depresión, que además le brindaran su apoyo cuando este así lo requiriera; con el fin de ejemplificar de la mejor manera posible lo anteriormente descrito, traemos a colación la siguiente frase: “...uno sabe quién es capaz de cuidarlo a uno cuando no es capaz de pararse al baño y cagarse en los pantalones...”(A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Menciona que solo pudo encontrar este apoyo, comprensión y contención en su familia, dado que las personas con las que se comparte un vínculo intersubjetivo de amistad y no un parentesco sanguíneo, suelen mostrarse indiferentes ante este malestar.

Igualmente, este mismo participante menciona que en los momentos en los que sentía la necesidad imperiosa de llorar como síntoma de la depresión que experimentaba, prefería aislarse, dado que las personas solían primero, catalogarlo como “*débil*” y, segundo, usar esta acción como

una oportunidad para causarle aún más daño emocional del que vivenciaba con el diagnóstico. Adicional a esto, refiere que el poco conocimiento que se tiene comúnmente sobre la depresión causaba que las personas a su alrededor no comprendieran sus acciones e invalidaran sus emociones, respecto a ello, comenta:

...Y también era un esfuerzo muy fuerte porque vos me veías en el trabajo, pero al mismo tiempo yo trataba de no llorar al frente tuyo porque también entendí que la debilidad en nosotros los seres humanos se ve más allá de una debilidad, es como que si te veo llorando, también tengo la oportunidad de hacerte más daño del que vos crees que te puedan hacer y ahí nos demuestra lo mal que podemos ser como especie, entonces trataba siempre de llorar solo, cuando no podía lloraba así estuviera aquí con ustedes hablando y de la nada empezaba a llorar, y como ah este marica empezó a llorar otra vez, que pereza. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

De esta manera, el sujeto A nota poca empatía en su círculo cercano, quienes no lograban entender las situaciones en las que el participante manifestaba su patología, la cual lo llevaba a llorar en diferentes espacios; lo anterior significó para él un desprendimiento de lo que consideraba su círculo social más cercano y adoptar comportamientos que le permitieran el despoje de sus emociones de manera solitaria. Esto representó, además, que este sujeto se percibiera a sí mismo como un individuo “*frágil*” y que buscara protegerse de las acciones que pudieran ejecutar las personas a su alrededor.

Por otra parte, el sujeto B refiere haberse sentido vulnerable en ese momento particular de su vida, se sentía incapaz de conocer y relacionarse con personas nuevas, puesto que advertía que en la interacción social podría salir juzgado o poco comprendido. Percibía interiormente una sensación de malestar al pensar que podría incomodar el círculo social en el que se encontrara con los comportamientos que estaba experimentando debido a la depresión, verbigracia: “...siento que de pronto me van a juzgar, van a poder llegar a juzgar por eso, como... porque de pronto yo al ser así les voy a incomodar su espacio, por así decirlo” (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024). Por ello, se considera que la relación afectiva entre dos o más sujetos, es una de las influencias fundamentales para el bienestar de una persona, lo que quiere decir que las instituciones sociales que permean la vida de un individuo, como la familia, los amigos, compañeros y personas

cercanas que hacen parte del contexto sociocultural en el que convive y las acciones concretas ejecutadas por estos, tienen un impacto directo en la salud mental de la persona (Doron, 2015).

El tercer participante, hace particular hincapié en el hecho de “perder” varias personas a su alrededor por la depresión que estaba atravesando en esa época, menciona que es una patología a la que se le adjudican concepciones erróneas y sesgadas, comenta que en múltiples ocasiones se sintió excluido de diferentes espacios sociales, académicos y laborales porque las personas a su alrededor lo percibían como un individuo frágil y susceptible al que podían herir fácilmente, alude a ello, expresando: “...la gente como que evita tener contacto contigo como para no dañarte” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). Asimismo, retomando lo mencionado en apartados anteriores, sobre el papel fundamental que juega el contexto sociocultural que permea a los individuos diagnosticados con depresión, dicho participante consideraba esencial que las personas que lo rodearan adquirieran conocimiento sobre su patología, puesto que así tendrían un panorama amplio que les permitiera acompañarlo en su proceso y no lo etiquetarían de “*dramático*” o “*cobarde*”, calificativos que desde su percepción, le generaban malestar y el sentimiento de ser incomprendido por los otros.

Asimismo, como se mencionó en el apartado anterior, dos de los sujetos partícipes de la actual investigación llevaron a cabo, cada uno, un intento de suicidio, mientras que, en el sujeto B fue recurrente la ideación suicida, pero sin haberse llevado a cabo alguna acción buscando darle fin a su vida. Si bien no dan muchos detalles sobre ello, por ejemplo, el sujeto A, refiere: “(...) porque el daño más grande ya me lo había hecho yo mismo, en un momento en el cual me desconocí, en un momento en el cual me disocié, y simplemente casi acabo con mi vida” (A, comunicación personal, 24 de abril, 2024). Esta verbalización ilustra nuevamente un sentimiento de culpa en el individuo, tras haber infligido él mismo un acto tan grave en el que por poco acaba con su propia vida, pero, además, refleja el suicidio como una alternativa para ponerle fin al sufrimiento que padecen. Por otro lado, muestra cómo el llevar a cabo conductas suicidas pone en entredicho el instinto de supervivencia con el que hemos sido dotados los seres vivos; pues al buscar la muerte y ponerse en peligro, se renuncia a preservar la vida y la existencia.

Por otra parte, son mayores los intentos de suicidio, que los suicidios que finalmente son consumados, porque generalmente, las personas que realizan acciones suicidas en última instancia no desean morir, sino que su deseo va encaminado a terminar con el sufrimiento, por lo que, si logran controlar su angustia, pueden llegar a alegrarse de no haber provocado su propia muerte

luego de intentarlo (Echeburúa, 2015). Por otro lado, aunque anteriormente el suicidio era una problemática de competencia política y religiosa, ha sido concebida como una práctica que socialmente, aun actualmente, no es aceptada, y que poco a poco ha ido instaurándose como una problemática médica, especialmente de orden psiquiátrico. Una de las razones por las cuales se ha llevado a cabo el proceso de medicalización del suicidio, tiene que ver con el papel que tiene la psiquiatría, que le fue otorgado socialmente, para coaccionar a los individuos o grupos que representaran una amenaza para los miembros de la burguesía. En este caso, el suicidio era un peligro social desde el punto de vista moral, por lo que, termina siendo objeto de medicalización, considerándose un síntoma de otros estados patológicos, para mantener el control social (Plumed-Domingo y Rojo-Moreno, 2012).

Finalmente, podemos asumir que cuando las personas buscan ayuda psiquiátrica o psicológica están siguiendo su instinto de supervivencia, el cual los lleva a protegerse de su sufrimiento y buscar maneras de hacerle frente a su dolor. Al hacerlo, exploran alternativas y opciones. El discurso medicalizador es una de estas posibilidades, porque a través de un enfoque médico pueden tratar su padecimiento; entonces, mediante de los tratamientos, terapias y/o recomendaciones dadas por los profesionales del área de la salud, encuentran la ayuda que desean, por lo que terminan instaurándose y llevando su proceso a través de los dispositivos de medicalización, que buscan de alguna manera la gobernar de los individuos de una forma no coercitiva, porque son estos mismos quienes deciden adherirse o no al sistema medicalizador. En el siguiente apartado se abordarán estos temas de manera más detallada, comprendiéndose desde los posibles estigmas sociales que han sido asignados a las enfermedades mentales, en especial a la depresión y a las personas que la padecen.

### ***6.1.3. Estigmas sociales percibidos asociados a tener depresión***

Un punto relevante para mencionar de acuerdo con el análisis realizado y que no se había tomado en cuenta al momento de hacer las entrevistas iniciales, son las posibles actitudes, creencias o comportamientos negativos que se pueden adoptar socialmente frente a las personas con depresión. En esta parte se harán precisiones puntuales respecto a los estigmas sociales asociados a la depresión y la percepción de prejuicios que vivenciaron los participantes al hablar de la depresión y la sintomatología experimentada y expresada, y cómo esta puede ser recibida por un

otro, diferente de sí, que no puede llegar a conocer lo que dicha experiencia significa debido a que no la “tiene”. Así, partiendo desde el discurso del sujeto A, podemos decir que, en vía con lo mencionado en apartados anteriores, la depresión como enfermedad implica una característica diferencial entre unos sujetos y otros, lo cual conlleva a posibles concepciones sociales frente a dicho fenómeno, entonces, este narra que “(...) la depresión es una enfermedad que está muy mal concebida en nuestra sociedad porque la gente piensa que tener depresión es que seas una persona cobarde” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024) debido al estado de ánimo bajo que predomina casi que a diario en la depresión, las personas que no pueden simpatizar con esto puesto que no lo tienen ni lo conocen, tienden a hacer consideraciones o juicios casi que morales al referirse a un otro diferente como “cobarde” porque, por algo que parece estar de base en la vivencia de los sujetos, es como si no fueran capaces de controlar su propio afecto melancólico, pesimista y, en ocasiones, nihilista que les lleva a considerar, incluso, como se mencionaba anteriormente, el suicidio como la única salida al desdén y al desgano que produce la vida en general.

Esto puede verse complementado cuando éste mismo participante narra que prefiere dejar amistades, que compartir con personas que no pueden tomarse en serio su sintomatología como algo que tiene una base médica, no como algo que se decide y que se ve como falta de voluntad,

Quando la gente no lee sobre esto porque no lo consideran una enfermedad como cualquier otra, excluyen y te dicen no este man es un dramático, como me pasó mucho con muchos amigos y me quedé solo (...) entonces trataba siempre de llorar solo, cuando no podía lloraba así estuviera aquí con ustedes hablando y de la nada empezaba a llorar, y como “ah este marica empezó a llorar otra vez, que pereza. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Algo que se ve como un drama o una puesta en escena que simula exacerbar los sentimientos normales de la existencia, sin tener en cuenta el sufrimiento y el malestar que experimentan quienes viven con dichas expresiones sintomáticas marcadas por la tristeza, la apatía y el desdén. Se puede sugerir que tanto A como C se han sentido, de una u otra manera, excluidos o aislados de un grupo por tener depresión; respecto a esto, C refiere que se ha sentido

(...) aislado porque las personas que no entienden muy bien como es el tema de la depresión, muchas veces no saben cómo tratarte y prefieren no tratar contigo porque te ven como una porcelanita de cristal (...) pero en general te excluyen de tu trabajo, te excluyen de la facultad porque no puedes, no tienes como la fortaleza mental para enfrentar la vida, entonces la gente como que evita tener contacto contigo como para no dañarte. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Es como si el otro no tuviera la capacidad de soportar una conversación, como si fuera más fácil alejarse de alguien por no saber cómo tratarlo que intentar comprender. La percepción de la condición de vulnerabilidad que tienen los otros de las personas con depresión debe ir más allá de simplemente “ponerse en el lugar del otro”, pues es importante entender la vivencia que está atravesando cada sujeto desde la simpatía, la intelección y la paciencia, pues es un otro que sufre por algo ajeno a su voluntad y su elección, pero no por ello excluirlo o alejarlo, porque a pesar de su padecimiento, no es frágil como un cristal e incapaz de soportar la interacción con otros y el mundo porque puede venirse abajo, solo es vulnerable, tal como todos los seres humanos, tan simple como eso, pero tan complejo de entender, empero, su vulnerabilidad puede verse ciertamente magnificada por la “normalidad” de su “condición”.

Por su lado, la participante B, teniendo también manifestaciones sintomáticas de ansiedad que complementan el cuadro sintomatológico de la depresión, se concibe a sí misma como un blanco fácil para recibir juicios respecto a lo que siente o piensa. Así, refiere:

(...) siento mucha presión en las cosas y yo sé que todo el mundo no es así, entonces (...) siento que de pronto me va a juzgar, me van a poder llegar a juzgar por eso, como... porque de pronto yo al ser así les voy a incomodar su espacio, por así decirlo”. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Lo anterior permite observar que ella misma parece ser quien se excluye del grupo al diferenciarse de los demás, puesto que los demás no sienten como ella, no todos lo hacen, solo ella, porque es diferente, porque tiene depresión. Así es cómo la sociedad, de la mano del fenómeno de la medicalización y todo su discurso legitimado por expertos, se establecen medios para categorizar a las personas teniendo en cuenta los atributos que se consideran corrientes y naturales en los

miembros de tales categorías, es decir, quienes compartan un atributo van incluidos en una categoría que ya tiene consideraciones de normalidad e igualdad entre sus miembros. Esto permite que, ante los otros, se pueda prever, partiendo de apariencias o comportamientos, la categoría en la que se halla un sujeto y cuáles son los atributos diferenciales que tiene, es decir, su identidad social, pasando de una identidad-diagnóstico individual mencionada anteriormente, a ser algo que se identifica socialmente.

Para ilustrar mejor esto, Goffman (2006) propone el término de estigma, el cual es utilizado para hacer referencia a un atributo que se considera desacreditador, un tipo especial de relación entre un atributo y un estereotipo y que es relevante tener en cuenta puesto que, un atributo que estigmatiza a quien lo posee, puede confirmar, en una doble vía, la normalidad de otro dependiendo del contexto. Los atributos que se ponen en el cuerpo y expresan deficiencias o minusvalías, como es el caso de los trastornos mentales en general y la depresión en particular que marca un rasgo distintivo que puede imponerse por la fuerza y que lleva a que otros se alejen de él cuando lo encuentran, siendo ciertamente fácil identificar a quien está llorando todo el tiempo, sintiéndose mal y perdiendo el sentido de la vida, como manifiestan los participantes de la investigación. Es entonces posible que perciba que los otros no lo aceptan realmente ni están dispuestos a establecer contacto con él en igualdad de condiciones.

Es como si las personas con las que se relacionan no les brindaran la comprensión y la consideración que esperan, lo cual lleva a tratar de corregir o remediar el atributo que los diferencia y aísla (de los que son “normales”). La cual, en este caso, estaría dada al asistir al psiquiatra para que te ayude y te diga cómo puedes deshacerte o manejar tus síntomas, que son lo que se hace visible ante sí mismo y ante el otro, por medio de citas periódicas que monitorean los avances y la eficacia o no, de los medicamentos recetados por el profesional experto en el área.

Es curioso puesto que el estigma no se localiza completamente dentro de la persona estigmatizada, sino que ocurre en un contexto social que define un atributo como algo que devalúa o simplemente diferencia y aparta del resto, pero también esto va condicionando en relación con la percepción que tiene sobre sí mismo como sujeto deprimido. Retomando lo mencionado anteriormente sobre la normalidad, las enfermedades mentales, en este caso la depresión, han sido consideradas patologías porque se desvían de lo que ha sido establecido socialmente como “normal” y que se sale de lo socialmente deseado o esperado; por lo que se establece una relación bidireccional entre lo que en sociedad se reconoce como “anormal” y lo que

es objeto de ser medicalizado, lo cual permite además, la expansión de la medicina, el establecimiento de un discurso médico que alude a la moralidad, la asignación de profesionales para tratar problemas humanos, despolitización de la problemática e individualización de las mismas, desconociendo su origen social. Finalmente, a partir de la medicalización, algunos fenómenos toman distancia de la connotación social que contienen las enfermedades mentales, y se le atribuye cada vez más valor a lo individual (Laplacette y Vignau, 2008).

En este apartado se habló sobre los prejuicios referidos en la vivencia cotidiana de los sujetos participantes respecto a la depresión, resultando en connotaciones importantes para el modo en que se desenvuelven socialmente y en ámbitos laborales, esto anudado a características o atributos personales que se toman como más o menos aceptables en la sociedad y que conllevan a una suerte de exclusión o inclusión en determinados grupos. A continuación, se hablará sobre cómo los sujetos se han inscrito dentro de los discursos de poder predominantes, especialmente el médico, mencionado a lo largo de la investigación y cómo se instaura como modo de comprensión y credibilidad.

#### **6.1.4. Autoridad médica**

En este estudio se evidenció la credibilidad que los participantes le dan a un profesional del área de la salud física y/o mental, es como si su discurso, otorgado por el conocimiento académico adquirido, se tomara como lo veraz. Esto establece una relación de poder donde al parecer el médico tiene una verdad y, como se ha mencionado en apartados anteriores, los individuos quedan a merced de un diagnóstico y de ciertos parámetros dispuestos en torno a una enfermedad que es nombrada por dicha profesión. Respecto a lo anterior, el sujeto A, por ejemplo, menciona:

Entonces, ese fue el primer momento en donde ya una persona médica del área de la salud, me estaba diciendo tenés depresión, vete para donde un psiquiatra que vos tenés un cuadro el hijo de puta de ansiedad y mucha depresión. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Esto denota el poder y la autoridad que tienen los profesionales de la salud y la confianza que, en este caso, el primer participante les concede. Pareciese inclusive, por lo narrado por este

sujeto, que existiera en él cierta sospecha de la enfermedad antes que el médico la confirmara, y solo en el momento en el que este último la corrobora, la interioriza realmente. Ahora bien, este poder que aquí se menciona, está articulado con el concepto de “biopoder” propuesto por Foucault, en este caso referido a la salud mental, como un ámbito en el que hay una presencia constante de la autoridad médica hacia los sujetos y un control de cada etapa del desarrollo mediante mecanismos de poder como la medicalización, dado que, desde allí se puede vigilar y dirigir desde una posición de "saber" al individuo (Doron, 2015).

Ahora bien, el significado de “*enfermedad*” y, especialmente cuando nos referimos a la salud mental, pareciese que adquiriera mayor relevancia cuando viene dado a través del diagnóstico de un psiquiatra. Los sujetos diagnosticados logran, después de introyectar su examen y posterior dictamen clínico, identificarse con una categoría médica, en este caso, psiquiátrica. Con ello, el discurso médico-científico logra reconfigurar la subjetividad de los individuos, dado que su conocimiento se encuentra en una posición de poder respaldada por la legitimidad y “veracidad” de sus postulados, esto les otorga además libertad para realizar labores que van orientadas al dominio de los individuos (Castro, 2013). Para dilucidar mejor este aspecto, el primer participante narra:

Significó un antes y un después, cuando tú te enfrentas a un psiquiatra y ese psiquiatra te dice después de varias consultas exactamente lo que tienes, tú tienes que ser de alguna forma responsable con la situación y atravesar el diagnóstico lo más rápido posible, mi psiquiatra me decía haz el duelo y claro hay que hacer un duelo porque como de la misma forma se toma en consideración cuando alguien tiene cáncer, uno tiene que tomar en consideración cuando va a un psiquiatra y te dicen de un diagnóstico de este nivel... (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

En articulación con lo anteriormente descrito, esta relación de poder que se gesta dentro de un ejercicio de saber médico-científico, configura un dominio en la subjetividad de los sujetos categorizados como “enfermos”, los cuales otorgan autoridad a este discurso y a los profesionales de la salud para que determinen la vía por la que deben seguir, en cuanto a tratamiento, métodos, medicamentos, frecuencia de uso, etc.; sin tener en cuenta, en la mayoría de los casos, las diferencias individuales de cada sujeto. No obstante, la salud mental será responsabilidad única de

la persona, dado que su peculiaridad juega un papel fundamental (Castro, 2013). Lo paradójico resulta entonces, que, si bien el direccionamiento está facultado por la influencia médica, la cual dictamina qué, cuándo y cómo se deben hacer ciertas cosas para alcanzar la cura del malestar que padece el individuo. En último término, es la persona afectada quien carga con la responsabilidad de curarse. En otras palabras, la persona sigue la guía del experto, pero es él mismo el encargado de autogestionar su tratamiento, de usar los psicofármacos (si hacen parte de su proceso), de asistir a psicoterapia, etc.; pareciera entonces que cede solo una parte del poder, mientras la otra parte permanece en él.

Dentro de lo que se ha denominado “autoridad médica” se incluye también la psicología clínica. En este sentido, se encuentra en el discurso del participante C, que señala, narrando “yo digo que este proceso no hubiese sido lo mismo sin mi terapeuta que la amo, es una genia, porque fue la persona que me pudo dar ese apoyo, esa contención, la dirección” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024), de nuevo, vemos cómo se pone toda la credibilidad a favor de la figura encarnada de un experto, de un profesional que tiene el saber y que, por lo tanto, sabe cómo guiar el comportamiento de los sujetos hacia un fin específico, en este caso, la mejora de su sintomatología, resultando ilustrativo el modo en el que se configura el saber como modo de ejercer el poder dentro de organizaciones sociales.

En este mismo sentido, la psicología, la psiquiatría y otras ciencias *psi*, se han configurado también como relaciones de poder, que se rigen a partir de un sistema de verdad, donde se hace uso de conceptos, reglas, procedimientos, técnicas y métodos a través de los que esa verdad se desarrolla. También hay un experto que habla sobre esa verdad, que da una opinión sobre algún sujeto o fenómeno, la cual es considerada válida y sobre las formas de resolver ese problema; donde finalmente, los individuos deciden si rigen su conducta a partir de esa opinión, o no (Rose, 1990). El sujeto C, menciona, por ejemplo: “Siguiendo como las pautas del terapeuta, vas a poder resolver todos esos conflictos internos” (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024), aquí se evidencia la introyección de los discursos *psi*<sup>1</sup> haciendo alusión a que su psicoterapeuta puede brindarle la ayuda a través de algunas indicaciones que éste debe seguir para resolver sus problemas. Es como si el

---

<sup>1</sup> Discursos *psi*: las ciencias *psi* relacionadas al estudio del comportamiento y la mente humana, como lo son la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría, que se establecen como discursos sociales que moldean las formas de comprender la subjetividad y que se han transformado en sistemas de autoridad debido a la experticia (Béjar, 2011).

psicólogo tuviera una linterna que iluminara el camino por el que el individuo debe transitar para llegar a su destino.

Por otro lado, las ciencias *psi*, en especial la psicología, nos brindan una comprensión de nosotros mismos como sujetos psicológicos, por lo que, proponen unos modos de regulación conductual que van de la mano de la revisión constante de sí mismo. Trayendo a colación nuevamente el relato del sujeto C:

...ella me decía como que bueno, primero pudiste instalar como tu observador interno (...) la volví como un observador con el que tengo diálogos internos conmigo mismo y es como un diálogo interno que me avisa de cosas, me avisa de algo que voy a hacer mal o algo que voy a hacer bien... (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

En este fragmento, el sujeto narra cómo gracias al proceso psicoterapéutico que ha realizado y a las indicaciones que su terapeuta le ha dado dentro de éste, ha logrado llevar a cabo la auto-observación y un diálogo consigo mismo, que le permite cierto grado de funcionalidad al ayudarlo a anticipar o a leer acciones que no son favorables u otras que tal vez si pueden serlo. Tal como lo mencionó Rose (1990), con el fin de que las personas alcancen felicidad, realización y salud, quienes manejan el sistema de verdad, hacen recomendaciones de auto-monitoreo sobre los cuerpos, los pensamientos, las conductas y las almas, donde debe haber una auto-reforma por medio de las terapias, los tratamientos y las técnicas para llegar a un ideal de cómo deberíamos ser, que ha sido creado por un juicio normativo de lo que se es y lo que se podría llegar a ser, y la invitación a alcanzar el ideal a través de los consejos de los expertos, que en este caso serían psicólogos y/o psiquiatras.

Pero, a diferencia de estos dos sujetos, la segunda participante tomó cierta distancia para no regirse bajo una autoridad médica o de las ciencias *psi*. Si bien acude a la medicina en búsqueda de una explicación a lo que le sucedía, recibe un diagnóstico psiquiátrico y posteriormente, un tratamiento psicofarmacológico, tomó la decisión de no acudir al psicólogo para acogerse a un tratamiento psicoterapéutico, debido a sus temores de obtener juicios por parte del profesional. Así como lo menciona: "...yo siento que no soy capaz de ir a un psicólogo y abrirme porque (...) siento como que me va a juzgar, siento que no voy a ser capaz de hablarle y que va a hacer como juicios muy rápidos..." (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Aunque se puede identificar cierto tipo de resistencia, ésta va ligada a la internalización que ha hecho de las normas y expectativas sociales que tienen los expertos sobre lo que es “normal” y lo que se desliga de dicha normalidad; reflejando en este temor el poder normativo de la medicalización. De igual forma, la relación asimétrica paciente-psicólogo, en la que el psicólogo posee el poder de definir la verdad acerca de la condición del paciente, genera sentimientos de angustia en la participante que limitan su capacidad de expresión, debido a la auto-vigilancia que ella infringe sobre sí, incluso antes de tener la interacción con el profesional.

Finalmente, la subjetividad de cada individuo se va construyendo, a través de la sujeción o la resistencia que éste hace frente a la autoridad que va tomando un dispositivo de saber específico, volviéndose el discurso médico y los expertos que lo imparten, en este caso, el medio posible para supeditar a los individuos mediante la objetivación y la igualización (Foucault, 1982). En los próximos apartados ahondaremos en la construcción de la subjetividad. En el siguiente, hablaremos de los tratamientos farmacológicos que recibieron los participantes, los efectos secundarios que percibieron y las razones motivantes que los llevaron a abandonarlos.

### ***6.1.5. Tratamiento psicofarmacológico***

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, evidenciamos que en este estudio los tres sujetos entrevistados, como consecuencia de un protocolo médico: análisis, diagnóstico y tratamiento, usaron medicamentos para paliar o darle manejo a su sintomatología, cuyo periodo de uso se extiende desde los tres meses hasta un año. Entre los medicamentos mencionados por los sujetos se encuentran: fluoxetina, paroxetina, vortioxetina, rivotril y clonazepam, entre otros.

Entre los efectos secundarios se encuentra el aplanamiento afectivo expresado por todos los participantes, una especie de incapacidad afectiva, en otras palabras, incompetencia para expresar las emociones de manera verbal y explícita. Además, indicaron que por más que lo intentaran o lo quisieran, no tenían experiencias emocionales fuertes, se percibían a sí mismos como viviendo en piloto automático, existiendo según en palabras de ellos, de forma “llana” y “vacía”. Respecto a esto, el tercer participante narra: “literalmente yo no sentía absolutamente nada, era eso, estaba como, ni me excitaba, ni me bajaba, nada, o sea, estaba completamente llano” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). Según lo narrado por este sujeto, los psicofármacos no le permitían

conectar realmente con sus emociones, advertía dificultad para sentir realmente las experiencias externas e introyectarlas dentro de sí.

Lo que resulta interesante es el hecho que este aplanamiento afectivo advertido por los participantes sea en realidad una consecuencia esperable del uso de psicofármacos, y no solamente la percepción subjetiva de los individuos que los usan. El sujeto A refiere: “los medicamentos sí te van a aliviar los síntomas y no te van a mantener ni en ese pico de manía ni en ese down de depresión, sino que te van a mantener llano” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Podríamos concluir con este efecto secundario, por ejemplo, que, aunque los psicofármacos cumplen su función de reducción de sintomatología, lo hacen ocasionando efectos secundarios como lo es el aplanamiento efectivo, entonces, pareciese que simplemente “durmieran” o “apagaran” los sentimientos y/o emociones de los sujetos, con el objetivo de mantenerlos en un afecto plano, completamente desconectado de su experiencia sensorial y afectiva.

Ahora bien, otro efecto secundario compartido por los tres participantes es la ideación suicida o el aumento de esta, este es uno de los efectos más problemáticos y una de las manifestaciones sintomáticas más frecuentes de la depresión. Aunque solo dos de ellos llevaron la ideación, que durante mucho tiempo había estado presente, al acto, y que utilizaban un medicamento que aumentaba el riesgo, acude a las pastillas para ponerle fin a su vida (esto se analizará más adelante en este apartado). Así, por ejemplo, el sujeto A, menciona: “el efecto secundario más grande en las cajas de... este tipo de medicamentos en rojo te lo dicen es durante el primer mes, ten cuidado, te puedes matar; puedes tener aumento de... ideación suicida” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024).

Siguiendo esta línea de análisis, la depresión es uno de los diagnósticos clínicos que presentan mayor índice de mortalidad debido a las conductas suicidas y los pensamientos de muerte que conlleva a este (Vásquez y Sanz, 2008). Ciertos medicamentos psiquiátricos, efectivamente, tienen como efecto secundario el aumento de dicho riesgo, anudado a la asociación con tentativas autolíticas, resultando de gran importancia resaltar en este punto lo perjudicial y contradictorio que resulta de pensar que el medicamento que te ayuda a, quizá, disipar dichos pensamientos producto de la depresión *per se*, también puede exacerbarlos, en palabras de Marinez y Bolaños (2023) “no siempre la elección de la terapia farmacológica resulta segura gracias al propio mecanismo de acción de los antidepresivos” (p. 16).

En la vía de lo mencionado al final del párrafo anterior, el sujeto A cuenta que “a veces la ciencia se pasa de egocéntrica, es como, “oye, esto te va a sanar, pero también te puede matar”.” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024), se entiende esto haciendo una suerte de alusión a una promesa por parte de la medicina y los medicamentos que, en diferentes dosis y componentes, reducirían el sufrimiento de quien padece. Esta promesa es la que posiciona a la psiquiatría en un lugar privilegiado para incursionar en el camino de la medicina basada en evidencias y que apoya la máxima biopolítica de la vida y por tanto, la salud, como algo que se debe cuidar casi a toda costa, en este caso, a costa de una posible exacerbación en los pensamientos suicidas y conductas autolíticas, lo que lleva al sujeto a incluirse dentro de un sistema que le ofrece la posibilidad de la corrección de la experiencia patológica vivenciada. De esta manera, siendo la psicofarmacología tradicional la forma privilegiada para recorrer el camino de vuelta o la restauración del yo “normal”.

Consecuente con esto y retomando lo que se planteaba en párrafos anteriores, el participante C refiere, incluso, haber tenido un intento de suicidio con las pastillas recetadas por el psiquiatra “el principal motivante para dejar las pastillas fue porque me las tomé todas” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024), introduciendo el tema mencionado antes aquí de que, de una u otra manera, se realiza una apuesta por un determinado medicamento, sin lograr dimensionar la magnitud de los efectos secundarios de los mismos, por ejemplo, el riesgo de aumento de ideación suicida y, consecuentemente, el paso al acto suicida en sí, tal como narra este participante, quien además de esto, también encontró en las pastillas un medio a su alcance para acabar con su vida. Cabe entonces preguntarnos en este punto ¿cómo equilibrar los beneficios y los riesgos que trae consigo la medicina tradicional?

Por otro lado, es importante señalar que dos de los participantes refieren explícitamente el temor a generar dependencia de por vida a los psicofármacos. El sujeto A, menciona: “(...) yo no quería depender de una pastilla por siempre (...) me di cuenta que los medicamentos psiquiátricos no te sanan, sino que te sostienen en el tiempo, entonces un psiquiatra te puede medicar toda la hijueputa vida...” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Con esto, se hace evidente la angustia desarrollada por este participante a sujetarse por el resto de su vida de los medicamentos y de los psiquiatras para tener condiciones de vida favorables, reconociendo que los fármacos no alivian el problema de raíz, sino que enmascaran el problema ayudando a mitigar los síntomas. De esta misma manera, el sujeto B expresa:

(...) en el momento en el que me las dieron tenía miedo de empezarlas a consumir porque tenía miedo de llegar a depender de ellas. (...) Entonces, me la voy a tomar para dormir, ah, o con esta pastilla dejo de pensar tantas cosas o me voy a sentir más tranquila, entonces me daba mucho miedo como poder, como poder vivir bien solo si estoy tomando pastillas. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

En el momento en el que le fueron recetados los psicofármacos, su principal temor era necesitar de ellos para reducir sus niveles de ansiedad, controlar sus pensamientos o lograr dormir, y alcanzar una buena calidad de vida únicamente si consume la medicación. Todo lo anterior mencionado respecto a los participantes A y B, ilustran el efecto que tienen los psicofármacos frente a las enfermedades mentales, en este caso la depresión, pues como se mencionó anteriormente, los medicamentos psiquiátricos actúan como un apoyo para paliar los síntomas, pero no tratan el problema de raíz, lo cual ocasiona que quienes los consumen los tomen como una necesidad y no como una opción para sentirse mejor; finalmente, las personas resultarían dependiendo de un medicamento, de algo externo para obtener bienestar. Así mismo, debido al efecto a nivel biológico que generan los psicofármacos, los individuos estarían dependiendo no solo a nivel emocional y psicológico de éstos, sino que, además, fisiológicamente los necesitarán.

En este sentido, la farmacologización y la medicalización tienen una relación bidireccional, en la que las industrias farmacéuticas potencian la medicalización y sus formas de gobierno, y la medicalización impulsa la producción de fármacos, en la medida en la que los medicamentos brindan la “solución” al sufrimiento psicológico o emocional, y donde los sujetos se ciñen a ello por la garantía de mejoría que se les otorga (Pinafi, 2013).

El sujeto A hace referencia a un aspecto interesante respecto al interés de las empresas farmacéuticas para que los médicos y psiquiatras perpetúen las recetas de psicofármacos a las personas que padecen trastornos mentales, así lo expresa: “(...) a las farmacéuticas les conviene tener gente con depresión, les conviene tener gente con bipolaridad, les conviene tener gente con miles de situaciones diferentes en su cerebro” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Este participante señala la conveniencia de los productores y distribuidores de fármacos con relación a la farmacologización de las enfermedades mentales (además de la creación de estas), y resulta importante traerlo a colación debido a que dicha motivación posiblemente está ligada a intereses

económicos y lucrativos. Como es bien sabido, el consumo de psicofármacos no está lejos del discurso capitalista, al contrario, responde a este discurso en dos vías. En primer lugar, con la finalidad de brindar una solución a la sintomatología, protección y seguridad a los consumidores, a través de los expertos de los saberes “psi”, como lo son los psiquiatras, se recetan dichos fármacos de manera masiva a las personas con padecimientos mentales y de esta manera, las empresas farmacéuticas se enriquecen. En segundo lugar, es fundamental para la sociedad capitalista mantener la mano de obra, por lo que, los fármacos resultan siendo la solución a la angustia y el sufrimiento de personas con depresión, ansiedad, etc., asegurando así, sujetos capaces de producir eficazmente para el sistema capitalista (Pinafi, 2013).

Por último, y como consecuencia de los efectos secundarios percibidos por los sujetos, los tres participantes en este estudio llegan a la conclusión de cesar el uso de psicofármacos para tratar los síntomas de la depresión; entre las razones para tomar dicha decisión se encuentran lo que se ha mencionado a lo largo de este apartado: el aplanamiento afectivo y la imposibilidad de sentir realmente cada experiencia y de expresarla, la ideación suicida y el temor a generar dependencia. Uno de los participantes menciona: “mi principal motivante para dejar los medicamentos es que yo no quería depender de una pastilla por siempre (...) me di cuenta que los medicamentos psiquiátricos no te sanan, sino que te sostienen en el tiempo...” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Se puede concluir que los efectos secundarios que les ocasionaron algunos psicofármacos a estos sujetos, fue uno de los principales motivantes para que estos participantes suspendieran el tratamiento farmacológico, pues consideran que los psicofármacos mitigan los síntomas de la depresión, los adormecen, pero no los desaparecen, sostienen al individuo de una forma pasiva, aislada de su mundo afectivo.

En la narrativa del sujeto C, este refiere que fue inclusive cuando estaba bajo los efectos de la medicación psicofarmacológica que decide intentar suicidarse, dado que como se ha indicado anteriormente, unos de los efectos comprobados del uso de estos medicamentos, es la ideación suicida, resulta complejo, que en el intento de encontrar la cura para el malestar que se padece, se descubra más bien, maneras de acabar con su propia vida o de desear hacerse daño. Este participante, relata:

(...) En uno de esos picos intenté suicidarme como tal, estando bajo el efecto de la medicación. O sea, ¿ves? O sea, no era como que yo no estaba medicado en ese momento,

yo estaba medicado y en uno de esos picos que sucedieron, me fui muy a la mierda y bueno, pasó eso. (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

El uso de psicofármacos implica cierta responsabilidad de los sujetos que los usan para su tratamiento y posterior mejoría, puesto que, como se ha mencionado, son ellos mismos los que deben tomar la decisión diariamente de ingerirlos; sin embargo, traen consigo efectos adversos fuertes, que los individuos consideran tan complejos, que terminan tomando la decisión de interrumpir su uso. Resulta prudente establecer una comparación entre el costo y el beneficio de este tipo de tratamientos que, más allá de ofrecer una cura o una sanación a su padecimiento, acaba generando en los individuos que la usan efectos secundarios. Lo expuesto anteriormente, exhorta de una forma u otra, a buscar diferentes tratamientos alternativos que puedan por lo menos, traer más beneficios a su proceso, y cuyo costo sea menor que los expuestos aquí; entre ellos se encuentra la psilocibina, de la cual se hablará más ampliamente en el siguiente capítulo.

## **6.2. Tratamiento alternativo: uso de la psilocibina**

Después de conocer el modo en que los sujetos de la presente investigación se inscriben dentro de un dispositivo que, de una u otra manera, los objetiva al proceder con un tratamiento universalizado y generalizado que, si bien tiene en cuenta algunas de las particularidades de cada individuo, busca la normalización de unos comportamientos que se vuelven limitantes y de difícil manejo para cada quien, en este caso, a través de medicamentos psicofarmacológicos. El presente capítulo tiene como fin presentar el modo en que los participantes se involucraron con discursos diferentes que, de la mano de otros sujetos, les llevó a incursionar en la experiencia terapéutica, espiritual y ritualística del uso de la psilocibina como un psicodélico de consumo responsable.

Lo anterior con la finalidad de intentar acercarse a otros modos de comprender y experimentar un modo de intervención alternativo al predominante en que parecen encontrarse inconformes. Esto con el fin de paliar la sintomatología identificada, no sin tener presentes algunas de las posibles adversidades que conlleva el uso de la sustancia.

### ***6.2.1. Primeros acercamientos a la psilocibina como tratamiento alternativo***

Los participantes de este estudio se acercan por primera vez a la psilocibina como tratamiento alternativo para la depresión por medio de terceros, la aproximación que tienen dos de ellos está atravesada por el campo médico-científico, que como se ha desarrollado en anteriores apartados, juega un papel fundamental en la credibilidad que ponen los sujetos en el método del que se servirán para el manejo de sus síntomas. El sujeto A menciona que llegó a la psilocibina por medio de profesionales de la salud y no por medio de guías espirituales, por ejemplo, dice:

Yo llegué a la psilocibina por el área médica. Yo no llegué por un chamán, yo no llegué por una fundación, no, un médico muy teso que conozco me regaló un libro que se llama cómo cambiar tu mente de un escritor que se llama Michael Pollan. Y el tipo (...) especifica mucho en el libro, sobre un estudio que hicieron en Hopkins... (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Se puede observar cómo en el momento en que el discurso es precedido por la aprobación de un profesional que posee el saber en lo relacionado al área de la salud y que, a la vez que se apoya en libros, publicaciones y estudios realizados en universidades reconocidas a nivel internacional, se toma como confiable, aumentando la tendencia a que se inscriba en dicho tratamiento gracias al conocimiento impartido por un otro. Por otro lado, también se ilustra particularmente cómo hay unos expertos que se pueden tomar como “más expertos” que otros, en este caso, médicos y chamanes, cada uno con una cosmovisión distinta y unos modos de procedimiento y comprensión singulares pero que son dispares en cuanto a su discurso y, por tanto, credibilidad, según lo narrado por el participante A.

En lo que respecta a la participante B y su acercamiento a la psilocibina, se encuentra enmarcado en algo más vincular y menos médico-científico, es decir, quien le brinda información sobre ello es un conocido suyo y no alguien que posee una profesión u oficio que le otorga un saber específico dentro de un campo de conocimiento, no llega por el área médica o de la salud, podríamos decir que el dispositivo medicalizador va dejándose más relegado en el proceso de subjetivación de esta participante. Así lo narra:

Antes (...) de que me diagnosticaran (...), yo había conocido a un muchacho (...) y como que él sabía mucho de ese tema... y él fue el que me dio como el primer acercamiento a los hongos. (...) Él sí los consumía pues, obviamente siempre muy conscientemente, así, entonces de pronto fue eso, que yo ya había conocido la experiencia de él. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Dejando ver cómo el saber no solo se encuentra en el discurso médico por excelencia, como lo tradicional, aceptado y replicado socialmente, incluso para tratamientos alternativos y menos habituales, sino cómo este puede estar en manos de un otro que tiene un saber más popular, o ubicado en el orden de lo empírico y la experiencia que se vuelve confiable en los términos comprensivos y prácticos de quien escucha experiencias de otros que han usado tratamientos alternativos.

Resulta interesante ver cómo los tres sujetos se acercan por diferentes vías a la psilocibina, teniendo como factor común que es siempre por terceras personas, aunque dos de ellos refieren haber investigado mucho sobre esta sustancia propia, lo que se mencionará más adelante, fue posterior al acercamiento posibilitado por otra persona. En el participante C, dicho conocimiento comienza en una clase magistral de su carrera: psicología, donde les muestran y enseñan cómo la psilocibina impacta y conlleva a efectos importantes a nivel cerebral resultando como una posible vía alternativa para la comprensión de los receptores de serotonina. De este modo, el participante cuenta que

(...) Estábamos en el laboratorio de neurociencias y nos dan una clase magistral de lo que era la psilocibina y nos muestran como todo el impacto que tiene en el cerebro, cómo se conecta con los neuro receptores de serotonina, cómo es molecularmente idéntica a la serotonina y los efectos que genera como tal a nivel neural, a nivel cognitivo, a nivel comportamental y yo digo “wow, o sea, parece, que maravilla”. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

En consecuencia, se puede hacer un análisis, respecto al discurso que hay detrás de la validación de la psilocibina como algo que puede funcionar y que se encuentra respaldado por un conocimiento médico, científico y positivista impartido académicamente en este caso, aumenta los

niveles de credibilidad y, por lo tanto, la consecuente inserción o adherencia segura en un posible tratamiento alternativo respaldado por la ciencia.

Según Estrada (2015), las tecnologías modernas, en este caso las neurociencias, la medicina, la psicología y la psiquiatría, dotan al ser humano de una comprensión somática y fisiológica de sí mismos a partir de un saber positivo de la ciencia y que, si se adopta este saber, forman la subjetividad de quien desee o decida moldear su experiencia existencial a partir de él. Esta producción se pone de manifiesto en el entramado de prácticas, tecnologías y mecanismos de poder por poseer un saber validado y aceptado científica, social y culturalmente.

Por consiguiente, se evidencia que la decisión de optar por un tratamiento alternativo se encuentra permeada por el aval de un discurso médico-científico, en el que los participantes confían y la esperanza de que, con ello, van a sentir mejoría en cuanto a su sintomatología depresiva. En este sentido, lo que resulta paradójico es que la psilocibina no es una sustancia aprobada precisamente por los psiquiatras, quienes, en este caso dictaminan y guían el proceso de diagnóstico de depresión y su posterior tratamiento, puesto que no es una sustancia avalada por el sistema médico y farmacológico, por ende, y como se ha mencionado en anteriores apartados, es habitual que ellos prescriban psicofármacos tradicionales para el tratamiento. Aun así, los sujetos eligen usar la psilocibina para el manejo de sus síntomas, porque de una u otra forma se han encontrado con información de ella en un saber científico.

Con ello, se evidencia entonces la dicotomía en la que se encuentran los participantes, por un lado, los profesionales de la salud mental que los diagnosticaron, específicamente psiquiatras, no aprueban la psilocibina como tratamiento para la depresión, y es gracias también a estos mismos profesionales que los sujetos se identificaron con el diagnóstico en un primer momento. A pesar de esto, los participantes creen firmemente en la psilocibina porque han adoptado de discursos científicos alternativos, no necesariamente médicos, pero sí con un buen sustento investigativo sobre la psilocibina y sus efectos en personas diagnosticadas con depresión, que este tratamiento puede resultar terapéutico. Entendiendo por terapéutico por un conjunto de prácticas y saberes orientados al tratamiento de enfermedades. Ahora bien, el modo con que usan dicho tratamiento alternativo se ampliará en el siguiente apartado.

### **6.2.2. Uso de la psilocibina**

Antes de acercarse a la psilocibina como una suerte de tratamiento alternativo a la farmacología tradicional, los sujetos A y C hicieron uso, inicialmente, de otra sustancia, también alternativa, para tratar o paliar la sintomatología de la depresión, coincide que en ambos casos la sustancia fue el cannabis. El sujeto A, refiere:

(...) entonces me tocó empezar a investigar y empecé a traer CBD de afuera, legalmente, además que me pareció súper chévere, entonces me tomaba 1500 miligramos en la mañana, 1500 miligramos al mediodía y 1500 miligramos en la noche. Así estuve otros 10 meses y al mismo tiempo investigaba sobre psilocibina. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Para este participante fue importante, en primer lugar, informarse acerca de la sustancia; hace énfasis en que se esmeró en conseguir CBD (cannabidol), que es el componente activo del cannabis que contiene propiedades que resultan terapéuticas, y no THC (tetrahidrocannabinol), siendo éste el componente que produce efectos psicoactivos, además, resalta que obtuvo la sustancia desde el extranjero de manera legal. El consumo de CBD se extendió durante diez meses, diariamente dos veces al día, sin embargo, aunque para este sujeto el cannabis contribuía a contrarrestar la sintomatología de la depresión, seguía en búsqueda de otra sustancia que pudiese servir como tratamiento a esos síntomas.

Por otra parte, el sujeto C, refiere: “me empiezo a meter primero con el tema del cannabis, reemplacé el clonazepam y la paroxetina primero por cannabis, empecé a cultivar” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). Al igual que el primer participante, la primera sustancia a la que se acerca para usarla como tratamiento alternativo fue el cannabis, llegando incluso a dejar de usar la medicación recetada por su psiquiatra y la sustituye por el cannabis; sin embargo, a diferencia del sujeto A, el acceso de este participante a la sustancia era el autocultivo. Pero, a pesar de haber percibido efectos positivos del uso del cannabis con relación a la sintomatología de la depresión, decidió buscar otra alternativa por las razones que a continuación se exponen:

Empiezas a generar una dependencia, ¿sí? Entonces, cuando se te hace hábito, cuando se te hace dependencia, el consumo constante te empieza a afectar el sistema endocannabinoide y obviamente empiezas a alterar los ciclos del sueño, empiezas a afectar tus ciclos circadianos y un montón de cosas que a la final van a terminar en el mismo problema inicial que es que no vas a ser una persona completamente íntegra y funcional para las cosas que deberías poder hacer con normalidad. Entonces yo dije, guau, o sea, listo, si bien es una mejoría frente a la medicina tradicional, de todas maneras, esto como que no funciona del todo bien. (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

Como se mencionó anteriormente, aunque el cannabis, a comparación de los psicofármacos que este participante había usado presentaba mayores efectos positivos, su uso no lo convencía completamente; debido a que, en primer lugar, el consumo reiterado de endocannabinoides genera dependencia a la sustancia, y, en segundo lugar, no le permitía ser una persona completamente funcional por los efectos psicoactivos y relajantes que produce la sustancia. En apartados anteriores ya se había hecho mención de la importancia que este participante en específico le otorga al poder ser funcional y productivo en varias áreas de su vida como laboral, académica y socialmente, lo que el uso de cannabis para tratar su sintomatología no le permitía, por lo que continuó investigando acerca de otras sustancias que fuesen menos agresivas con su organismo, esto posibilitado también, como se mencionó en el apartado anterior, por una clase de neurociencias en su carrera donde se enteró de los beneficios que conlleva la psilocibina y cómo actúa en el cerebro, específicamente, en los receptores serotoninérgicos, que es donde actúa la psilocibina por su forma molecularmente similar a la misma.

Según Estebas (2020), los efectos terapéuticos de la psilocibina se pueden explicar a través de los mecanismos de acción de los receptores de 5-HT (serotonina), como por los cambios a nivel cognitivo y conductual que se despliegan de la fenomenología de la experiencia, lo cuales evidencian una mejora significativa en los casos de ansiedad y depresión, con respecto a otros tratamientos. La psilocibina se metaboliza en el cuerpo humano dando lugar a su principal agente activo, la psilocina (4-hidroxi-N, N-dimetiltriptamina). Este agente es un inhibidor del transportador de serotonina y un agonista parcial del receptor 5-HT<sub>2A</sub>” (Lorenzo, 2021, p. 29).

Ahora bien, en lo que respecta a la frecuencia y la dosis en la que los participantes usan la psilocibina para el manejo de sus síntomas de depresión está dada de manera diferenciada. Cada

uno de los sujetos, según su experiencia y acercamiento con la sustancia, deciden usarla indistintamente para la posterior mejoría de su malestar emocional. Por ejemplo, el sujeto A refiere hacer macro dosis de psilocibina anualmente; con relación a ello, menciona: “mi primera experiencia fue una macro dosis y fue una macro dosis con... todo ese lineamiento médico científico (...)”(A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Con lo anterior, y articulado a lo que se ha mencionado frente al lugar de la autoridad médica, se dilucida que el discurso médico-científico cobra especial importancia en los participantes, aún para la decisión de usar un tratamiento alternativo diferente a los psicofármacos. En este sentido, para este participante, resulta clave la cuestión de los lineamientos científicos, porque además de otorgar un aval para el uso de la psilocibina, permite la reelaboración de los estigmas que presentaba este sujeto frente a las sustancias psicoactivas, ya que ahora le confiere a la psilocibina un componente terapéutico. Por otro lado, menciona que acude a la macrodosis de psilocibina cada vez que siente la necesidad de hacerlo, por lo cual se podría inferir que, aunque se inscribe en la guía de un profesional de la salud mental y en un saber académico de la sustancia, en último término, es él quien dictamina la frecuencia del uso del tratamiento alternativo.

Por otro lado, el sujeto C menciona que habitualmente usa las macrodosis de manera social y compartida con otras personas: “(...) consumo en macro dosis a veces cuando me junto con gente y hacemos sesiones de macrodosis (...)”(C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). En contraposición con el sujeto A, que usa las macrodosis de forma terapéutica y siguiendo un lineamiento médico-científico, este participante usa de manera recreativa las dosis más altas de psilocibina. Ahora bien, no sucede lo mismo con el tema de las microdosis, puesto que el mismo participante refiere tener un ritual para esta dosis y la frecuencia de su uso.

(...) No hay semana en la que no haya una micro dosis, hay un día en el que yo estoy en mi casa tranqui, que ese día no entreno, ese día no hago nada, saco el día para micro dosis, me pongo a leer, me pongo a hacer yoga, me pongo a meditar, estar conmigo mismo y es mi momento (...) (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Lo anterior demuestra que el uso que el sujeto C le atribuye a dosis más bajas de psilocibina es habitual, adaptándolo a su estilo de vida y a sus costumbres. El hecho de dedicarle semanalmente, un día completo a usar microdosis evidencia que particularmente, considera la

micro dosificación como parte fundamental de su proceso de mejoría y que, además, lo ha incorporado a su día a día, lo ha hecho parte de sí porque él es quien decide usarla bajo su propio ritual y con dicha frecuencia.

Adicional a esto, los participantes A y C mencionan haber usado la micro dosificación basado en protocolos propuestos por investigadores de la psilocibina, tales como el planteado por el micólogo Paul Staments, que consiste en cuatro días consecutivos de micro dosificación, seguido de tres días de descanso, igualmente, dicho protocolo mezcla la psilocibina con hongos melena de león y vitaminas (Zamnesia, 2023). Por otra parte, ha usado también el protocolo propuesto por James Fadiman, que busca potenciar los efectos de la sustancia y reducir, los posibles efectos secundarios; este plan de micro dosificación plantea el uso de una dosis tan imperceptible en el cuerpo que no produzca efectos psicodélicos apreciables. Con ello, se logra intervenir de una forma sutil en el estado de ánimo, y a diferencia del protocolo desarrollado por Staments, se usa la psilocibina cada tres días, en un día se toma la micro dosis y se tienen dos días de descanso (Suárez et al., 2023; Santiago, 2023). Respecto a esto, el sujeto C menciona:

(...) Los dosifico con la experiencia de un man que se llama Paul Staments y James Fadiman (...) son dos manes que son muy famosos y que han hecho muchos experimentos, y Fadiman es uno de los papás de la micro dosificación. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Con lo planteado por el sujeto C, se evidencia lo desarrollado en apartados anteriores. El poder que le conceden estos sujetos a un saber científico, configurado en este caso, en investigaciones acerca de la psilocibina, dado que, aunque pareciese en un primer momento que son ellos los que deciden cuando usar la psilocibina, se siguen inscribiendo dentro de pautas dictadas por un conocedor de la sustancia; retomando lo que menciona el tercer participante, este orienta su proceso inclusive por el discurso de un micólogo, pero que desconoce totalmente la depresión. Así pues, pareciese que el poder otorgado a estos científicos y la confianza puesta en ellos para la mejoría del malestar de estos sujetos estuviera permeada por el simple hecho de conocer sobre la sustancia que van a consumir a modo de tratamiento más no por el conocimiento que posean sobre cómo puede ayudarlos realmente en su proceso de sanación emocional. En último término siendo parte de un sistema medicalizador, así pretendan gestionar de manera autónoma el uso de la sustancia alternativa, dado que, finalmente, son los profesionales, sea cual sea el área en

la que se desempeñen (psicología, psiquiatría, micología), los que terminan definiendo de qué manera deben tratar sus síntomas.

Según lo expuesto en el marco teórico, Kargbo (2020) dice que la auto administración de la psilocibina varía según quién la utilice y cómo quiera utilizarla, así, hay micro-dosis que van desde los 0.1 gr a 0.5 gr, hasta macro-dosis que van desde los 2 gr hasta 5 gr o 6 gr. El tema de la dosificación es algo ciertamente delicado que debería con cuidado por los efectos psicodélicos de la sustancia y su acción en el cerebro, por supuesto; es importante tener en cuenta ciertos aspectos y variables diversas que podrían modificar la experiencia subjetiva con la sustancia, antes de tomar una dosis, especialmente las macro, cuyo efecto psicodélico es muy marcado, siendo estos, por ejemplo: estado de salud mental y física, entorno ambiental al momento del consumo, si la experiencia es guiada por un profesional de la salud mental o un chamán u otro, etc.

El sujeto A muestra ser consciente de esto y lo narra así:

(...) Es que una persona con bipolaridad no puede hacer psilocibina, una persona con trastorno límite de la personalidad no lo puede hacer, un esquizofrénico no lo puede hacer, una persona en depresión y en crisis no puede hacer psilocibina así este apto porque no tenga nada, es decir, en un ataque, yo te llamo a ti, estoy desesperado marica yo me quiero matar, tú no puedes ir a mi casa y meterme 7 hongos, marica la cagas, mal, la cagas, me tiro, veo un elefante volando y yo quiero ese elefante siendo feliz y me voy a la verga y me tiro, ¿me entiendes?. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

En el marco teórico se expusieron los riesgos de consumir psilocibina en personas propensas a delirios o alucinaciones, más concretamente en personas con psicosis o similares debido a que el efecto psicodélico y, por tanto, alucinatorio y de expansión en las cualidades sensorperceptivas podrían resultar en la exacerbación de la sintomatología e incluso, como lo narra este participante, en la muerte, ya que la información brindada por el hongo en macrodosis podría resultar de gran impacto emocional o visual para quien lo experimenta y quizá no tenga las herramientas (como algo estructural o propio del “viaje” de psilocibina) para darle manejo a lo percibido.

Ahora bien, los posibles efectos secundarios o adversos del consumo de esta sustancia son advertidos por los participantes de la siguiente manera: el sujeto A refiere que unos de los efectos

secundarios más frecuentes son “(...) una migraña, posiblemente una diarrea o un vómito al otro día y ya” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Este mismo participante, por otro lado, y en consonancia con lo encontrado en el participante C, narra que uno de los posibles efectos del consumo de la sustancia esté relacionado también con las experiencias emocionales fuertes vivenciadas, o percibidas, durante el periodo de tiempo que dura el efecto psicodélico de esta tras su ingesta en macro dosis y directamente del hongo. Así, por ejemplo, C narra que lleva un año sin acudir a la macrosificación debido a una experiencia desagradable que aún le cuesta integrar:

Tuve una muerte del ego que fue bastante fea y le cogí el miedo a la macro dosis (...) porque todavía después de un año, todavía no he procesado toda la información que vi en ese momento. (...) Conlleva sus riesgos. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

En este sentido, se comprende que un efecto adverso o indeseado, incluso difícil de “procesar”, se vuelca en algo más del orden de la cognición o la percepción, diferente a la habitual, posibilitada por el efecto psicodélico de la psilocibina, recordando que los psicodélicos, a diferencia de las sustancias psicoactivas, no solo actúan en el sistema nervioso central de manera que potencien o inhiban las funciones mentales, sino que también, como señalan Estebas y Vicente (2020), amplían la forma de percepción y conciencia, causando un estado de conciencia alterado acompañado de un alto componente introspectivo en el individuo. Cabe recalcar en este punto que los tres participantes refieren no hacer uso de la sustancia en momentos de crisis o de una expresión sintomatológica depresiva marcada.

Debe señalarse que el tema de la responsabilidad para el consumo es asumido por B desde una perspectiva más encaminada hacia una suerte de distanciamiento del uso recreativo, que puede generar *malviajes*, por el respeto que siente por la sustancia y los efectos y usos considerados más espirituales de la misma haciendo hincapié en una suerte de preparación previa para una experiencia posiblemente más agradable y sin baches, la cual consiste, dicho de algún modo, en proponerse una finalidad específica para el uso, no el consumo porque sí sin más, de este modo, dice que:

Pues, cada quien consume las cosas como se le dé la gana, pero yo digo que son muy irresponsables, pues porque me han contado que lo usan de manera recreacional, que para

ir a fiestas, para parcharse por ahí y siempre terminan mal viajados, entonces, pues, eso es algo que ya le da a uno mucho que... pues que pensar. Los hongos obviamente son curativos, pero desde que uno se proponga eso. Yo digo que cuando uno consume un hongo, uno tiene que pensarse mucho el propósito de por qué lo está consumiendo, o sea yo nunca lo he consumido como, bueno, me lo voy a comer y ya, que sea lo que Dios quiera y que pase lo que pase, y que el hongo haga en mí lo que él quiera. No, yo digo “yo me estoy consumiendo este hongo porque quiero (...) interiorizar ciertas cosas, quiero pensarme ciertas cosas en específico, quiero como (...) tener calma” (...) o sea, yo lo hago con una conciencia y con un... con un cuidado a mi propio ser, entonces como que le doy un propósito al hongo, y el hongo sabe que con ese propósito va a entrar a mi cuerpo. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

*Malviaje*, que proviene de la expresión en inglés “bad trip”, se refiere a las crisis de ansiedad que generan sensación de pérdida de control y que causan malestar psicológico, o estados psicóticos como alteraciones de la realidad y delirios de persecución, inducidos por alucinógenos que se expresan física y mentalmente (El Tiempo, 2023). Podríamos decir que son los propios efectos del psicodélico los que fungen como factor de riesgo para experimentar un mal viaje, en este sentido, debe evitarse el uso recreativo que potencia la aparición de este, resultando más responsable, desde esta perspectiva, hacerlo desde el cuidado y la preparación para una experiencia terapéutica conducida desde algo más abstracto como lo considerado espiritual.

Para finalizar, se introduce el componente de la autonomía percibida por los participantes, asociada al uso y administración y acceso de la psilocibina, que es por sus propios medios y sin tener que recurrir al dispositivo farmacéutico tradicional, desligándose un poco de lo que podría denominarse un filtro institucional. Es decir, tener que ser diagnosticado dependiendo de ciertas características universales de una condición psiquiátrica o mental que posteriormente se deriva en una recomendación validada por un saber para acceder a los antidepresivos que, en su mayoría, solo se adquieren con una fórmula médica, dictaminada por el psiquiatra. Se abordará esto en el siguiente apartado.

### **6.2.3. Autocultivo como parte del tratamiento alternativo**

Es importante destacar el papel que juega la autonomía en cuanto al acceso y uso de las sustancias alternativas, partiendo por el cannabis (como es el caso de los sujetos A y C), y posteriormente, la psilocibina. Es evidente que para todos los participantes de este estudio es relevante autogestionar su adquisición, frente a ello el sujeto A menciona: “(...) *en ese momento no había nadie haciendo cosas chéveres de CBD, entonces me tocó empezar a investigar y empecé a traer CBD de afuera, legalmente, además que me pareció súper chévere*” (A, E1). Lo anterior demuestra que para el sujeto A, la única forma de conseguir CBD de manera segura y confiable era por sus propios medios, de lo contrario, no tendría la garantía de estar usando un buen producto, ya que no creía que en Colombia comercializaran CBD de buena calidad, así que decide comenzar a importarlo para su propio uso.

Ahora bien, respecto a los modos de acceso a la psilocibina, los sujetos A y C acuden al autocultivo de la sustancia. En lo que respecta al sujeto C, este menciona que en un primer momento compró hongos psilocibios, sin embargo, desde su perspectiva refiere no haber vivenciado, sentido y/o percibido lo que comúnmente se asocia a su consumo, por lo que decide entonces, comenzar a cultivar sus propios hongos para su consumo, dice:

Entonces yo compré unos hongos que nunca me hicieron nada la verdad porque estaban mal cultivados, mal cosechados, eso me di cuenta después, yo solamente sé que compré unos hongos y no me pegaron y yo decía, parece, pero no sentí absolutamente nada. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Gracias a esta primera experiencia fallida con la psilocibina, el sujeto C decide comenzar a cultivar y con ello, de manera independiente y autónoma emprende su emancipación de la estructura medicalizadora que dictamina no solo su diagnóstico, sino también el método más “efectivo” desde su perspectiva, para tratar los síntomas asociados al diagnóstico de depresión. Conforme a ello, se constata un proceso que le permite separarse de lo que es comúnmente usado para paliar los síntomas de la depresión y optar por una nueva forma de tratamiento, que es, además, autogestionado.

El sujeto C, aunque tenía experiencia en el cultivo de plantas, incluido el cannabis, sabía que cultivar hongos era un universo diferente, por lo que, para hacerlo, primero se informó e investigó sobre el crecimiento y el ciclo de vida de los hongos; sus encuentros realmente efectivos consumiendo psilocibina fueron resultado de su esfuerzo cultivándolos, y no adquiriéndolos por un proveedor. A esto se refiere:

Entonces, nada, empecé a cultivar y, de hecho, cuando yo empiezo a consumir psilocibina, las primeras dosis que yo me metí fueron dosis que yo cultivé, o sea, yo no la compré, yo no la adquirí. O sea, yo primero empecé como todo a investigarlo, cómo funciona, cómo crece el hongo. Yo no sabía nada de hongos. Yo cultivaba plantas, pero cultivar plantas es totalmente distinto que cultivar los hongos. Entonces, es... Nada, me metí en ese tema. Me empezó a gustar muchísimo. (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

En esta misma línea, el participante A relata:

Entonces arranqué a investigar mucho porque no quería depender de un jíbaro, que no son jíbaros, pero en mi concepción era como “okay, si venden hongos alucinógenos, pueden vender cocaína”. Me encontré con muy buenos personajes, biólogos y micólogos en este país que me empezaron a enseñar y afuera casi todo lo que aprendí de hongos, lo aprendí en Estados Unidos, casi todos están en inglés (...). Entonces aprendí a cultivarlos y yo los cultivo. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Este participante, como veremos en apartados posteriores, debido a su historia personal ha desarrollado ciertas resistencias respecto a la compra de algunas sustancias alucinógenas y su uso recreativo, lo cual empieza a vislumbrarse en este fragmento de su relato. Lo anterior también es una razón que lo lleva a la decisión de cultivar la psilocibina y a no adquirirla a través de la compra. Es interesante, además, que use la palabra “depende” para referirse al requerimiento de alguien más para acceder a la psilocibina, ya que, aunque no depende de otra persona para adquirirla, depende de protocolos con base investigativa y científica para hacer uso de la sustancia porque considera que es una manera un poco más responsable y útil de hacerlo. De igual forma, antes de comenzar a cultivar los hongos, se instruye con expertos científicos en el tema como biólogos y

micólogos, haciéndose nuevamente evidente la necesidad de respaldarse de un discurso científico para el cultivo y consumo de la psilocibina.

Por su parte, el sujeto B menciona:

(...) pues no me gusta comprarlos tampoco, (...) realmente yo digo que no me gusta porque siento que los hongos es algo que nos está dando la naturaleza, obviamente hay formas de crear hongos... pues de uno cultivarlos y todo eso, pero pues (...) iba como... a algún bosque, pues algún lugar así donde pudiera encontrarlos y si los encontraba era porque podía consumirlos y si no es porque lo mejor era que no los consumiera, pero, como le digo pues, yo siento que era, que es una conexión porque todas las veces que yo como que iba a buscarlos, los encontraba, entonces pues ellos nunca me dieron la espalda tampoco. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Aunque mantiene una postura similar frente a la compra de la psilocibina, se distancia de la idea de cultivarlos. Este sujeto prefiere explorar los bosques en búsqueda de los hongos para poder consumirlos, ya que considera que se debe guardar cierto respeto a la naturaleza porque es ésta la que los otorga para que pueda usarlos. Asume una idea de conexión y pacto con la naturaleza, ya que, si al salir a los bosques los encontraba, es porque la naturaleza se los estaría brindando porque es el momento ideal para que hiciera uso de ellos y si no, no era ese el momento adecuado para consumirlos. Aquí se puede evidenciar cierta distancia frente a los discursos científicos, porque esta participante mantiene una postura un poco más espiritual que positivista o racional. Esto se ampliará en el próximo apartado donde se analizarán los diferentes tipos de experiencias que tuvieron los participantes con el uso de la sustancia. Todo ello nos lleva a hacer una acotación sobre el uso responsable de la psilocibina que los tres participantes manifiestan teniendo en cuenta que esta es una sustancia psicodélica que podría conllevar a efectos adversos o efectos indeseados y también para la salud.

Lo anterior, nos remite a lo que Platón denominó en su época como *la soberanía individual*, la cual tiene como objetivo encontrar la verdad en sí mismo, el poder autónomo dado gracias a un conjunto de prácticas encaminadas al gobierno de sí. Esta praxis permite a las personas llevar a cabo por cuenta propia construcciones sobre su cuerpo, sus pensamientos, conducta y forma de ser, con el fin último de alcanzar sentimientos de felicidad y bienestar (Gil, 2018). Los sujetos

participantes de este estudio demuestran cómo de una u otra forma se han independizado del sistema psicofarmacológico, para dar cabida a una sustancia alternativa en la que depositan su confianza para el proceso de sanación posterior al diagnóstico de depresión.

Siguiendo con este planteamiento, el individuo aprende a gobernarse a sí mismo para convertirse en lo que realmente es. Esto significa que para los griegos la subjetividad radicaba en el conocimiento y el cuidado de sí mismo, puesto que en último término son los que definen la forma en la que cada persona habita el mundo, la manera en la que se relaciona con el mundo exterior, el que escapa de sí. Platón enfatizaba el autoconocimiento como un instrumento que permite el desarrollo individual y el crecimiento en todos los aspectos que conforman la vida del individuo (Gil, 2018). Es por ello que los sujetos en esta investigación, en la búsqueda de un nuevo tratamiento que, primero, los alejara de la dependencia de por vida a los psicofármacos; segundo, al cual pudieran acceder de manera autónoma; y por último, sintieran una mejoría significativa en su sintomatología sin atravesar una cantidad considerable de efectos secundarios, encuentran la psilocibina y con todo esto, logran construir un modo diferente de subjetividad, aplicada en términos del auto cuidado y el conocimiento de sí, dado que alcanzan de cierta manera la gobernanza de sí mismos, con el hecho de auto gestionar la sustancia y usarla para palear la manifestación del trastorno de ánimo que los permea.

Por otra parte, se introduce también el componente de la resistencia que manifiestan los participantes al sistema médico y farmacológico subyacente a tener una “medicina” que resulta efectiva para ellos y que proviene de la naturaleza, no de un médico, no de una sustancia química sintetizada, no de algo que haga el hombre, sino algo netamente natural. Para esta parte, se trae el discurso del sujeto A cuando dice que:

A la naturaleza le conviene que el ser humano esté sano y por eso la naturaleza crea, para que nosotros a través de su sabiduría, logremos irnos para otro lado, logremos sanarnos. La naturaleza no tiene intereses económicos, a la naturaleza no le importa si eres rico o pobre, a la naturaleza siempre le va a importar tu beneficio. Por eso siento que los hongos pueden cambiar la vida, porque no tienen un signo peso en sus, en su ADN. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Con esto se evidencia precisamente cómo este sujeto parece resistirse más directamente a los intereses económicos del sistema medicalizador y de las farmacéuticas, siendo los intereses institucionales los que tienden a sobresalir en la industria de la salud, que ya no es solo una necesidad humana básica, sino que, por la privatización de los servicios y el crecimiento exponencial de la demanda y, por lo tanto, de la oferta en salud, se convierte en una obligación posibilitada o capturada por los ideales neoliberales. Sin desconocer ni negar la importancia de la salud y la medicina, esta se vuelve una insignia compartida y legitimada socialmente, en palabras de Guerra (2006) “los supuestos beneficios de las privatizaciones de las empresas públicas y el acceso indiscriminado a los bienes de consumo por la apertura del mercado globalizado y el endeudamiento individual son efectos de la captura ideológica” (p.142), ideología de la que A se ha ido apartando gracias al cultivo de su medicina en su casa, de manera autónoma, por su propia decisión y su propia mano de obra.

Hablamos entonces de dispositivos que han posibilitado una transformación global de la economía y la biopolítica que, con la mercantilización desbordada de la salud como producto de la apropiación del sector privado y cuyos actores tienden a mantenerlas en función de intereses sectoriales o corporativos, además del desarrollo acaparador que ha tenido las industrias químico farmacéuticas, de la aparatología médica y de la misma expansión del fenómeno de la medicalización de la vida (Stolkiner y Ardila, 2012). Entonces, este participante parece resistirse a esta ideología a través del autocultivo de los hongos, considerados algo natural, casi místico, que ofrece una solución muy trascendental, o no una solución, pero sí un “cambio de vida” que va posibilitando la paliación de la sintomatología y con la que el sujeto va identificándose para darle paso a la formación de una matriz subjetiva encaminada en esta vía.

En cuanto a los significados atribuidos al autocultivo de su medicina, el sujeto C manifiesta muy ilustrativamente cómo se logra distanciar o escapar de lo institucional con esta práctica, alcanzando un grado de independencia más marcado en contraste al consumo de los psicofármacos, recetados únicamente por el profesional médico. De este modo, manifiesta que:

Significa por un lado un grado menos de dependencia, ¿sí? Porque ahora yo soy autosuficiente y me abastezco yo mismo. (...) Podría ser como una ventaja con respecto a las personas que no tienen el acceso tan libre a la medicina. Entonces, creo que es una

ventaja en mi proceso terapéutico. Creo que es una ventaja en mis procesos personales. (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

Se pone de manifiesto cómo este sujeto concibe el cultivo de los hongos psilocibos como una suerte de independencia de los psicofármacos y el sistema médico/farmacológico y la autosuficiencia para el manejo de sus síntomas, sin embargo, puede resultar paradójico, puesto que, de igual manera, necesitan de una sustancia que les sirva como coadyuvante en su proceso de tratamiento, sin olvidar resaltar, de nuevo, la importancia que adquiere para sí el cultivo de su propia medicina sin tener que acudir a un otro que se la suministre. También vemos cómo se introduce otro aspecto importante en cuanto al uso a sustancias terapéuticas se trata: la facilidad con la que se puede acceder a un servicio farmacéutico para cada persona dependiendo de sus características, especialmente, socioeconómicas.

Como se sabe, el acceso a los servicios de salud en Colombia es limitado, debido a variables socioeconómicas y estructurales propias del sistema de salud, además de la falta de coherencia entre lo que está en la norma, la ley y la realidad material (Rojas-Bernal et al., 2018). Lo que implica una ventaja terapéutica o curativa en quienes tienen mayor facilidad de acceso a los servicios médicos, tanto de consulta interna y externa, como de posibilidades farmacológicas que sirvan como coadyuvantes para el tratamiento o control de ciertas afectaciones físicas e incluso mentales.

Hay que tener en cuenta el concepto de salud mental como un subcampo derivado de la salud en general, sobre lo que hay en una concepción biologicista e individual de la enfermedad (Stolkiner y Ardila, 2012). Tomada por el sistema médico, adoptando formas institucionales específicas que ponen de manifiesto la unión entre mandatos sociales de orden, insignia del fenómeno de medicalización, y propuestas curativas generales y objetivas para cada individuo que acude a dicho sistema y que termina por depender, de una u otra manera, a los preceptos de la medicina y la institucionalización de esta.

En esta vía de análisis, se puede decir que, con los fenómenos consecuentes de dicho dispositivo, “se complejiza la producción de padecimiento en las dimensiones subjetivas del proceso de salud/enfermedad/atención” (Stolkiner y Solitario, 2007, p.1), dando como resultado barreras en el acceso a los servicios y, en otros casos, una suerte de dependencia a la misma en el sentido de tener que reclamar medicamentos, autorizar órdenes, hacer filas, trámites, entre otras

cuestiones típicas de la estructura de salud en Colombia que hacen posible el acceso a servicios de salud y tratamientos. Asimismo, en la actualidad, se presenta escasez en cuanto a recursos públicos, que son los que posibilitan la cobertura de los requerimientos del sector y que no suelen ser atribuidos a las políticas públicas, sino que se imputan a fallas estructurales del propio sistema (Guerra, 2006), lo cual desenlaza en trabas u obstáculos para el acceso a los servicios.

En concordancia, se argumenta que hay una cuestión relevante en lo que respecta a la obtención de los hongos psilocibos como medicina o tratamiento percibido como efectivo, especialmente, autocultivarlos e ir al bosque a buscarlos como algo ligado estrechamente a la autonomía. En este caso desaparecen las dificultades institucionales mencionadas en los párrafos anteriores y es el propio sujeto quien que se responsabiliza y obtiene su medicina, siendo partícipe activo en sus deseos de bienestar y mejoría sintomática sin tener que acudir a organismos o instituciones, en este caso, médicas y de salud, para tener un tratamiento a su diagnóstico.

En otras palabras, el autocultivo para los participantes A y C y el hecho que para la participante B no sea un tratamiento dirigido, sino más bien un asunto del azar, se concibe un método que termina siendo en última instancia autogestionado, puesto que son ellos mismos quienes terminan decidiendo tener el control de la manera en que consiguen la psilocibina, cómo la administran y de qué forma la usan con el fin de controlar sus síntomas de depresión. Con ello, se da paso para hablar de lo que consideramos como *transformación subjetiva*, constituida en un primer lugar en la identificación que tienen los participantes de este estudio con su diagnóstico de depresión que da cabida más adelante a la identificación con la psilocibina y la construcción de identidad que crean entorno a ella. En el siguiente apartado ampliaremos más este punto.

### **6.3. Sentidos, significados y comprensión de la experiencia**

A lo largo de este estudio se ha podido evidenciar la transformación subjetiva que se ha producido en los sujetos gracias a, primero, la identificación con el diagnóstico de depresión, puesto que de una u otra forma, posterior a él, comienzan a identificarse con esta condición, la hacen parte de sí, se perciben y se auto denominan a sí mismos como personas depresivas y justifican sus acciones y actitudes gracias a este dictamen dado por una autoridad médica. En segundo lugar, la identificación con el tratamiento alternativo, en este caso, la psilocibina, dado que terminan construyendo su identidad en torno a la sustancia, los modos de acceso a ella y el

consumo respecto a la misma, concibiendo de este modo, una forma casi religiosa de relacionarse con ella, en la que se invita a otras personas a constatar por medio de su propio uso la validez y la eficacia de este tratamiento alternativo para tratar los síntomas de la depresión.

Ahora bien, en lo que respecta a los procesos de subjetivación que se gestan en los participantes de la investigación, se puede hablar de la sujeción y el anclaje que estos tienen en cuanto al discurso y el saber médico y científico que terminan siendo institucionalizadores, más específicamente, medicalizados. Hay una lógica ya establecida y compartida socialmente que los impulsa a acudir a, por ejemplo, expertos en salud, salud mental, medicina, farmacología, biología, entre otros, en los que depositan toda su confianza y a través de los cuales, se termina gestando un proceso de identidad. Sin embargo, también se evidencia cómo estos sujetos, al construirse a sí mismos a partir de la sujeción a estos discursos, también pareciera que se alejan de este, de una u otra manera, al optar por un tratamiento alternativo que se distancia un poco de las lógicas del sistema neoliberal y, en consecuencia, generando, a su vez, la construcción de su identidad producto de las vivencias que tienen con la psilocibina. En este apartado se intentará mostrar cómo es dicha construcción identitaria y subjetiva.

### ***6.3.1. Sujeción a determinados discursos de saber***

Como se ha mencionado anteriormente, algunas personas tejen su subjetividad a partir de la adherencia o la resistencia a algunos discursos científicos o de saber. En este apartado se explorará más a fondo cómo los participantes toman distancia o se acercan a ciertos conocimientos durante el proceso de tener depresión y para llevar a cabo su experiencia con la psilocibina, y cómo el conocimiento representa de cierta manera una autoridad sobre los individuos.

En el caso de los participantes A y C, fue fundamental la adherencia a discursos de saber como la biología, la micología, la psiquiatría y la psicología durante sus procesos y, posteriormente, buscando alternativas de tratamiento para la sintomatología de dicha afección. En primer lugar, el sujeto A recurre a un coloproctólogo para descubrir las causas de las problemáticas que estaba teniendo respecto a la sintomatología de depresión que se expresaba en su colon, así, refiere:

... fui a un coloproctólogo y el tipo me dijo después de haberme revisado de arriba a abajo, que tenía una depresión crónica y que tenía que ir donde un médico. Yo creo que mis

procesos los he tomado con responsabilidad y creo que por eso ha sido, por eso he tenido los resultados que he tenido, ¿me entiendes?, porque finalmente terminan siendo, no sé, les di el peso que realmente significaba. Y por eso para mí ha sido tan exitoso. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Entonces, este sujeto acude a un médico que pertenece a un área diferente a la salud mental, y es este quien le recomienda dirigirse a un psiquiatra porque, bajo su concepto, este individuo tenía problemas mentales y no físicos. Este participante se acoge a la recomendación de este coloproctólogo y asiste a un psiquiatra, quien posteriormente lo diagnostica con depresión y ansiedad y le receta medicamentos para tratar los síntomas de esas afecciones, además, asiste a psicoterapia para darle mayor manejo a sus síntomas. Tras las problemáticas por el uso de psicofármacos y los síntomas secundarios de estos, decide buscar una alternativa de tratamiento menos hostil, pero para encontrarla decide guiarse de otros profesionales como biólogos y micólogos encontrándose con la psilocibina, pero incluso para la administración de esta sustancia se rige bajo un conocimiento científico como lo son los protocolos. Por otro lado, resulta interesante cómo este participante se atribuye a sí el éxito de su proceso y mejoría, al resaltar que se responsabilizó de éste y le dio la importancia que debía tener, lo cual se ve influenciado por el sistema neoliberal, que busca que los sujetos se hagan responsables de sí mismos y den solución a problemáticas que recaen en los individuos pero que a fin de cuentas se presentan debido a problemas estructurales, sistemáticos y contextuales.

Para el sujeto C, su experiencia fue similar. Él mismo identificó que tenía síntomas relacionados a problemas de la salud mental, por lo que decide acudir a un psiquiatra, quien lo diagnostica con depresión y ansiedad, y le transcribe fármacos para tratar esa sintomatología. Luego, inicia un proceso psicoterapéutico guiado por un psicólogo. Al sufrir efectos adversos por el uso de psicofármacos, busca un tratamiento alternativo y encuentra la psilocibina, pero dirigiendo su uso bajo protocolos establecidos por expertos en la sustancia. Al igual que el sujeto A, el participante C también considera que la responsabilidad sobre su proceso y posterior mejoría recae sobre sí, por lo que debe hacerse cargo de sí mismo, lo cual viene dado por el sistema medicalizador bajo el cual se inscribe.

El hecho de que estos sujetos decidan inscribirse en discursos científicos puede ser considerado un proceso de construcción de subjetividad en el que se presenta la *medicalización*

*como matriz de subjetivación*, porque a partir de estos saberes, los individuos resultan determinando las maneras de entenderse a sí mismos, sus formas de actuar, así como las formas de relacionarse con el mundo y consigo mismos. Es decir, se relacionan consigo mismos mediante estos conocimientos científicos, lo que significa que se subjetivan a partir de estos, pero lo que está detrás de ello es la biopolítica y el gobierno por medio de las maneras de concebir al sujeto y de la sujeción de estos a tecnologías como la psicología o la psiquiatría, que proponen la salud y el bienestar como una promesa, donde finalmente se ejerce la acción de estos saberes medicalizadores y normativos (Bedoya, 2018). A pesar de ello, estos participantes tienen libertad decisional para inscribirse a dichos saberes, y lo hacen de manera reflexiva y consciente, porque la medicalización permite, en la mayoría de los casos, que las personas gestionen sus enfermedades, en este caso la depresión, de la mejor manera posible.

Por otro lado, los participantes A y C recurren al autocultivo para obtener la psilocibina, porque para ellos es importante no depender de una persona externa para obtener su “medicina”, lo cual puede ligarse, además, con la percepción que tienen ambos de que el uso que le dan a la psilocibina es autogestionado. Sin embargo, esto resulta paradójico porque a fin de cuentas no termina siendo totalmente una cuestión autónoma, porque ambos usan protocolos para guiar su consumo de psilocibina ya que para ellos es más efectivo y responsable hacerlo con la orientación de un experto, por lo que, acaban inscribiéndose de alguna manera en un conocimiento que posee un profesional que los orienta respecto a cómo deben llevar a cabo el consumo de psilocibina.

Si se habla de los expertos como quienes poseen el saber, académico en este caso, lo que significa una hegemonía de saberes y prácticas establecidas, la matriz subjetiva de los participantes de la investigación se va tejiendo por este lado del conocimiento científico tradicionalmente avalado, llevándolos a una individuación que está objetivada y generalizada por la ciencia, por ejemplo, al asumir el diagnóstico de depresión como verdadero. Para ejemplificar esto, el participante C cuenta algo que parece ir de la mano de lo que podría ser sentido común, pero que finalmente es posibilitado por el uso legitimado de la ciencia, así, narra:

¿Por qué ir directamente donde el psicólogo y no otro? Porque bueno, me estaba pasando algo relacionado con mis emociones, con mi estado mental. ¿Y quién es el profesional que atiende el estado mental? Bueno, el psicólogo, es como que, no sé, tienes un accidente, no vas a ir donde el veterinario, vas donde el traumatólogo. O sea, lo veo como por ese lado.

O sea, yo estaba mal de mis emociones y (...) había identificado como que tenía un problema mental. (...) Simplemente es como porque es lo que corresponde, ¿no?. (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

Se puede decir entonces que los participantes se adhieren en gran medida al discurso médico de manera particular, consultando en primer lugar a un médico, psiquiatra, psicólogo, y no a otra persona o experto, cuando fueron aquejados por una sintomatología identificada, también porque “es lo que corresponde”, como un discurso que ya ha sido legitimado socialmente y que en la práctica se vuelve tradicional, usual y que, además, resulta eficiente en muchos casos y por ello sigue expandiéndose, el uso lo va legitimando. Es un proceso en el que la ciencia se ha encargado de producir conocimientos objetivos y verdaderos, inobjetables, que se aleja de la singularidad de los diversos sujetos sociales, instaurándose como razón de poder que, como dicen Stolkiner y Solitario (2007), reemplaza el lugar de la religión, que busca la salvación del alma, ahora de la vida y la salud como máxima biopolítica de la sociedad neoliberal. El positivismo se concibe como pensamiento hegemónico, que se asume como verdadero y auténtico.

Se hace necesario analizar el proceso de medicalización a grandes rasgos, centrándonos en la medicina como ciencia positivista, como una matriz que produce sujetos medicalizados al usar la objetivación normalizadora en los pacientes. El positivismo como esa corriente de pensamiento que se ubica, en primer plano, en el orden de lo pragmático, lo objetivo y lo tangible y deja, en un segundo plano, lo subjetivo, las creencias, las percepciones personales de los fenómenos y de la enfermedad como tal. La principal preocupación u objeto de estudio de la ciencia médica: la patología, donde prevalece una visión orientada en examinar la salud-enfermedad al intervenir medicamente en las conductas patológicas de los sujetos (Martínez-González, 2015).

A partir de aquí comienzan a dibujarse una serie de obstáculos en la objetivación y universalización de las enfermedades, pues buscan la patología en quien consulta partiendo de postulados generales para todos los pacientes, transformando este saber como herramienta o dispositivo de normalización, comportamiento propio del fenómeno de medicalización. Lo cual conlleva a que los sujetos se expliquen y se comprendan a través de la racionalidad propuesta por dicha mirada, de allí, por ejemplo, la *identidad-diagnóstico* identificada en apartados anteriores. De esta manera, la psiquiatría provee modelos explicativos y teorías generales para un mismo fenómeno que, finalmente, está conformado por matices y singularidades tan diversas, como

personas “deprimidas” o “depresivas” en el mundo. Lo cual no se puede medir ni calcular, lo que supone una cuestión inaprensible para la ciencia médica, ya que no logra capturar esa dimensión en su afán biologicista. Aunque haya propuestas de modelos médicos biopsicosociales, no dejan de centrar su mirada en lo biológico, volviéndose, por tanto, patocéntrico, si se quiere, fragmentando lo humano, obviando y descuidando lo subjetivo, que difícilmente puede ser observable y tangible para el método científico.

En esta vía de análisis, como se menciona en Martínez-González (2015) la práctica de la medicina se ubica al interior de una concepción dominante sobre los procesos biológicos y psíquicos “que son procesos naturales ahistóricos” (p. 34). Consecuente a esto, la perspectiva médica positiva se alinea con los intereses de mantener un *statu quo* y un orden o estabilidad en la sociedad, donde deben existir sujetos saludables, trabajadores o mano de obra para las industrias y el desarrollo económico y tecnológico en pro del sistema capitalista, transformando el cuidado en algo generalizable y biológico. Según este autor, el discurso médico positivista “se ha estructurado alrededor de las concepciones predominantes del cuerpo, de la normalidad, la búsqueda más que de la salud de la enfermedad” (p.34), de allí también las recetas de pastillas que ayuden en la regulación de la producción de neurotransmisores, principal razón, ciertamente biológica, del origen de la depresión. Esto se evidencia cuando los participantes refieren asistir al psiquiatra y consumir psicofármacos en pro de su productividad, de recuperar un ritmo de vida “normal” que les permita continuar su desarrollo en una sociedad, de nuevo, tejiendo su subjetividad alrededor de este discurso, sin olvidar las vertientes de adhesión a otro en la vía de lo alternativo.

Parte del proceso de subjetivación de estos dos participantes se forma a través de discursos de saber que son controlados por el poder, como lo es el caso de los dispositivos medicalizadores, que en este caso son los que ejercen indirectamente cierto dominio en los individuos, orientándolos respecto a sus formas de actuar en su vida cotidiana, e influyendo así, en la formación de sus subjetividades. Es tal cual como lo considera el sujeto A: “el que tiene la información tiene el poder” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024), ilustrando la relación intrínseca que tienen el conocimiento y el poder, donde el poder genera conocimiento y donde a través del conocimiento se ejerce poder. Así, estos dos sujetos construyen su subjetividad a partir de conocimientos biologicistas y médicos porque reconocen que estos saberes poseen una verdad sobre su condición y que bajo su guía pueden obtener mejoras frente a ésta, e incluso guían el uso de la psilocibina como tratamiento alternativo para la sintomatología depresiva.

Ahora, en lo que respecta a la participante B, se puede decir que ésta toma cierta distancia con relación a la medicalización y a la idea de adherirse a algún conocimiento científico durante el proceso de tener depresión y de buscar un tratamiento alternativo a los fármacos para paliar la sintomatología. Como ya se ha señalado, aunque esta participante recurrió en primer lugar a un psiquiatra para recibir un diagnóstico y su tratamiento farmacológico, no ha considerado asistir a un psicólogo para realizar un proceso psicoterapéutico para el alivio de sus síntomas. Así mismo, tampoco se sirve de algún saber científico para respaldar el uso de la psilocibina como tratamiento alternativo, sino que, se sirve del contenido experiencial de un tercero.

De esta manera, relata: “yo había conocido a un muchacho. (...) como que él sabía mucho de ese tema... y él fue el que me dio como el primer acercamiento a los hongos” (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024). Esta persona le da a conocer la psilocibina, pero le sugiere que su uso debe ser espiritual y no recreacional. A partir de ahí, esta participante conoce la psilocibina y luego le da un uso medicinal porque descubre que la sustancia posee componentes que ayudan con su condición mental. Para el consumo de la sustancia, de igual manera, no recurre a ningún discurso científico para orientar el uso que le da a la psilocibina como tratamiento alternativo para la depresión, sino que, cuando siente que es el momento de realizar una macrodosis visita un bosque con el fin de obtener los hongos.

Lo anterior pone en evidencia de cierta forma la resistencia a la *medicalización como matriz de subjetivación*, porque no respalda su proceso por conocimientos médico-científicos, sino que decide llevar un proceso autónomo y autogestionado. Esta lucha cuestiona y rechaza los saberes predominantes que promueven el individualismo para cumplir con sus fines estatales, económicos y normativos, que se dan gracias a los efectos que producen las relaciones de poder ejercidas sobre los individuos, que, en última instancia, termina convirtiendo a los individuos en sujetos, porque se someten al control y poder de estos saberes (Gil, 2018). Aunque la oposición que pone la participante a estos discursos posiblemente no sea intencional, gestiona su condición médica fuera de discursos dominantes y adoptando prácticas alternativas que promuevan su autonomía e independencia.

Para el participante A fue necesario también recurrir a expertos académicos: biólogos y médicos, para poder iniciar su experiencia con la psilocibina como tratamiento alternativo, relata que tuvo que asegurarse de encontrar buenos profesionales que pudieran guiarle en su proceso para que fuera un tratamiento responsable, se evidencia en lo que narra: “(...) fue con todo ese

lineamiento médico científico, no fue como voy a Santa Elena cojo los honguitos de un popó y me los como. No. Busqué quién los cultivaba, busqué un buen biólogo, busqué... una persona que fuera responsable” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Resulta interesante porque no solo estaba buscando a un profesional, sino a un *buen* profesional que le generaba confianza por su conocimiento, mostrando cómo se adhiere entonces a otro saber, ya no sólo médico, sino de la biología, porque es más certero que un experto te oriente a hacerlo tú mismo; contrastado con la participante B quien, como se analizó anteriormente, encuentra en el acceso de los hongos por una vía más artesanal, si se quiere, yendo a un bosque a encontrarlos, un consumo responsable de este.

Por otro lado, también se evidencia una paradoja en A puesto que, si bien siempre se vale de expertos científicos para su tratamiento, también termina haciéndolo de manera más autónoma, sin ser biólogo, sin ser micólogo, sin ser psiquiatra, sin ser médico, para el cultivo y el uso de la psilocibina, respaldado por lo que aprendió de dichos expertos y por información encontrada por cuenta propia, por ejemplo, en internet y en libros, resultando en una percepción de autonomía más alta, porque no depende de nadie para el uso, ni para el acceso, tejiéndose como sujeto, también, desde esta perspectiva. Lo cual es similar en el sujeto C, que percibe mayor independencia frente al uso y el acceso de su medicina.

En esta vía de análisis, podemos decir que ha sido tanto desde la sujeción como desde la resistencia a los diferentes discursos de saber que los participantes, por decisiones, de una u otra manera, autónomas, han llegado a la individuación y a la construcción de su subjetividad partiendo de la matriz científica tradicional. Pareciera que todos son, en unos aspectos más que en otros, concedores de que hay formas predominantes de inscribirse dentro de un sistema, como entiende Foucault (1982), la subjetividad se construye a partir del sujeto que hace frente a la autoridad de un dispositivo.

Siguiendo el planteamiento de Deleuze (2015), es como si los sujetos tomaran lo que hay afuera y lo plegaran hacia adentro, haciéndolo *suyo*, haciéndolo parte de *sí* al introducirlo en su pensamiento y comprenderlo desde allí, por ello es que habla desde esos discursos, que están afuera, pero que acomodaron dentro de *sí* a través de lo que este autor denomina “reglas facultativas” (p.100), gracias a las que se puede llegar a ser un sujeto libre partiendo del ejercicio de la autonomía, donde interactúan las fuerzas de los poderes y saberes (medicina y psilocibina) y dan como resultado la subjetividad, la singularidad con que cada sujeto se construye a sí mismo. Por eso la autonomía es un valor esencial para la construcción de la subjetividad. Los sujetos

investigados han podido desplegar por su cuenta, adhiriéndose al discurso médico, alejándose del farmacológico tradicional, pero volviendo en la misma vía con el uso de protocolos (por parte de dos de los tres participantes) para el uso terapéutico de la sustancia alternativa: la psilocibina.

En el siguiente apartado se vislumbrará cómo ha sido la relación que mantienen los participantes con las sustancias, puesto que no hay que desconocer que los psicodélicos tienen una connotación negativa y que por tanto no gozan de mucha aceptación social y aún encontramos ciertos tabúes al respecto. Como dice en Martínez (2020), las sustancias psicodélicas en Estados Unidos, especialmente en la década de los 70, tuvieron prohibiciones no solo morales, sino también científicas, ya que el uso de alucinógenos, históricamente, han sido cargados de significados negativos que relacionan el consumo con degradación, pecado, delincuencia, deterioro social, decadencia, entre otros aspectos en esta vía. Además, de una connotación clasista, racista y xenófoba, ya que las sustancias como el opio, la marihuana, la cocaína, entre otros, han sido atribuidos directamente a africanos, mexicanos, chinos, irlandeses, que representan en Estados Unidos, las clases bajas y el proletariado.

### ***6.3.2. Relación con las sustancias y estigmas asociados***

Habitualmente, el uso de sustancias alucinógenas y psicodélicas se ha visto permeado históricamente por una connotación negativa, clasista, racista y xenófoba (Martínez, 2020), por lo que, no es de extrañar, que el uso de la psilocibina, componente psicodélico de algunos hongos, no esté aún aceptado a cabalidad por la sociedad puesto que también se relacionan con sobredosis, atracos, adicciones, dibujando el entendimiento de los psicodélicos como problemáticos, negando la posibilidad de que se pueda tomar drogas controladamente (Correa, 2024). Así, en este apartado se abordará la relación que tienen los participantes con las sustancias y los prejuicios o estigmas asociados a ello. Además de los modos en que, partiendo de la misma sustancia, los participantes se van haciendo sujetos en la medida en que hacen uso de esta y se inscriben en toda una experiencia autónoma de un tratamiento alternativo a la farmacología tradicional. En primer lugar, se quiere resaltar una suerte de transformación subjetiva que resulta interesante en cuanto a la concepción y la relación que tiene uno de los sujetos, el participante A, con las sustancias y la cultura de las drogas:

Yo tengo un raye muy fuerte con las drogas, porque yo nací en un lugar... muy fuerte, yo nací en Castilla, en un barrio absurdamente popular y para mí el sinónimo de la marihuana era el típico man que mataba. Entonces yo solamente veía y crecí viendo manes fumando marihuana y matando. Para mí la marihuana era igual a un man que mata, punto. Que roba, que atraca. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

En este punto se evidencia cómo los estigmas y los estereotipos son de mucho peso en la sociedad actual. Recordemos que Goffman (2006), define el estigma como un proceso social en el que surge una categorización de individuos basada en atributos negativos. Lo que resulta en la clasificación y etiquetación de las personas de manera desfavorable, en este caso específico, hasta punitiva, donde droga es sinónimo de delincuencia, marginando a estos sujetos según las normas sociales establecidas, especialmente en una sociedad como la colombiana con reglas morales específicas que están permeadas por el cristianismo y por la historia del narcotráfico. Sin embargo, A manifiesta que, si bien creció en un lugar en el que abundaban las drogas y en algún momento se inscribió en ese sistema estigmatizador de las mismas, ahora con el uso de psicodélicos y también del CBD (mencionado anteriormente), ha cambiado su percepción respecto a esto:

Todo fue cambiando a través de los años, pues... (...) no consumo (...) nada, que no sea psilocibina y narcóticos legales, como la ritalina, el tramadol, la morfina y demás, pues eso sí los he probado en mi vida por enfermedades que me han dado, ¿cierto? Como tenía tanto tabú con las drogas, por el lugar donde yo había nacido, para mí fue muy complejo que un médico me entregara la solución y me dijera “es que usted con eso, con ese vuelo se va a sanar”. Fue muy teso tener que romper ese paradigma de crecer con el olor a marihuana y el olor a muerte. O sea, mi analogía con la marihuana es esa, es muy fuerte porque era ver lo que les tocó de Pablo Escobar, yo lo viví en carne viva, nosotros nos tuvimos que pasar [mudarse de casa] a las 5:00 h de la mañana porque mataban a todas las personas que se pasaban. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Discursos como este se replican en la sociedad colombiana, en la que opera un modelo prohibicionista y punitivo del uso de sustancias, más que de la información y la reducción de daños y riesgos, entonces se generan unas verdades compartidas socialmente frente al uso y el consumo

de las sustancias. En estos discursos se alude al consumo de drogas en general sin tener en cuenta las distinciones que existen entre las sustancias y los diferentes usos y consumos que se le puede dar a cualquiera y olvidando otras drogas legales y aceptadas socialmente como el alcohol, el azúcar, el café o la nicotina. Estas últimas, a pesar de que hay evidencia de los daños físicos, psicológicos y el potencial de adicción que poseen, se pasan por alto o no se proliferan tanto como el de otras que no gozan de la misma aceptación social, como los psicodélicos que, a diferencia de las anteriores, la evidencia demuestra que no comparten estos riesgos (Correa, 2024).

Entonces, al tener el aval de un profesional de la salud que asesora y recomienda el uso de la psilocibina para el manejo de la depresión, este se enfrenta a una suerte de disonancia cognitiva, definida por el psicólogo León Festinger (1957) como una contraposición entre dos creencias contradictorias o como un comportamiento que contradice una creencia (Leonard, 2021). En este caso, se pelea su creencia de las drogas como sinónimo de delincuencia y ahora el uso de un psicodélico como sinónimo de sanación, cura o terapia. Vemos cómo cuando un experto, cuyo saber es validado socialmente y, por lo tanto, creíble, tiene una opinión distinta, la percepción de ciertos asuntos y los posibles estigmas asociados pueden ir desapareciendo o gestando concepciones más amigables frente a cualquier tópico; su proceso de subjetivación se va formando en torno a esta nueva opinión profesional/científica y su propia experiencia con la sustancia para tejer su subjetividad y validar su experiencia desde unas bases epistemológicas positivistas que van modelando la conducta de sí mismo por decisión autónoma.

De otro lado y de la mano del consumo responsable percibido por los participantes, la relación que se teje entre la participante B y la psilocibina, o con el hongo como tal, se da desde un uso más espiritual que recreativo por lo que ella considera “respeto al hongo” y a sus propiedades curativas naturales: “no los he consumido [...] recreacionalmente porque a mí me parece que no sé... pues no se debe hacer, pues porque yo le tengo mucho respeto a eso” (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024). Esto se puede relacionar con la concepción de los psicodélicos a lo largo de la historia que, en sus inicios y al devenir de plantas naturales, eran utilizados en gran medida por chamanes, quienes tenían una relación mística y religiosa con estas y por lo tanto eran usadas en rituales (Porley, 2022; Estebas y Vicente, 2020); vemos como B se relaciona con la sustancia desde el respeto que suscita algún tipo de religión o sustancia sagrada.

Ella no se ubica desde una postura prejuiciosa o estigmatizada de la psilocibina como una droga, sino que es “algo del alma (...) que está curando mi espíritu (...) y mi mente” (B,

comunicación personal, 21 de febrero, 2024), como aparece en Porley (2022), el uso de los psicodélicos ha sido concebido como instrumentos que, partiendo de los estados de conciencia alterados que permiten, pueden abrir las puertas a un espacio más espiritual de la experiencia humana. Entonces, debido a los cambios en la conciencia, las experiencias emocionales y la conexión con recuerdos biográficos que pueden generar cambios a nivel de creencias y percepciones en los usuarios (Nichols, 2016; Griffiths et al., 2006; Grof, 2005), es que se puede hablar de la “curación”, viendo el psicodélico como una medicina o un fármaco, más que como una droga, con la connotación negativa a la que este término suele aludir.

Esto también es expresado por esta participante al contar que “no es como lo estoy consumiendo groseramente [el hongo] solo porque sé que es una droga alucinógena, sino porque sé que me puede ayudar” (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024). Es decir, ella no hace uso de la psilocibina porque es una droga alucinógena, psicodélica, sino porque lo hace con una finalidad específica, de una medicina que le va a ayudar con su sintomatología depresiva y ansiosa, dando forma entonces a una relación que se teje en términos de beneficios curativos o terapéuticos (y espirituales), no de recreación, disfrute y socialización. Vemos cómo se van generando sentidos y significados de la psilocibina y de los hongos partiendo de las experiencias personales y las concepciones singulares que ha podido desarrollar esta persona alejándose de los estigmas sociales asociados con el consumo de sustancias y la influencia de narrativas culturales y mediáticas popularizadas en este tópico.

Asimismo, en la vía de lo mencionado en el párrafo anterior, el discurso de C ilustra cómo se va trenzando un conjunto de saberes dentro de sí que va dando forma a la subjetividad partiendo del consumo de la psilocibina con fines terapéuticos, lo que él dice es que:

(...) como le[s] pasa a las personas que consumen marihuana y les dicen marihuaneros, nos pasa a los honguizos que nos excluyen por considerar que un psicodélico puede ser, no sé, algo importante en tu vida, como el ejercicio, como el sexo, como tomar agua, como comer.  
(C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

Se ilustra cómo este participante se va haciendo sujeto en la vía de la relación que tiene con la psilocibina y lo que ésta le ha posibilitado: mejoría, de alguna manera, en sus síntomas. Viendo cómo el uso social de la palabra “honguizo”, haciendo referencia a un adjetivo calificativo de

quienes son usuarios de la psilocibina y los hongos, va dando luces a la noción de sujeto, lo cual permite comprender la acción de la persona como origen subjetivo como plantea González Rey (2007), en consonancia con el adentro del afuera del pliegue de Deleuze (2015), que van dando cuenta de la organización individual, singular, de cada persona, en este caso, inscrita en la matriz de la psilocibina.

### ***6.3.3. Modos de comprender la sociedad***

En este apartado se analizará cómo los participantes comprenden algunos aspectos como la efectividad del sistema sanitario, las definiciones sobre lo normal o la normalidad. Asimismo, resulta interesante analizar la concepción que tienen los participantes de la investigación sobre algunos elementos de la sociedad como: el capitalismo, la racionalidad neoliberal y el discurso medicalizador, etc. En el caso del sujeto A, este concibe esta sociedad como una sociedad de la inmediatez, donde las personas no están dispuestas a atravesar procesos porque estos conllevan a realizar esfuerzos de los cuales no se tiene la voluntad de hacerse, en este sentido el participante relata:

(...) una colega de ustedes [una psicóloga] me decía que a ella no le gusta microdosificar a los pacientes porque los pacientes son muy indisciplinados. Porque a la gente no le gusta tener procesos porque estamos en una sociedad inediatista que necesita resultados ya, y la psilocibina, como los medicamentos, toma tiempo (...) la gente quiere una solución rápida y además de eso no tienen disciplina para volver a consultar. Creo que como sociedad no le damos la importancia de lo que es ir a terapia, por lo menos una vez al año en personas sanas y en personas no sanas, pues seguir un protocolo que se deba cumplir el pie de la letra. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Así, este participante hace una crítica a la sociedad acostumbrada a la inmediatez y a la instantaneidad, sin desarrollar procesos con disciplina y sacrificio que son necesarios para obtener resultados que sean reales y duraderos. Con relación a la terapia psicológica, el sujeto A señala que esta sociedad no le brinda importancia que realmente debe tener, pues considera que tanto las personas que padecen algún trastorno mental como las que no, deberían tomarse el tiempo y la

responsabilidad de asistir a consulta psicológica como mínimo una vez al año para asegurar su bienestar y seguir las recomendaciones que les den los profesionales de esta área de la salud. Además, menciona que, así como los psicofármacos llevan su tiempo para hacer efecto en el cuerpo, el uso de psilocibina también requiere de un tiempo determinado para detectar una mejoría.

Ahora bien, resulta paradójico el señalamiento que hace este participante, porque si bien es cierto que en la actualidad se prefieren tratamientos que tengan un efecto inmediato, se podría asumir que esta preferencia beneficia al discurso medicalizador. Entonces, aunque posiblemente no haya una adherencia completa a los tratamientos prescritos por los profesionales como sesiones psicoterapéuticas, fármacos, protocolos, e incluso, tratamientos alternativos, al presentarse poca tolerancia ante situación de la existencias que producen distintas formas de sufrimiento, se recurre a estos profesionales en búsqueda de ayuda para tramitar su dolor de la manera más rápida posible, ya sea con pastillas o cualquier otra alternativa que evite el padecimiento. No obstante, la falta de eficacia en un tratamiento inicial suele conducir a un aumento en la frecuencia de consultas y a la exploración de nuevas opciones terapéuticas (Cerecedo et al., 2013a). Entendiendo de esta manera, la salud como un producto que debe consumirse y que presenta un mercado con una amplia gama de servicios, respondiendo a los intereses económicos del sistema capitalista y el mercado (Foucault, 1976).

De igual forma, este participante considera que es necesario acudir a un psicólogo por lo menos una vez al año, aunque las personas se encuentren sanas, haciéndose latente la *medicalización como matriz de subjetivación* en este sujeto, ya que dentro de sus creencias está la necesidad de chequeos anuales donde las personas monitoreen su salud mental como forma de prevención e identificación de posibles afecciones mentales. De esta manera, este individuo lee a la sociedad y a sí mismo a partir del discurso medicalizador de los saberes psi, especialmente de la psiquiatría, se la cual promueve la prevención de enfermedades mentales o conductas cotidianas que consideran deben corregirse o prevenirse, debido a la psicopatologización extendida por la medicalización (Bedoya-Hernández y Castrillón-Aldana 2018).

En este sentido, se establece una suerte de medicalización indefinida (Foucault, 1976), donde los individuos sanos recurren al psicólogo para mantener su bienestar y su salud mental, pero donde el sistema operaría no solo para mantener sujetos saludables que estén en óptimas condiciones para producir, sino que además, se sostenga una moral sobre el cuerpo, como lo mencionó el sujeto A: *“pues seguir un protocolo que se deba cumplir el pie de la letra”* (E1), el

cual regularía sentimientos, conductas, emociones y pensamientos a través de una biopolítica que se impone, ya no únicamente sobre el cuerpo, sino que si hablamos de psicoterapia, se impone también sobre la psique, por medio de reglas, prescripciones y deberes que normalizan a los individuos, con el fin de asegurar el orden (Foucault, 1976; Pinafi, 2012).

Asimismo, es importante señalar la medicalización como modo de subjetivación en el que el sujeto es responsable de sí mismo, de su bienestar, su felicidad y productividad, movilizándolo a la autogestión y auto optimización, a través de prácticas ejercidas sobre sí mismos y sobre sus cuerpos para transformarse o mejorarse mediante normas establecidas por los dispositivos medicalizadores (Estrada, 2015). Pero respaldados, a fin de cuentas, por la sociedad que promueve el individualismo, la autonomía, la responsabilidad personal y la productividad constante.

Por otro lado, es importante destacar la función que cumple la psilocibina respecto a estas concepciones sociales que se tenían antes del tratamiento, puesto que como se ha desarrollado en anteriores apartados, según la experiencia vivida por cada uno de los sujetos entrevistados, el uso de la sustancia alternativa favoreció la génesis de nuevos hábitos, costumbres, actitudes, comportamientos y al cambio de perspectiva frente a conceptos y/o prejuicios sociales preestablecidos. Como es el caso por ejemplo del sujeto C, el cual menciona:

(...) Sabemos lo de la neurogénesis que produce la psilocibina ¿cierto? Y que tú empiezas a reconfigurar literalmente toda la información y cómo percibes la información y cómo asimilas la información de lo que piensas y lo que recibes del mundo, y parece ese proceso literalmente con los días, con la acumulación de psilocibina en el cuerpo, tú empiezas a tener un cambio total de paradigma, o sea, empiezas a ver la vida literalmente desde otra perspectiva (...). (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Con lo anterior, el sujeto C se refiere a un cambio de perspectiva en la manera en cómo vivía su día a día y de qué forma se relacionaba con el mundo que lo rodeaba, puesto que expresaba que siempre se había considerado una persona “completamente positivista, científicista, que no tenía conexión con su lado espiritual” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). La psilocibina medió para que este participante dejara atrás concepciones fundamentadas en lo que se considera socialmente como *la carrera de la inmediatez*, en la que de una u otra forma todos en algún punto de la vida, nos hemos visto inmersos, fomentando con ello, la sobre productividad, el

estar siempre ocupados consiguiendo cosas materiales, inmersos en el sistema capitalista y consumidor, normalizando vivir en piloto automático y dando por sentado cosas tan importantes, como la salud mental por ejemplo. Cuando el sujeto C, comienza entonces su proceso con la psilocibina, se da cuenta que ha estado inscrito en un sistema medicalizador y, en cierto sentido, opresor, que busca que las personas sean y se comporten de cierta manera; en lo que respecta a la salud mental, se pretende que los individuos hagan parte de un sistema farmacológico que, en lugar de buscar la cura definitiva al malestar, ofrece una mitigación de la sintomatología, pero no la erradicación de la enfermedad, abriendo una puerta a preguntarnos por la validez de las teorías biológicas de la génesis de algunos trastornos del estado de ánimo.

En otro sentido, los participantes tienen una concepción de lo que es visto como "normal" que se contrapone al diagnóstico de depresión; el término *normal* concebido de una forma análoga al *dolor*, puesto que en palabras del sujeto A: "yo lo he dicho varias veces que me siento hablar del tema y es que me sentía normal, ahora estoy tratando de codificar eso porque todos somos normales, ¿cierto? pero me volví a sentir como una persona sin dolor" (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). En este aspecto, se refiere a la normalidad asociada a un bienestar físico y/o emocional, dado que no es considerado "común" padecer de algún tipo de afección médica. Es preciso retomar la concepción de salud mental asociada a prácticas cognitivo-conductuales, en las cuales se busca re-acondicionar el comportamiento y algunas conductas de los sujetos que padecen algún tipo de trastorno del estado de ánimo, con el fin de poderse integrar a la visión del mundo socialmente aceptado (Hernández et al., 2016).

Por consiguiente, a lo largo de la historia de la sociedad humana, se han tenido prejuicios o estereotipos frente a la salud mental, puesto que cuando un individuo no se comporta de la manera que es socialmente aceptada, lo tachan de "anormal" porque se sale precisamente de la "normalidad" creada por un amplio grupo de personas. Según la experiencia narrada por el sujeto A, una persona con dolor emocional o considerada inestable mentalmente por una autoridad médica es etiquetada como un sujeto "extraño" o "anormal", que terminan excluyendo, de una forma u otra, de la universalidad de lo que es "común" y aceptado. Así pues, se han tejido imaginarios colectivos en torno a la salud mental y, en lo que respecta específicamente a esta investigación, a los trastornos del estado de ánimo, puesto que, desde épocas anteriores, las personas que atravesaban algún tipo de padecimiento mental eran observadas como si tuvieran algo dentro de sí que los hiciera comportarse de esta manera poco común, por ejemplo, desde un punto de vista

religioso como “poseídas por entidades demoniacas”. Se ha construido entonces, con base a estas creencias, cierta tendencia a clasificar a las personas que se comportan de manera “diferente” a la mayoría de las personas, como fuera de lo “normal”.

Adicional a lo anterior, entendiendo la “normalidad” como una cuestión estadística en la que, con respecto a los trastornos mentales, existen cánones de cuantificación que clasifican a las personas medicamente dentro de un mismo grupo que comparte características; las personas que se separan de la media estadística son quienes se alejan precisamente de la “normalidad”, y entran entonces, a una categoría patológica. Por ende, se busca siempre que el individuo pueda retornar a la normalidad de la que se ha separado (Caponi 2009), en este caso, por medio de los psicofármacos asignados por la autoridad médica que los diagnosticó. Así, en el momento en el que el sujeto comienza a ser parte de una norma estadística en la que se determinan las personas “sanas” versus las “depresivas”, se busca que el individuo depresivo devenga nuevamente en una persona “normal” y entre en los parámetros que personifican la salud mental (Villalpando, 2019).

Con respecto a esto, el sujeto A por ejemplo percibe el dolor como una sensación que no debería experimentarse, puesto que no es lógico dentro de la experiencia humana. Respecto a ello refiere: “nos acostumbramos a tener dolor, cualquiera, ustedes se acostumbran a tener cólico porque es normal, “ah ¿tienes cólico? es normal”, no marica el ser humano no debería sentir dolor (...)”(A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Para este sujeto, la “anormalidad” también está encaminada al sentimiento de dolor, es decir, que, si un individuo presenta un dolor emocional, representado por una sensación de “vacío” y apatía, como es común en los trastornos del estado de ánimo, entonces ya no se considera “normal”, ya es una persona “extraña” e inusual” porque el común denominador, según su perspectiva, es una sociedad sin ningún tipo de “dolor” mental. Lo que resulta paradójico, es lo que respecta al dolor físico, puesto que, según sus palabras, es más normalizado socialmente el dolor físico, como un cólico menstrual, por ejemplo, a un dolor emocional, como el que sienten las personas diagnosticadas con depresión, puesto que como se ha mencionado en apartados anteriores, aún existen muchos sesgos respecto a lo que se considera “normal” y lo que no, en salud mental.

Anudado a lo anterior, el estigma que gira en torno a los trastornos mentales, y las concepciones que se han creado alrededor de la depresión, intensifican el hecho de que los sujetos diagnosticados con esta, se autoperciban y se denominen a sí mismos como personas “anormales” o fuera de lo común. Desde la construcción de su subjetividad, en la que se identifican con el

diagnóstico y, posteriormente, con el tratamiento alternativo, deciden de manera autónoma, aislarse de manera categorial de la sociedad “normal”, al menos desde la posición en la que se denominan como “extraños” o diferentes al resto, posicionándose en la categoría estadística de "personas depresivas", justificándose en no sentir que encajan en lo que es universalmente aceptado, que sería en este caso, el estar estable emocionalmente y reconociéndose a sí mismos como individuos que se salen de la normalidad.

Otro aspecto importante que destacar, es la percepción que tiene la participante B en cuanto a la ineficacia del sistema sanitario, pues menciona que desde la infancia comenzó a experimentar diversos síntomas como el insomnio, por ejemplo, lo que comenzó a afectar su salud mental a corta edad y que, por las propias lógicas del sistema de salud, que puede dificultar el brindar un servicio eficiente y de calidad, no pudo ser diagnosticada con depresión de manera óptima y temprana (puesto que después, a lo largo de la vida, identifica sintomatología constante del trastorno hasta recibir el dictamen), frente a ello menciona:

(...) Entonces fuimos a la cita y todo eso, pero el doctor pues obviamente no me pudo mandar nada porque estaba muy pequeña. Tampoco pues me dijo mayor cosa, porque también en ese tiempo estaba pues en el SISBEN, entonces pues menos que a uno le van a decir algo (...). (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Con lo anterior, la participante B hace referencia a los obstáculos con los que se encontró en el sistema de salud para la valoración de su malestar, la evaluación de sus síntomas y el diagnóstico temprano de la enfermedad que la aquejaba en ese momento y con la cual tuvo que convivir gran parte de su vida, esta ineficacia del sistema de salud retrasó su tratamiento y posterior mejoría. Dada su edad, encontró barreras de atención y asistencia de calidad, no fue posible prevenir la evolución de su trastorno afectivo y, por lo tanto, en ese momento, no obtuvo un adecuado tratamiento para su depresión. Lo que narra esta participante, es el caso de un gran número de personas en el país, que no logran recibir un dictamen médico a tiempo, por las múltiples barreras de acceso y atención con las que se encuentran y, por lo tanto, el proceso de alivio de la enfermedad que atraviesan resulta arduo y pausado. En Colombia se presenta una insuficiencia en la oferta de servicios médicos especializados respecto a la demanda de estos, lo cual se convierte

en un obstáculo para recibir atención y la evaluación de un profesional de la salud (Rojas et al., 2014).

La sentencia T 760 de 2008, pretende respaldar el derecho que tienen los colombianos para acceder a servicios de salud de forma eficaz y con una asistencia de calidad; el diagnóstico, por su parte, es un componente fundamental en este derecho y es definido como el medio por el cual una persona obtiene las pruebas para determinar si necesita un servicio de salud y si requiere de algún tratamiento, puesto que es este, quien ayuda también a los profesionales de la salud para decidir sobre el método más eficiente de sanación. Si un paciente no puede acceder oportunamente al diagnóstico, las acciones curativas se verán limitadas y la evolución de la cura estará retrasada (Rojas et al., 2014).

Así pues, pareciese que el Sistema de Salud en Colombia fuera una organización que medicaliza a los individuos, buscando que estos pertenezcan a su praxis desde la dependencia a los psicofármacos, si hablamos específicamente de la salud mental, pero que, en última instancia, se queda corto en cuanto a prevención de las enfermedades mentales. Asimismo, en lo que respecta a la atención de calidad y el diagnóstico eficaz para cualquier tipo de padecimiento. Lo anterior, evidencia las falencias que aún presenta el sistema sanitario en nuestro país, pues como se trasluce, en un sistema dedicado a tratar los síntomas de la enfermedad y no a la prevención de la misma. En el país, las barreras que se presentan para el diagnóstico temprano y el posterior tratamiento de la enfermedad se incrementan en territorios rurales, por lo que se hace necesario una transformación del acceso al servicio de salud (Rojas et al., 2018).

Además, teniendo en cuenta los otros sistemas que nos permean, como el político y el económico, la salud se ve limitada con relación a las herramientas suficientes que le permitan brindar una atención eficiente y oportuna, en consecuencia, un gran número de personas resultan afectadas si nos referimos a las acciones dirigidas a la recuperación de su malestar. El acceso a un servicio de salud mental de calidad en Colombia se encuentra con obstáculos económicos, puesto que los recursos asignados para dicha asistencia son limitados, generando un deterioro significativo en el sistema sanitario e incrementando a su vez, la morbilidad en enfermedades mentales en el país (Rojas et al., 2018).

Finalmente, el siguiente apartado abarcará temas más vivenciales en cuanto a los diferentes modos de experiencia identificados en el discurso de los participantes a partir del uso de la psilocibina, que van desde experiencias medicinales y terapéuticas, hasta otras más espirituales y

ritualísticas, resultando estas últimas interesantes puesto que muestran ser de suma relevancia al momento de percibir efectos positivos o eficacia en este tratamiento alternativo y no habían sido tenidas en cuenta al inicio en el planteamiento de la investigación.

#### ***6.3.4. Experiencias con el uso de la psilocibina***

Se encontró en los discursos de los participantes, experiencias de todo tipo, mostrando que la sustancia, de una u otra manera, no se utiliza solamente con fines de un tratamiento paliativo, sino que es algo que comienza a abarcar otras esferas de la existencia y la cotidianidad. Teniendo esto en cuenta, en este apartado se propondrá un análisis de la experiencia narrada por los participantes en lo que respecta al consumo de la psilocibina como tratamiento alternativo para el manejo de la sintomatología depresiva y cómo esto se ve reflejado en diferentes tipos de experiencia identificadas como: medicinal y terapéutica (ambas relacionadas también con la percepción de efectividad y, por tanto, los efectos positivos), espiritual y ritualística o ritualizada (en el sentido de preparaciones previas, por ejemplo) y cómo se relaciona esto con cambios en el estilo de vida y en la percepción sobre sí mismos.

Se interrogó a los participantes sobre los significados o sentidos atribuidos a dicho modo de proceder con la sustancia: cómo era que estos le daban un “uso terapéutico” y “no recreativo” a la psilocibina. Lo terapéutico, para el sujeto A, se concibe como un modo de generar bienestar siempre y cuando se esté informado de la práctica, sustancia o herramienta que se use para dicho fin, la psilocibina en este caso, el consumo responsable, ya desglosado en apartados anteriores, es la llave de entrada a lo terapéutico partiendo de la toma en cuenta de lo que va a ingresar al cuerpo:

(...) Yo asumo que algo terapéutico es algo que te genera bienestar, pero siento que hay una responsabilidad muy grande cuando uno dice que algo es terapéutico y no investiga que realmente sea terapéutico. (...) Siento que el concepto de terapia como tal debe ir encaminado a la responsabilidad del consumo, a saber qué estás consumiendo, a saber que eso sí realmente te esté haciendo un cambio positivo. Así lo entiendo yo, cualquier cosa que tú concibas y que realmente aporte para tu salud, go ahead, pero si estás diciendo que algo terapéutico te ayuda, tienes ansiedad, tienes depresión y fumas marihuana, estás llevado del

putas, no, no tiene sentido, no es congruente y ya. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

El sujeto A se vislumbra entonces como un hombre que, dentro de la responsabilidad de su consumo de psilocibina, sea en micro o en macrodosis, y el conocimiento que él mismo genera o posee, gracias a la búsqueda de información al respecto y a partir de ese uso responsable de la sustancia, encuentra lo terapéutico, lo que funciona positivamente en pro de su salud y su bienestar, componentes importantes al hablar de salud mental. En contraste, el participante C concibe lo terapéutico como algo en pro de una suerte de aprendizaje tomado de la experiencia con la sustancia para aplicarlo posteriormente en la vida cotidiana. Este participante lo narra de la siguiente manera:

(...) Que realmente me ayude esa nueva perspectiva que te brinda [la psilocibina] y esa experiencia transpersonal a poderte situar a vos, no como lo que te hicieron, sino como lo que tú decidas hacer con eso que te pasó, entonces para mí eso es un uso terapéutico, que realmente tú puedas empezar a resolver todo ese melcocho que uno tiene que es la vida de la mayoría de personas, que uno pueda empezar a hilar y de a poquito vas hilando y cada día cuando vas avanzando vas viendo que vas avanzando en muchos pilares de ti como persona, o sea, vas avanzando en tu parte profesional, en tu parte relacional, en tu parte de tu relación con los demás y contigo mismo, en tu parte profesional se empiezan a desplegar un montón de habilidades y talentos, parece, que antes estaban limitadas por un montón de (...) creencias limitantes, un montón de cosas que uno carga que muchas veces no son tuyas. (...) Para mí eso es un uso terapéutico, que realmente me ayude esa nueva perspectiva que te brinda [la psilocibina]. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Se hace referencia a cómo se puede utilizar la experiencia sensoperceptiva y de conciencia que posibilita el compuesto psicodélico de la psilocibina para hacer una suerte de desmonte de creencias que mantenían la sintomatología, que dieron origen a la misma o que la exacerbaban. La idea de lo terapéutico parte desde poder hacer con esta vivencia [de la psilocibina] una suerte de práctica introspectiva que sirva de apoyo para reconocer y “sanar” comportamientos, creencias o

actitudes que limitan y son partícipes en el bajo estado de ánimo producto de la sintomatología de la depresión.

Porley (2022) refiere que el uso de psicodélicos hacia los años setenta, fue un instrumento que dio empuje a la revolución frente al modelo de vida occidental considerado deseable, aceptado socialmente o políticamente correcto, como un movimiento contracultural en pro de un cambio de mundo o de prácticas a través de los psicodélicos como herramientas, ya que estos abren las puertas a un espacio espiritual de la existencia, y a partir de una “revolución de conciencia” que invitaba a una liberación individual que, a su vez, era social y política. Esto resulta relevante para este punto ya que, como se mencionó, los participantes no solo tuvieron una experiencia considerada terapéutica con la psilocibina, sino que también se gestó algo en el orden de lo espiritual, no como algo aislado, sino como un complemento o algo bidireccional, como si lo uno tuviera que ver directamente con lo otro.

Esto se dibuja de manera más clara y concisa en el discurso de la participante B quien hace mayor énfasis en el uso espiritual y consciente de la psilocibina, consumida en macro dosis y directamente de la tierra, teniendo esto un efecto terapéutico y medicinal para la sintomatología manifestada por el nivel de percepción de sí mismo que trae consigo la experiencia psicodélica con la psilocibina. Ella expresa que desde la primera vez que consumió el hongo, lo hizo de manera consciente y con un propósito claro: curarse o sanarse desde esta perspectiva espiritual, posibilitada por su “mentor” (el compañero que le mostró la psilocibina), pero con la finalidad clave de que fuese algo terapéutico para sí misma, para su alma. La participante B manifiesta entonces que:

Fue algo inconscientemente, no fue como “bueno, voy a empezar un proceso medicinal con los hongos”, sino que (...) la primera vez que los iba a consumir yo ya los veía... como sanación, como curación, y luego fue que se fue dando ese proceso que (...) no fue planeado pero la verdad me gusta mucho. (...) Yo siento que con la psilocibina y los hongos uno crea una relación más que todo espiritual, (...) para mí es medicina espiritual, porque yo no decía como “bueno, ya me toca mi dosis”, sino que mi cuerpo, el espíritu o no sé, lo que sea, me permitía que pudiera consumir otra dosis, que me ayudaba. Yo por eso siento que es algo del alma, porque (...) desde mi percepción, como que eso va muy de la mano, la mente y el alma, entonces obviamente al ser una medicina espiritual, obviamente está curando mi

espíritu, pero también está curando mi mente. Es algo que me va a... posibilitar un despertar mental... y del alma. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Esta participante adjudica gran significado y sentido espiritual al consumo de la psilocibina, como una medicina espiritual que merece respeto en su uso y por ello se necesita de una disposición previa, algo que podría tomar un tinte mágico-religioso, esto anudado al modo en que recurre a otra dosis cuando “siente” que su cuerpo está preparado o que lo necesita, o incluso que el mismo hongo le dice cuándo puede consumirlo. Bien sabemos que algunas plantas poseen propiedades psicodélicas, en este caso, los hongos psilocibios, han sido considerados a lo largo de la historia como algo sagrado y han estado estrechamente relacionados con ceremonias o rituales de connotaciones religiosas, espirituales y relacionadas a lo divino.

Para contrastar o complementar un poco esto, el participante A refiere algo similar en cuanto a la medicina espiritual o sagrada: “yo creo que es también el honguito, o sea, la medicina sagrada que te empieza a decir: “ey, haz las cosas mejor”. Entonces hay un cambio en el cerebro muy teso de la gente que quiere sanarse” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Resulta interesante notar cómo se relaciona el componente espiritual con algo en el orden de lo anatómico: cambios a nivel cerebral posibilitado por el consumo del hongo y sus propiedades psicodélicas. En los antecedentes y la teoría se encontró que, si bien no hay cambios o modificaciones como tal a nivel cerebral, la psilocibina tiene la capacidad de influenciar sobre ciertas partes del cerebro, lo cual se ampliará más adelante, y tiene un mecanismo de acción que le permite actuar sobre los receptores de serotonina, principal neurotransmisor implicado en la explicación biológica de la depresión como un déficit en la producción y recaptación de estos.

Ahora bien, evidenciamos que los participantes crearon entorno a la psilocibina una experiencia ritualizada de la misma, en la que establecían ciertos parámetros para su consumo, entre ellos el entregarle al hongo un propósito para su posterior efecto en el organismo, además de usarlos en ambientes “controlados” por ellos mismos y con personas con las que sintieran cómodas, dado que el entorno exterior en el que se encuentran juega un papel importante en el empleo de la sustancia. Para ejemplificar esto, el sujeto B menciona:

(...) Le doy un propósito al hongo, y el hongo sabe que con ese propósito va a entrar a mi cuerpo, que no es como lo estoy consumiendo groseramente solo porque sé que es una droga

alucinógena, sino porque sé que me puede ayudar. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Pareciera que la intención con la que usan la sustancia alternativa funcionara como el paliativo que los sujetos necesitan para su tratamiento, inclusive, se podría inferir que el tercer participante en la cita anteriormente mencionada manifiesta que es el control mental que él mismo ejerce y siente sobre el hongo lo que hace que finalmente lo ayude en su malestar. Además, la participante B de este estudio refiere que deja al azar el uso de la sustancia, puesto que su consumo no es totalmente autogestionado, sino más bien, un hecho de la casualidad, respecto a ello, dice:

Iba como a algún bosque (...) y si los encontraba era porque podía consumirlos y si no es porque lo mejor era que no los consumiera, (...) yo siento que es una conexión porque todas las veces que yo como que iba a buscarlos, los encontraba, entonces pues ellos nunca me dieron la espalda tampoco. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Con respecto a lo anterior, esta participante se pone en manos de lo espiritual y lo metafísico para acceder a la psilocibina como tratamiento alternativo para la depresión, dado que es enfática en el hecho de que ella no busca los hongos intencionalmente, sino que, si los encuentra eventualmente en el bosque, hace uso de estos. Por ende, su ritual con la sustancia alternativa esta permeado por el azar y no está completamente organizado.

Lo anteriormente planteado sirve de abre bocas para continuar con el siguiente punto de análisis de este apartado: la percepción que tienen los participantes de efectos positivos o de eficiencia del consumo de la psilocibina en cuanto a su sintomatología depresiva. Podemos relacionar lo expuesto anteriormente con, además del mecanismo de acción de la sustancia, que ello tiene que ver también con la capacidad que poseen los psicodélicos en general de inducir cambios en la conciencia y la cognición mediante cambios transitorios en las emociones, la percepción, el sentido de uno mismo y los sentimientos de conexión; siendo como una suerte de penetración en zonas de la conciencia, o de lo inconsciente, que generalmente son inaccesibles en el estado usual de conciencia (Barrera, 2016; Lorenzo, 2021; Tartakowsky, 2014).

De este modo, respecto a la percepción de los efectos positivos del uso de la psilocibina, los participantes han evidenciado un cambio sobre sí mismos antes y después de usar hongos. En este sentido, el sujeto B narra:

Y desde que empecé pues como a consumirlos y sí así he sentido un cambio demasiado grande (...) cómo he cambiado, cómo ha sido mi proceso pues con los hongos y con la psilocibina y cómo me siento yo ya en este momento, y siento que eso me ha expandido mucho [risas] la mente, los sentimientos y también pues que gracias a los hongos es que, o bueno a la psilocibina y pues, de pronto eso suena un poquito loco, pero siento que eso (...) en algún punto eso sí como que le ayuda a despertar a uno en la mente y a ser más consciente de uno mismo, entonces gracias a eso soy más consciente de mí, de mi cuerpo, de lo que siento, de lo que pienso, entonces no es como que los hongos ya me hayan curado la depresión y ya me hayan curado la ansiedad y yo ya no tenga ni depresión ni ansiedad, pero la psilocibina sí me ha ayudado a que yo pueda controlarme, pues controlar más a lo que siento, y pienso, y cómo actuar y cómo ayudarme a mí misma en esos momentos de... crisis. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Para esta participante ha sido notorio el cambio que ha tenido, hay un antes y un después que es marcado por el consumo de psilocibina. Adjudica a los hongos el desarrollo de una capacidad introspectiva que, si bien antes la tenía, gracias a la psilocibina se ha potenciado y ha permitido la expansión de sus sentimientos, emociones y pensamientos, haciéndose cada vez más consciente de ellos, de sí misma y de su cuerpo, además, también mencionó que logró desarrollar un poco más las habilidades sociales que anterior al uso de la psilocibina las percibía como limitadas. Por otro lado, es interesante cómo esta participante resalta que no considera que la psilocibina haya curado la depresión o la ansiedad que padece, sino que, su uso le ha permitido desarrollar habilidades y capacidades que le ayudan a tener autocontrol sobre sus pensamientos, sentimientos e incluso acciones, lo cual favorece a tener herramientas de afrontamiento frente a las situaciones que le generan crisis.

En este mismo sentido, el sujeto C menciona:

No es como que está paliando los síntomas [la psilocibina]. Es muy distinto. Es muy distinto porque no es como que llega a generarte una sensación calmante. Porque, de hecho, muchas veces es turbulento y es un ascenso un poco como complicado, sino que te permite, justamente, sacudir todo eso que necesitas sacudir para que empieces a poder ver y a poder resolver lo que tienes que resolver. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Aunque esperaría que la psilocibina generara una sensación de bienestar que ayudase a contrarrestar los síntomas de depresión, para este participante, lo que provoca en realidad es cierta incomodidad o sacudida que es necesaria para generar un nivel de introspección que permita la visibilidad o consciencia de algunas situaciones que pudiesen estar ocasionando los síntomas de la depresión o el estado de ánimo bajo, para posteriormente resolverlas; disminuyendo de esta manera dichos síntomas. Además, en otra ocasión menciona que, gracias a la psilocibina, ha logrado mejorar la relación consigo mismo y con los demás, aumentar su autoestima y los niveles de productividad, ya que ahora encuentra motivación para pasar a la acción y dejar de lado la procrastinación.

Aquí resulta interesante plantearnos: si no hay una acción directa de la psilocibina sobre la sintomatología de la depresión, ¿qué es lo que la convierte en una alternativa para tratar sus síntomas? Como es bien sabido, la depresión tiene un componente biológico sobre el cuál actúan los psicofármacos, pero también posee componentes sociales, contextuales y experienciales sobre los cuales estos no operan. La psilocibina al permitir una experiencia psicodélica que expanda la consciencia y abra “el tercer ojo”, brinda a las personas la posibilidad de ir más allá de comprender la depresión como una situación estática sobre la cual es necesario calmar los síntomas y en cambio, propone ver la depresión como señal de conflictos internos que no han sido resueltos, contribuyendo a los individuos para visibilizar estos conflictos y sus posibles causas para confrontarlos y resolverlos.

La depresión posee una naturaleza compleja y multifacética de la condición humana que los psicofármacos no alcanzan a abordar, por el contrario, la psilocibina abre la puerta para que los sujetos ahonden sobre sus experiencias, logren entender el porqué de su situación y desarrollen herramientas para resolver sus embrollos internos. Esto último, también probablemente de una percepción de autonomía a los sujetos sobre su propio proceso, ya que, aunque con la ayuda de los hongos, estarían aflorando ellos mismos capacidades para sobrellevar la sintomatología de la

depresión. De este modo, podría decirse que el uso de la psilocibina y los efectos vivenciados por cada sujeto se va convirtiendo en una matriz de subjetivación que configura o modifica la forma en que se percibe y se concibe tanto la depresión como la psilocibina.

Para el sujeto A la psilocibina presenta una cura, pero es una sanación que significa una nueva vida luego de atravesar por un momento difícil lleno de adversidad y oscuridad, en este sentido menciona:

Significa todo, significa volver a nacer, significa resignificar tu vida, significa tenerle miedo a la depresión y hace parte de ese proceso nuevo que tu cerebro enfrenta, porque cuando tu cerebro es capaz de dimensionar que pasaste por un periodo oscuro y que eres capaz de levantarte, significa que la palabra normal ya es otro contexto, ya tiene otro contexto (...) porque ya eres capaz de darlo, porque antes no eras capaz ni eras sujeto de... pues con esas posibilidades, ¿me entiendes?, entonces curarse es volver a nacer. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Luego de atravesar un fuerte episodio de depresión que representa un momento oscuro en la vida de este participante, la psilocibina le brinda una nueva oportunidad de vida gracias al efecto curador que tiene esta sustancia sobre su cerebro. Es como si luego de ese episodio y tras el uso de la psilocibina, el cerebro pasara por un proceso de metamorfosis donde ha logrado transformarse y superar ese período difícil, renaciendo más fuerte y con más herramientas. Este proceso que representa un desafío, pero también una liberación que se da gracias a la psilocibina que brinda la posibilidad de ver más allá del dolor, enfrentándose a lo que venga, desde la fuerza y la capacidad que la sustancia ayudó a potenciar, para darle un nuevo significado y propósito a la vida. Así mismo, tanto este participante como el participante C resaltan la presión que ejerce el uso de la psilocibina para cambiar hábitos de vida, haciéndolos más conscientes de su salud y de su proceso; entonces, empiezan a realizar *journaling* (una sugerencia, además, de los protocolos que usa para la microdosificación), meditación, a tener hábitos alimenticios más balanceados y a ejercitarse.

Lo mencionado anteriormente relacionado con el *desarrollo de capacidades de afrontamiento por el uso de la psilocibina* puede darse por la experiencia psicodélica que provoca la sustancia, ya que causa cambios en las creencias y hábitos, abriendo también la puerta a nuevas perspectivas a la hora de percibir problemáticas y, además, creatividad para resolverlas (Fadiman,

2017). De igual manera, generan en los sujetos un alto nivel de introspección que influye lineal y directamente en la experiencia subjetiva, alterando el sentido de sí mismos y elevando los niveles de comprensión y conexión consigo mismos y con los otros (Estebas, 2020; NIH, 2023).

Ahora bien, se quiere hacer un contraste interesante que resulta del discurso de uno de los sujetos entrevistados en cuanto a la farmacología tradicional y la psilocibina como alternativa, ya que, como se mencionó en el planteamiento del problema, se encuentra que el tratamiento psicofarmacológico presenta muchos baches en cuanto a efectividad debido a, en primer lugar y relacionado a lo expresado por los investigados, los efectos secundarios adversos y desagradables que traen consigo los medicamentos psiquiátricos, lo cual también es una causa de la baja adherencia a este tratamiento. Así, se le pregunta al sujeto C sobre los significados que tiene para él haber dejado de consumir psicofármacos e iniciarse en una medicina más alternativa, expresando que:

Parce, la verdad, que tú puedas obtener tantos beneficios, porque es que no solamente estamos hablando de aliviar la ansiedad, de reducir los niveles de depresión, de estrés, sino que estamos hablando de un cambio integral que atraviesa a la persona en todas sus dimensiones. Entonces, no es solamente como que retiraste los fármacos, sino que literalmente le cambiaste la vida a una persona. Entonces, ¿qué significa para mí eso? Parce, un avance como persona, como profesional, un montón de cosas. Es, la verdad, maravilloso poder dejar un montón de medicamentos que te generan una cantidad de páginas, de dos o tres páginas de efectos adversos y consumir un producto que es natural, que no genera adicción como los opioides, como es el clona, que no te genera altibajos, picos de manía o de depresión como lo hace la fluoxetina. Parce, ¿de qué estamos hablando? O sea, la verdad es que creo que no tiene discusión ese tema. (C, comunicación personal, 22 de abril, 2024)

Se puede observar que otro efecto positivo del uso de esta sustancia es dejar de consumir otras que generan muchos efectos secundarios adversos o negativos para quien las utiliza; bien es sabido que la psicofarmacología tradicional tiene efectos sobre la libido, el apetito, la flora intestinal, el riesgo de aumento o aparición de ideación suicida, entre otros mencionados en el marco teórico, lo cual añade frustración y desconfianza hacia la eficacia del tratamiento (Pérez, 2017; Benedí y Romero, 2005; López, 2021). Por esto, para todos en general y para C en específico,

resulta tan trascendental este cambio de paradigma, pasando de estar al interior de un dispositivo privilegiado por el saber médico a uno más alternativo y natural que parece traer menos riesgos y más beneficios.

Por otro lado, lo que se logra revelar desde lo narrado por los participantes del presente estudio es el deseo de compartir con otras personas lo que experimentaron con la psilocibina, inclusive uno de ellos, menciona que después de usar el tratamiento alternativo, pareciese que se convirtiera en un “(...) consumidor religioso porque empieza a educar (...) es que todo lo que te hace bien, uno quiere que las personas que amas lo hagan y ya” (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024). Lo cual se traduce en ese anhelo porque su mundo exterior cercano o no, conozca de la sustancia y los “beneficios” que le ha traído a cada uno desde sus diferentes percepciones, en otras palabras, quieren expandir a su ambiente sociocultural ese sentimiento de plenitud que vivenciaron con la psilocibina.

Desde el punto de vista de la segunda participante, se evidencia un sentimiento de cohesión grupal generado por el uso conjunto de la psilocibina, expresa: “(...) sí, he llegado a conocer personas que también los consumen de esa manera y siento que se crea un lazo bonito, porque son pues personas que me han compartido sus conocimientos y a los que yo les comparto mis conocimientos (...)” (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024). Con lo cual podríamos inferir que las personas que optan por usar este tratamiento alternativo, de una u otra forma comienzan a influir en su entorno para que también empleen la sustancia en su estilo de vida, con ello, se gesta entonces una especie de comunidad rodeada de la práctica y la respectiva ritualización de los hongos psilocibios.

El sujeto C, por otro lado, relaciona este deseo de compartir y ayudar a otras personas, sea porque están también diagnosticadas con depresión, o sea simplemente con el fin último de crear en ellas la posibilidad de una perspectiva diferente en cuanto a la vida, y su forma de relacionarse con el mundo, con la importancia que le otorga a un entorno sano mentalmente, para él es sumamente relevante que los sujetos que lo rodean “este bien” o se “sienta bien”, para así vivir en un estado de tranquilidad. Respecto a ello, menciona:

(...) Lo relaciono mucho con esa frase del Dalai lama del egoísmo inteligente, o sea, para yo estar bien, yo solo quiero estar bien yo, pero yo sé que para estar bien yo, tiene que estar bien todo lo que me rodea, entonces partiendo de ese paradigma, es por eso que quiero

compartir esto, porque si lo que me rodea está bien, obviamente yo voy a estar bien, es como una extensión de mí. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Así, se puede inferir que este participante asume una posición en la que el medio es primordial para su salud mental y por ello intenta que las personas que lo rodean quieran usar como él. Parecería inclusive, que fuera una clase diferente de "religión", en la que todos sienten cierto grado de bienestar al usar la sustancia y desde ese punto, comienza el voz a voz para que más y más personas la implementen en su día a día. Ahora bien, en los siguientes apartados se abordará y se ampliará el tema de la subjetividad, y de qué manera esta interviene en la percepción de cada uno de los individuos entrevistados para formar su propia experiencia con respecto al uso de la psilocibina como tratamiento alternativo para su diagnóstico de depresión.

El uso de psilocibina trajo consigo experiencias cargadas de emocionalidad para los participantes de esta investigación, permeadas por su historia personal, su diagnóstico, el entorno, la dosis que consumieron, entre otros factores. A continuación, se hará un análisis de estas experiencias emocionales relacionadas con el uso de la psilocibina. Las experiencias emocionales más fuertes usando psilocibina que tuvieron estos sujetos, la vivenciaron usando dosis altas, es decir, macro dosis. En el caso del sujeto A, la experiencia vino cargada de dolor, pero tuvo además un componente enigmático y trascendental, así como lo describe:

(...) Mi macrodosis del año pasado fue la macro más dolorosa y complicada que he tenido, porque además fue muy, fue muy mística porque eso fue en enero y dos días después me descubrieron un infarto cerebral. [Pero en el vuelo yo vi el infarto cerebral, o sea, en el vuelo el hongo me decía pon tu mano en la parte izquierda de tu cerebro y sánalo, y todo nació porque me dan migrañas muy fuertes (...), me fui a hacer un examen y hijueputa, tengo un infarto en la cabeza (...)] Fue a la vez de retardador, lindo, pues porque te obliga a cambiar, es imposible salir de un vuelo de psilocibina siendo la misma persona. (A, comunicación personal, 5 de febrero, 2024)

Posiblemente este sujeto estaba predispuesto a tener alguna alucinación relacionada a su condición física, porque estaba esperando realizarse un examen para saber la razón de las migrañas que estaba teniendo, sin embargo, esto no soslaya el hecho de que, durante su viaje de psilocibina,

la alucinación que tuvo fuese tan acertada, hasta el punto de que gracias a ésta sabía que tenía un infarto en su cerebro, el cual sería descubierto médicamente días después. De esta manera, rememora esta experiencia en específico como la más dolorosa, difícil y desafiante que ha tenido con los hongos, pero que, además, tiene un significado profundo, porque se conectó con su mente y su cuerpo de una manera que nunca lo había hecho. Esta experiencia mística, pero dolorosa, mezclada con un infarto cerebral, le permitió descubrir que no es la misma persona tras tener una experiencia con psilocibina, pues esta invita al cambio y moviliza a la acción, donde el sujeto logra reevaluar su vida, cambiar la perspectiva y sanar de la manera más profunda.

Similar a lo experimentado por el sujeto A, el participante C considera que la experiencia más mística que ha vivenciado fue con la psilocibina, así como relata:

Bueno, en cuestión de la macro dosis fue la experiencia más trascendental y espiritual que yo haya tenido en la fucking vida parece, te dije al principio que yo era una persona completamente positivista, científicista, que no tenía conexión con su lado espiritual (...), y luego empiezo como a raíz de estas experiencias a darme cuenta de un montón de cosas y empiezo como a desarrollar esta parte espiritual, me empiezo a conectar más conmigo mismo, con mi entorno. (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024)

Luego de llevar una vida llena de escepticismo y de cierto el positivismo científico, el mundo de creencias de este individuo se ve en la obligación de reestructurarse luego de consumir una macro dosis de psilocibina, pues la experiencia trascendental que experimentó lo obligó a ver más allá de lo que sus ojos habían podido captar, sacudiendo su forma de ver y relacionarse con el mundo, derribando las barreras de su lógica y racionalidad. Lo cual lo llevó a reconsiderar la forma de relacionarse con el mundo y consigo mismo, a tener una conexión con su interior y le brindó una comprensión más completa de sí y de su entorno.

Por su parte, aunque la participante B no da detalles sobre sus experiencias con la psilocibina, relata que gracias a esta sustancia ha encontrado motivos para seguir viviendo. Tal como lo señala:

(...) Pues sí, en el momento en el que consumía los hongos era muy diferente porque pues no sé, a mí todo pues como que sentía muchas razones para seguir y pues como que aclaraba

mi mente, no pues es que yo estoy acá para vivir la experiencia yo. No sé, o sea, siento que los hongos como que, si me daban ganas de seguir experimentando cosas y de seguir acá, en cambio las pastillas eran como... o sea, no me daba nada. Era... sentía que no estaba agarrada de nada. En cambio, con los hongos siento que sí tengo mucho de qué agarrarme y por lo cual quedarme acá. (B, comunicación personal, 21 de febrero, 2024)

Aunque los psicofármacos recetados le otorgaban una solución superficial, no le brindaban nada más allá, en cambio, su experiencia con la psilocibina ha sido reveladora y transformadora, pues ha logrado ver una luz que ha disipado las sombras que su padecimiento le hacían ver, encontrando motivos para seguir viviendo, sentido y propósito. Además, gracias a esta vivencia ha podido recordar que está viva para experimentar, explorar y sentir, llenando su vida de posibilidades y conexiones. Ha logrado, gracias a su experiencia con la psilocibina, agarrarse de algo sólido para continuar adelante y la claridad mental que los fármacos nunca pudieron otorgarle.

Si bien las experiencias psicodélicas pueden llegar a ser aterradoras y dolorosas, también presentan una posibilidad para transformarse y renovarse, llevándonos a lugares donde descubrimos mayor comprensión y conexión con nosotros mismos, con los otros y con el mundo que nos rodea. El sujeto C, por ejemplo, menciona al respecto: “lo asocio mucho con ese estado de plenitud que le genera a uno la psilocibina” (C, comunicación personal, 15 de marzo, 2024). Dicho de otro modo, la psilocibina induce a estados alterados de conciencia en los que se producen cambios en la cognición a través de modificaciones temporales en las emociones, la auto percepción y los sentimientos que nos conectan con el mundo exterior (Barrera, 2016; Lorenzo, 2021; Tartakowsky, 2014).

En conclusión, los tres participantes de la investigación concuerdan en que la experiencia con la psilocibina como tratamiento alternativo para paliar los síntomas de la depresión, trajo consigo cambios significativos alrededor de su vida, por ejemplo, la creación de nuevos hábitos como la meditación, la práctica de yoga, el escribir sus pensamientos y sentimientos para una posterior retroalimentación por cuenta propia; asimismo, la transformación de conductas, verbigracia, ser conscientes de su alimentación; también, dio pie al origen de nuevas formas de relacionarse con sus emociones, como en el caso de los sujetos A y C, que comenzaron a asistir a

psicoterapia, y consecuente a ello, se responsabilizaron de lo que sentían y encontraron la manera de gestionar lo que les sucedía.

Se puede inferir entonces que esta sustancia permite la fragmentación de lo que se conoce socialmente como “ego” y genera una modificación en el estado de ánimo de los sujetos que la usan, mejorando la percepción de sí mismos y de la vida en general, logrando tener una visión "positiva" de lo que los rodea, disminuyendo significativamente la rumiación y la ideación suicida (Rincones et al, 2021). Cada participante con su manera particular de vivenciar e identificarse primero, con el diagnóstico de depresión, y después, con la sustancia alternativa, la psilocibina, lograron percibir desde diversas esferas de sus vidas, una transformación a nivel emocional y espiritual, en la que mencionan sentirse más cercanos con ellos mismos, refieren conocerse mejor mediante la construcción de un vínculo emocional en su interior que así lo permite.

Entonces, los sujetos que participaron en esta investigación, pasaron por un proceso de transformación de su subjetividad, que les permitió discernir sobre un sistema medicalizador que los encasillaba en una categoría patológica y que decretaba, a su vez, un tratamiento específico. Los participantes lograron distanciarse de este dispositivo y decidir por cuenta propia la forma en la que gestionarían su condición y la manera cómo manejarán su proceso de sanación, por ende, determinaron de manera independiente usar la psilocibina como tratamiento alternativo para los síntomas de la depresión.

## 7. Consideraciones finales

Teniendo en cuenta todos los aspectos analizados, se llega de manera puntual a tres conclusiones generales: los sujetos se desarrollan a sí mismos y en su entorno partiendo de lo que se conceptualizó como *diagnóstico-identidad*, haciendo alusión a los modos de ser en el mundo partiendo de una suerte de identificación con el diagnóstico de depresión. Por otro lado, el ser humano sitúa su experiencia partiendo de discursos proliferados y aceptados social y culturalmente, en este caso, el médico que, de la mano del fenómeno de medicalización, se toma como la matriz de conocimientos que posibilita, si se quiere, un piso de creencias, hábitos y prácticas que orientan la experiencia individual. Por último, deciden optar por un tratamiento con menos efectos secundarios y percibido como más eficaz para paliar su sintomatología, encontrando en la psilocibina otro modo de orientar su existencia y su experiencia, teniendo en cuenta que ésta no fue una cura como tal, sino que les permitió una especie de herramientas o modos de comprensión diferentes de su expresión sintomática.

A lo largo de la investigación se pudo evidenciar a partir de los relatos de los participantes cómo al estar inmersos dentro de un sistema de saberes, prácticas y valores comúnmente aceptados y proliferados culturalmente, van construyéndose como sujetos en un entorno social, por lo tanto, moldeando su experiencia. En este caso, por ejemplo, el modelo económico del capitalismo neoliberal que, de la mano de la medicina, conlleva formas de gobierno de la conducta que genera prácticas encaminadas en vía de la salud y la normalidad en términos de verdad que son validados y legitimados socialmente por su saber.

De este modo, se observó cómo los participantes de esta investigación recurren a saberes científicos con el fin de obtener una mejoría frente a las situaciones que vivencian, tal como lo es la sintomatología de la depresión, e incluso, los intentos e ideaciones suicidas. Es decir, en un primer momento los sujetos acuden a expertos buscando su bienestar, reduciendo el sufrimiento y el dolor que atraviesan, para recibir apoyo frente a diversas problemáticas emocionales y encontrar un tratamiento para su padecimiento. De este modo, terminan inscribiéndose a dichos saberes y, al estar inmersos en ellos, resultan respondiendo a los ideales y valores neoliberales de la época que demandan producción en beneficio de la economía y la industria. Optan por acudir a un profesional de la medicina en pro de ser productivos en su entorno social, laboral, relacional y personal, buscando una suerte de normalización de sus emociones, pensamientos y conductas, que en este

caso fueron posibilitadas en primera instancia y en un inicio por la farmacología y como consecuencia de la sintomatología de depresión. Se pudo evidenciar cómo estos sujetos fueron construyéndose a sí mismos, regulando y orientando su vida dentro de esta matriz medicalizadora que busca objetivar a las personas; esto, al ser un discurso de saber que se valida y, de manera autónoma, se toma como verdadero, va dotando de ciertos sentidos la experiencia humana, tejiendo así su subjetividad. Como se analizó, los sujetos orientan gran parte de su experiencia alrededor del diagnóstico de depresión y la sintomatología que genera, ubicándose dentro de los conocimientos de la ciencia médica y farmacológica y construyéndose a sí mismos a partir de ello.

Se evidenció también que no solamente la medicina y el fenómeno de medicalización, con sus dispositivos farmacológico, psiquiátrico y psicoterapéutico, van dando forma a los modos de comprender y de ubicarse en el mundo de los participantes, sino que el uso de la psilocibina les ayuda a la comprensión de su sintomatología y a encontrar modos diferentes de abordarla. Esto posibilitado por los efectos de la sustancia de estados alterados de conciencia, conexión consigo mismo y con sus emociones, accediendo a lugares de la mente que para ellos podrían resultar desconocidos. Resultándoles una sustancia eficaz para paliar su sintomatología, ya sea en macro o microdosis. Esto partiendo de la pregunta de investigación encaminada en la vía de comprender la experiencia que estos tienen en diferentes ámbitos de su vida que están permeados por el diagnóstico y por el tratamiento alternativo, también en lo relacionado con los procesos de subjetivación que les lleva a conformarse como sujetos en la época actual.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), la depresión representa un gran porcentaje de prevalencia en Colombia y que, en ocasiones, resulta hasta incapacitante por la sintomatología anímica que genera, llegando a considerarse incluso como “la enfermedad del siglo XXI”, producto de variables biológicas, contextuales, estructurales, genéticas y sociales. Se indagó respecto a cómo era que los sujetos experimentaban, por decirlo de alguna manera, esta afección anímica, corporal y conductual en su vida cotidiana, con el fin de alcanzar una comprensión que fuera más allá de los códigos y criterios diagnósticos establecidos en manuales legitimados como el DSM o el CIE y reconociendo las particularidades de cada caso. También, cómo el hecho de haber recibido una etiqueta diagnóstica de parte de un profesional que posee el saber y, por lo tanto, la verdad, va modificando sus prácticas cotidianas y su modo de ser en el mundo y en la sociedad. Y, finalmente, cómo se da el paso de un tratamiento psicofarmacológico tradicional a uno

considerado alternativo, en este caso, la psilocibina, componente psicodélico de algunas familias de hongos y qué implicación trae esto para la conformación de su subjetividad.

Así pues, como conclusiones, a lo largo de la investigación se evidenció la manera en la que los sujetos construyen su identidad alrededor del diagnóstico de depresión, lo que se conceptualizó en esta investigación como *diagnóstico-identidad* y, posteriormente del uso de la psilocibina como tratamiento alternativo. En un primer momento, posterior al diagnóstico que les asigna una autoridad médica, en este caso, un psiquiatra, los sujetos se reconocen y se auto perciben como “depresivos”, comienzan a experimentar cada aspecto de su vida desde este punto, justificando sus sentimientos de infelicidad, inconformidad y debido a la enfermedad. Se pone de manifiesto cómo el hecho de “padecer” depresión va transformando el sentido de realidad del sujeto volviéndose una parte activa de este que propicia que él mismo escape del dominio de sí a la vez que crea formas específicas de relacionarse puesto que experimentan formas diferentes respecto de aquellos que no la padecen. Entonces, el mundo clínico, medicalizado, comienza a permear su vida.

Después del proceso de psicofarmacologización y atravesar con ello una serie de efectos secundarios, descubren la psilocibina y, con ella, una forma diferente de subjetivación, puesto que reconstruyen su “yo” en torno al uso de la sustancia, se identifican con ella, la hacen parte de sí, le otorgan poder, la recomiendan a otras personas y la convierten así, en una suerte de dogma que posee una verdad acerca de la “cura” a la depresión. En este sentido, se evidencian nuevas formas de vida que se construyen en la base de la enfermedad y la sustancia utilizada terapéuticamente.

Lo cierto es que estos sujetos entrevistados han ido construyendo su experiencia de lo que es la depresión partiendo no solo de la matriz de la medicalización mencionada, sino también desde la relación que tejen con la psilocibina, que es la que, de una u otra manera y por una u otra vía de acción, permite paliar los síntomas y manejar las expresiones del trastorno de depresión, encontrándose en el análisis que hay una experiencia que resulta trascendental y espiritual para los participantes respecto también a los modos de comprensión de su diagnóstico.

Asimismo, en la revisión de material investigativo y académico para la escritura del marco teórico, no se encontraron artículos o investigaciones en los que la industria farmacéutica estén considerando aún hacer uso de la psilocibina para desarrollar medicamentos basados en esta sustancia. Sin embargo, debido al apogeo de los psicodélicos que hay actualmente y a la buena acogida que han tenido estos, en especial la psilocibina, se ha hecho común encontrar la psilocibina

en cápsulas mezclada con otras sustancias como melena de león, por ejemplo, por lo que es de esperarse que las grandes farmacéuticas se interesen y realicen investigaciones científicas con el fin de desarrollar fármacos compuestos por la sustancia. No obstante, cabe recalcar que en algunos países aún existen restricciones legales para la distribución y uso de la psilocibina, por lo que podría representar un obstáculo para su investigación y desarrollo comercial. En Colombia, por ejemplo, es penalizable el cultivo, la producción y la venta de algunos hongos psilocibios, aunque portarlos para uso personal está permitido. Igualmente, en países como Uruguay, España e Italia, se permite su uso personal, pero continúan siendo ilegales (Becerra et al., 2022).

Sin embargo, debido al potencial significativo que presenta la psilocibina como tratamiento para diversas afecciones mentales, es posible que las farmacéuticas hagan estudios clínicos para evaluar la seguridad y eficacia de ésta, y para crear nuevas patentes y métodos de usar la psilocibina. Lo que conllevaría, probablemente, a cambios en el estatus legal de estos hongos en cuanto a políticas públicas y leyes sobre las drogas en los países en los que aún existen restricciones frente a la psilocibina. Por lo anterior, resultaría interesante ahondar en posteriores investigaciones sobre los motivos por los que hasta ahora no ha habido un interés notable por parte de las farmacéuticas para sintetizar la psilocibina con el fin de desarrollar fármacos para tratar diversas afecciones mentales, aun cuando se han evidenciado sus beneficios y su potencial como tratamiento.

Además, resultaría interesante preguntarnos qué pasaría en caso de que, en efecto, las industrias farmacéuticas acogieran la psilocibina como tratamiento para la depresión y comenzara a prescribirse la sustancia, posterior al diagnóstico del trastorno del estado de ánimo, con método para erradicar la sintomatología, debido a los estigmas y prejuicios que se presentan frente a la sustancia pero que al ser validada por científicos, podría atraer otra perspectiva; y por otro lado, sobre los posibles beneficios que traería para las personas que padecen de alguna afección mental y que aún no conocen la psilocibina. Asimismo, que implicaciones tendría, por ejemplo, a nivel económico, puesto que por lo que se puede inferir según las entrevistas de los participantes que la usaron, es que, gracias a ella, lograron desarrollar habilidades que les permitió sobrellevar los síntomas de la depresión y alcanzaron un estilo de vida en el que se sentían "normales" o al menos semejantes al resto de individuos que los rodean. Es decir, pareciese que al sistema medicalizador no le interesase validar la psilocibina y utilizarla, dado que podría verse afectado su poderío y control sobre los individuos, es como si de una forma u otra quisiera que las personas siguieran

enfermas porque en último término es esto, el vender medicamentos eternamente, lo que los lucra. Sin embargo, esto resulta paradójico precisamente, porque, aunque no se encontraron evidencias sobre el interés de las industrias farmacéuticas frente a la psilocibina, pareciera que el sistema medicalizador en cierta medida, acogiera esta sustancia como tratamiento alternativo para paliar los síntomas de la depresión, puesto que existen investigaciones científicas y académicas al respecto. Asimismo, se encontró evidencia de protocolos de microdosificación para la eliminación de la sintomatología depresiva. Sin embargo, aún se queda corto en cuanto al completo aval médico para dicho proceso, dado que todavía se encuentra en torno a la sustancia sesgos y prejuicios colectivos que no permiten un avance significativo en cuanto a su uso y formas de acceso, por ello, se encuentra en construcción el argumento de la captura de este medio por el fenómeno médico y de medicalización.

En esta misma vía, hay que tener en cuenta que la psilocibina ha sido objeto de diversos estudios en diferentes países respecto a sus propiedades como posible tratamiento alternativo para algunas afecciones psicológicas como adicciones, ansiedad y trastornos del estado de ánimo, llegando a ser, incluso, una herramienta de apoyo para terapeutas y psiquiatras como se pudo evidenciar en la investigación. Debido a ello, se hace necesario hacer una acotación respecto a los niveles de legitimidad que poseen los discursos que comienzan a posicionarse como verdades que proliferan y validan los modos de hacer uso de esta sustancia. Esto debido a la utilización de libros y protocolos que apareció en dos de los sujetos participantes que, de una u otra manera, les indica cómo deben dosificar la psilocibina y cómo deben guiar el tratamiento con esta. Y con ello, modificando y moldeando así la conducta de los sujetos, sus hábitos y formas de existir en el mundo, dando lugar a configuraciones de subjetividad singulares que se compaginan con la realidad política y económica de la sociedad.

En este sentido, dichos discursos y prácticas se van estableciendo como tecnologías y modos de gobierno que orientan la conducta de las personas. Si bien lo hacen en pro de un beneficio para quienes hagan uso de estos protocolos, al no contar con niveles de legitimidad totalmente óptimos y comprobados, no podría hablarse, por ejemplo, de reducción o prevención de daños y riesgos, ya que esta sustancia no deja de ser un elemento, aunque natural, aún psicodélico, e incluso alucinógeno. Por tanto, resulta modificante de estados de conciencia que podrían conllevar a alteraciones a nivel químico, psicológico, comportamental, entre otros que sería conveniente seguir

estudiando para posibilitar un cuerpo teórico, explicativo, epistemológico y aplicativo más grueso que valide su uso y sus conocimientos.

En este punto se hace necesario resaltar que, si bien la psilocibina como tratamiento alternativo y el fenómeno de la medicalización (resultante de la ciencia médica y de la mano del sistema neoliberal de la sociedad), pueden entenderse como modos de gobierno que producen subjetividades específicas, gestando procesos de decisión criteriosos, reflexivos y de autonomía que hace que los individuos tomen un camino y no otro para orientar su existencia partiendo de un ejercicio de libertad, el uso de los protocolos va haciendo que esta alternativa sea parte de la medicalización al ofrecer una especie de solución a algunos malestares que aquejan a los sujetos, en este caso, la depresión. Esto se entiende al observar que con esto se busca garantizar la salud y el bienestar de los individuos que hacen uso de ello (la psilocibina y los protocolos de administración) partiendo de una suerte de acto médico al usar el registro de datos, la comparación sintomática, el estar observando y registrando la conducta. Esto va tomando la forma de una autoridad que va gobernando la conducta del individuo en pro de recuperar la normalidad y la productividad partiendo de la premisa de la salud.

Se pudo evidenciar, además, cómo es que estas personas se alejan ciertamente del modelo psicofarmacológico, por ejemplo, debido a los efectos secundarios de los medicamentos usados para el tratamiento de la depresión, generando así trabas en la adherencia al tratamiento y, como consecuencia también, de unas lógicas institucionales de la industria de la salud que, en el caso de Colombia, conlleva a dificultades en el acceso a servicios médicos. Termina resultando más fácil, si se quiere, acceder a una sustancia que puede ser incluso autocultivada y, por lo tanto, autoadministrada, sin tener que recurrir a terceros y a trámites administrativos. Sin olvidar lo que se ha mencionado respecto al uso de protocolos que guían dicho proceso y que lo vuelve algo, de nuevo, medicalizado al pretender generar modos objetivos y universales de proceder y con la finalidad de generar bienestar y una normalidad a la que puede retornar el yo posibilitada por el uso de la sustancia.

Ahora bien, en lo que respecta a las dificultades que se presentaron en esta investigación, una de ellas fue el reclutamiento de participantes, ya que, debido a los criterios de inclusión, se dificultó encontrar más participantes que cumplieran con ellos, porque es muy común que el consumo de psilocibina sea con fines recreativos o espirituales y no únicamente terapéuticos, además de ser usada por personas que no han sido diagnosticadas con ningún trastorno del estado

de ánimo. Por otro lado, no se realizó la entrevista de profundización con la participante B por temas de disponibilidad de agenda, por lo que hubo información que no se logró extender o aclarar en este sujeto específico.

Se logró entonces resolver la pregunta de investigación y los objetivos planteados al inicio de la misma respecto a describir y comprender la experiencia de los sujetos con relación al diagnóstico de depresión y a la decisión de estos de hacer un cambio farmacológico, porque la psilocibina, finalmente, es una sustancia que cuenta con estudios referentes a su historia, propiedades, mecanismos de acción, uso terapéutico, entre otras actividades biológicas y las aplicaciones clínicas que son utilizadas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones como la depresión y el alivio o la paliación de sus síntomas. Se pudo entonces hacer interpretaciones y análisis de las experiencias subjetivas de los participantes y cómo van tejiendo su subjetividad a partir de dos vivencias esenciales para la investigación: el ser diagnosticado y hacer uso de la psilocibina para paliar su sintomatología, provocando así discursos identitarios relacionados.

Para culminar y grosso modo, se evidenció cómo a partir de discursos y saberes proliferados social y culturalmente, la medicina, la depresión y la psilocibina en este caso, se construyen o fabrican sujetos en la medida en que estos permean tanto el cuerpo, como la mente y lo moral, incluso lo ético. Ello en función de normalizar y corregir el cuerpo (y lo que subyace a este) a través de sustancias (psicofármacos o psilocibina), etiquetas, protocolos, tratamientos, etc., que se posicionan por la vía del poder otorgado en gran medida por el saber. Se vio cómo los sujetos se van identificando con el diagnóstico otorgado por una autoridad, llegando a ubicarse y referirse a sí mismos en términos diagnóstico de depresión. Dichas discursividades se configuran, si se quiere, como el arma o el medio por el cual se logra la construcción y articulación de subjetividades en la época actual bajo los mandatos o las prescripciones de las relaciones sociales que se tejen tanto entre sujetos como con las diferentes instituciones y dispositivos que procuran la (auto) observación y la corrección de conductas, pensamientos, emociones y relaciones. Todo esto fue posibilitado por el deseo de los sujetos de alcanzar el bienestar, la tranquilidad, la normalidad y la productividad, evidenciando que la inquietud y el cuidado de sí resultaron en emprender acciones que transformaron sus estilos de vida y formas de ser en el mundo.

## Referencias

- Acosta Herrera, D. A. (2020). *Psilocibina como tratamiento para el trastorno de depresión mayor*. [Tesis de pregrado, Universidad de los Andes] Repositorio Universidad de los Andes.
- Aguirre Baztán, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 563-601.
- Amada, N., Jungaberle, H., Scheke, H. y Klein, M. (2020). Microdosing psychedelics: motivations, subjective effects and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 75.
- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
- Apud, I. (2010). El moderno Prometeo. Cuestiones éticas y epistémicas en torno a la construcción del cuerpo humano como objeto de estudio y su relación con la psiquiatría y la psicofarmacología. *Eä Journal*, 2(1), 1-21.
- Aquino, A. (2013). La subjetividad a debate. *Sociológica*, 29(80), 259-278.
- Aragonès, E., Piñol, J. y Labad, A. (2008). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 41(10), 545-551.
- Barrera Herrera, J. (2016). *Conciencia, enteógenos y psilocibina*. [Tesis de pregrado, Universidad de Pamplona]. Archivo digital. <https://tinyurl.com/jvk35kf5>
- Bedoya-Hernández, M. y Caponi, S. (2021). Monográfico psicociencias y procesos de subjetivación. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(2), 1-8.
- Bedoya-Hernández, M. y Castrillón-Aldana, A. (2018). Psicociencias y gobierno de la subjetividad. *Iatreia*, 31(1), 18-28.
- Bedoya Hernández, M. (2018). *La gestión de sí mismo. Ética y subjetivación en el neoliberalismo*. (1ra edición). Editorial Universidad de Antioquia.
- Becerra Domínguez, C., Bernal Hernández, D y Rodríguez Muñoz, T. (2022). *Comercialización de Psilocibe Cubensis como una alternativa medicinal*. [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia.
- Béjar Merino, H. (2011). Cultura psicoterapéutica y autoayuda. El código psicológico-positivo. *Papers: Revista de Sociología*, 96(2), 341-360.
- Beller, W. (2012). Teorías en tensión: Sujeto y subjetividad. Reencuentro. *Análisis de Problemas Universitarios*, (65), 30-37.
- Benavides, P. (2018). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, 105, 171-188.
- Benedí, J. y Romero, C. (2005). Antidepresivos. *Farmacia profesional*, 19(10), 76-81.
- Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)* 6(2), 113-116.

- Bielli, A. y Bacci, P. (2018). Monográfico “Psicofármacos y saberes psicológicos: tensiones y debates”. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8(2), 1-6.
- Bonil Romero, I. (2021). *Cansancio del alma: Experiencias personales entorno a la depresión* [Monografía para optar por el título de Antropóloga, Universidad de Los Andes]. Séneca. Repositorio institucional Universidad de Los Andes.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305.
- Bru, G. (2016). Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental. *Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*, 8(21).
- Caponi, S. (2021). Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 28(3), 661-683.
- Caponi, S. (2012). Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. INTERthesis: *Revista Internacional Interdisciplinar*, 9(2), 101-122.
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, 13(29), 327-338.
- Castillo Parada, T. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 14(3), 513-529.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, (11), 73-114.
- Cerecedo Pérez, M. J., Tovar Bobo, M. y Rozadilla Arias, A. (2013a). Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.». *Atención Primaria*, 45(8), 434-438.
- Cerecedo Pérez, M. J., Tovar Bobo, M. y Rozadilla Arias, A. (2013b). Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Atención Primaria*, 45(10), 536-540.
- Chabla Espinales, M. A., y Ponce Alencastro, J. A. (2022). Bases neurobiológicas y psicofarmacología de la depresión: revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 4(3), 524–536.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). (2019). <https://tinyurl.com/y4rzmekk>
- Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación. <http://psiqu.com/1-6035>
- Colombia. Congreso de la República. (2006). Ley 1090 del 2006. (6 de septiembre). por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario oficial No 46. 383.

- Colombia. Congreso de la República. (1993). Ley 8430 de 1993. (4 de octubre). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario oficial.
- Colombia. Congreso de la República. (2013). Ley 1616 del 2013. (21 de enero). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario oficial.
- Correa Arango, L. (2024). *Estigma social y uso de psicodélicos en Medellín, Colombia*. [Tesis de maestría, Universidad de Caldas]. Repositorio digital Universidad de Caldas.
- Cruzblanca Hernández, H., Lupercio Coronel, P., Collas Aguilar, J., y Castro Rodríguez, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90.
- Deleuze, G. (2015). *La subjetivación. Curso sobre Foucault. Tomo III*. (1ra edición). Editorial Cactus.
- Doron, C. (2015). El surgimiento del concepto “salud mental” entre 1940 y 1970: génesis de una psicopolítica. *Pratiques en santé mentale* (1), 3-16.
- Durán, M. M. (2012). El estudio de caso en la investigación cualitativa. *Revista Nacional de Administración*, 3(1), 121-134.
- Estebas Armas, C. y Vicente Romero, J. (dir.). (2020). *Psilocibina: revisión farmacológica y potencial uso clínico*. [Tesis de pregrado, Universidad Zaragoza]. Archivo digital. <https://tinyurl.com/3um2zdh7>
- Estrada Mesa, D. A. (2015). La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michael Foucault. *Escritos*, 23(51), 331-355.
- Fajardo Zapata, A. L. (2018). Consumo de psicofármacos en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia): una nueva realidad. *Archivos de Medicina (Col)*, 18(2), 404-412.
- Ferré-Grau, C., Rodero Sánchez, V., Cid Buera, D. & Vives Relats, C. (2008). El relato de la experiencia depresiva: Aplicando los factores cuidadosos de Jean Watson. *Index de Enfermería*, 17(1), 22-24.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata, S. L.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud (OPS)*, 10(2), 152-169.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico* (1a. ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Fondo de Cultura Económica.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.

- Fuster Sánchez, N. (2012). La ciudad medicalizada. Michel Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. *Contextos*, (28), 69-82.
- García, G & De Castro, A. (2008). La psicopatología como máscara de la existencia. *Universitas Psychologica*, 7(2), 585-600.
- García Neme, D. (2017). *Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos* [Trabajo de grado, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional E-docUR. [https://doi.org/10.48713/10336\\_18022](https://doi.org/10.48713/10336_18022)
- Gaviria García, J. R., Martínez Dominguez, J. I., Martínez Sánchez, L. M., Ospina Sánchez, J. P. y Urrego Vázquez, A. (2017). Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. *Archivos de Medicina (Colombia)*, 17(1), 150-159.
- Gil, R. (2018). Hacia una construcción del sujeto en Michael Foucault. *Revista Universidad de Costa Rica*, 13(1), 9-26.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores.
- Gómez, D. (2004). Medicina y Subjetividad. La apropiación del cuerpo humano por parte de la medicina moderna. Una lectura desde los textos de Michel Foucault. VI Jornadas de Sociología, Buenos Aires, Argentina. <https://tinyurl.com/rfcs2vmk>
- Gómez Esteban, R. (2022). La medicalización del sufrimiento subjetivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(142), 99-108.
- Gómez, N. S. (2022). Subjetividad(es): los procesos de individuación en la matriz moderna. En M. S., Martins y N. S., Gómez. (Eds.). *Transformaciones Culturales y Educación: Cultura, cuerpo y subjetividad* (pp. 26-29). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- González, J. y Bañón, S. (2019). La psilocibina en el tratamiento de la depresión resistente. *Interpsiquis*. XX congreso virtual internacional de psiquiatría, psicología y salud mental.
- González Rey, L. F. (2007). Posmodernidad y subjetividad: distorsiones y mitos. *Revista de Ciencias Humanas UTP*, (37), 7-26.
- González, T. y Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Investigación*, (45), 1-10.
- Guerra M., David E. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 131-141.
- Grippaldi, E. (2021). «¿Por qué a mí?» narrativas del origen de la depresión en usuarios de servicios de salud mental. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (60), 239-267.
- Guimarães dos Santos, R. & Cecilio Hallak, J. E. (2020). Therapeutic use of serotonergic hallucinogens: A review of the evidence and of the biological and psychological mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 108, 423-434.

- Hanna Lavalley, M. I., Fuentes Fabra, E. y Arrazola, J. (2022). Análisis de estudios sobre psicofármacos en una IPS del departamento de Córdoba 2012-2020. *NOVA*, 20(38), 53-63.
- Hernández, M., De la Torre, J., Espinosa, M., Lara, B. y Gutiérrez, S. (2016). El concepto de salud mental desde la visión del Estado Mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*, 37, 89-93.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.
- Kargbo, R. B. (2020). Psilocybin Therapeutic Research: The Present and Future Paradigm. *ACS Medicinal Chemistry Letters*, 11(4), 399-402.
- Korman, P. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Laplacette, G. y Vignau, L. (2008). Medicalización de la salud. En A. Carnellotto y E. Luchtenberg (Eds.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión* (pp. 48-77).
- Lea, T., Amada, N., Jungaberle, H., Shecke, H., & Klein, M. (2020). Microdosing psychedelics: Motivations, subjective effects and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 75, 1-9.
- Leonard, J. (2021). *Disonancia cognitiva: definición, efectos y ejemplos*. Medical News Today.
- Loaiza Marín, N. (2022). *Resignificación de la vivencia subjetiva de personas con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada como aporte para un proceso de intervención psicoterapéutica integral* [Trabajo de grado presentado para optar por el título de psicóloga, Universidad de Antioquia]. Archivo digital. <https://tinyurl.com/4abwkts7>
- López Celis, A. S. (2021). *Revisión bibliográfica sobre alternativas terapéuticas para el tratamiento de la depresión*. [Monografía de grado, Corporación Tecnológica de Bogotá]. Repositorio Institucional UDCA. <https://tinyurl.com/yzh66pnc>
- López-Muñoz, F., Alamo, C. y Cuenca, E. (2000). La “década de oro” de la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. *psiquiatria.com* 4(3).
- Lorenzo Chapatte, G. (2021). *Potencial de los psicodélicos como nuevos fármacos antidepresivos*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad de Cantabria]. Repositorio Unican. <https://tinyurl.com/3k9d6hjs>
- Machado, L. V. y Ramires Ferreira, Rodrigo. (2014). A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 135-144.
- Martínez Oró, D. P, Apud, I, Scuro, J & Romaní, O. (2020). La funcionalidad política de la “ciencia” prohibicionista: El caso del cannabis y los psicodélicos. *Salud Colectiva*, (16), 1-17.

- Martínez Palomino, D. y Bolaños Sierra, L. A. (2023). *Evaluación de la adherencia al tratamiento con fármacos antidepresivos en jóvenes de una localidad de Bogotá D.C durante el periodo 2020-2023*. [Trabajo de grado, Universidad El Bosque]. Repositorio Universidad El Bosque. <https://tinyurl.com/ys8m2ayh>
- Márquez Valderrama, J. y Ortiz Lopera, W. D. (2022). Caponi, Sandra. Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. *Historia y Memoria*, (25), 397-404.
- Martín Cardenal, N. (2022). Tratamiento farmacológico del trastorno depresivo mayor en adultos. *MPG Journal*, 4(53), 1-7.
- Martínez-González, A. B. (2015). Los saberes que han sido subordinados en la salud. *Revista CONAMED*, 20(1), 32-37.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de abril de 2017). *Depresión: hablemos*.
- Molina, J., Wilches, J., Montoya, J. y Benítez, M. (2012) *Principios básicos sobre el cultivo de hongo comestible*. [Universidad Autónoma de Occidente]. Archivo digital. <https://tinyurl.com/ybssn972>
- Monterde Fuertes, A. (2022). Disease mongering y la epidemia de la depresión: una revisión histórica del desarrollo del tratamiento psiquiátrico de la depresión y su relación con el proceso de promoción de enfermedades. *Eikasía Revista De Filosofía*, (107), 57-92.
- Morales C, J. T. (2011). Fenomenología y Hermenéutica como Epistemología de la Investigación. *Paradigma*, 32(2), 007-022.
- Murguía, A., Ordorika, T. y Lendo, L. F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(3), 635-651.
- National Institute on Drug Abuse (NIH). (2023, Abril). *Drogas psicodélicas y disociativas*. NIDA. NIH.
- Observatorio de Bioética, UCV. (2023). *Cerca de 800.000 personas se suicidan anualmente en todo el mundo*. <https://tinyurl.com/2p9njy7t>
- Ona, G. & Bouso, J. C. (2020). Potential safety, benefits, and influence of the placebo effect in microdosing psychedelic drugs: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 119, 194-203.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de marzo de 2023). *Depresión*.
- Pacheco, L., Padró, D., Dávila, W., Álvarez, S., Gómez, P. (2015). Apuntes Históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de Salud Mental*, 13(53), 83-92.
- Pastor, J. y Ovejero, A. (2009). Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de historia de la psicología*, 30(2-3), 293-299.
- Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 7-16.

- Pinafi, T. (2013). Malestar y Psicofármacos: dependencia en la posmodernidad. *Nómadas*, (39), 79-89.
- Pérez, V., Speranza, N., Tamosiunas, J. y Ormaechea G. (2016). Perfil de riesgo de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(3), 25-33.
- Porley Silva, J. (2022). *Psilocibina en psicoterapia: antecedentes, actualidad y oportunidades*. [Monografía de pregrado, Universidad de la República (Uruguay)]. Archivo digital. <https://tinyurl.com/3exue9xy>
- Principios éticos de los psicólogos y código de conducta, American Psychological Association (APA) 2010.
- Ravanal, M. de la. y Aurenque Stephan, D. (2018). Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault. *Tópicos (México)*, (55), 407-437.
- Rifkin, B. D., Maraver, M. J., & Colzato, L. S. (2020). Microdosing psychedelics as cognitive and emotional enhancers. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 7(3), 316–329.
- Rincones, J, Grisales, J, Irán, S y Córdoba, M. (2021). *Psicodélicos en el Tratamiento de la Depresión: una Revisión Sobre Eficacia y Seguridad*. [Tesis de pregrado, Universidad CES] Redices. <https://tinyurl.com/y6rh92w6>
- Roda, Rivera, C. (2020). Monoaminas: qué son y funciones. La mente es maravillosa. <https://tinyurl.com/2um8ppax>
- Rodríguez Mora, P. V. (2023). ‘Malviajarse’: ¿qué es y cómo se siente? *El Tiempo*. <https://tinyurl.com/tvw67f8p>
- Rojas-Bernal, L. A., Castaño-Pérez, G. A., Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES*, 32(2), 129-140.
- Rojas Estupiñán, D. (2020, 9 de septiembre). Micro-dosificación, reducción de riesgos y daños en consumo de LSD y psilocibina. Échele Cabeza. <https://tinyurl.com/ycyzehbv>
- Rojas Giraldo, E.M., Aristizábal Agudelo, L y Babilonia Negrete, V. (2014). Alcance del concepto del médico tratante en las acciones de tutela para proteger el derecho al diagnóstico. *Revista CES Derecho*, 5(2), 197-219.
- Rose, N. (1990). Introducción. El Gobierno del Alma. *La Formación del Yo (Self) privado*. <https://tinyurl.com/2xtvk4hw>
- Rubio, R. (2015). La subjetividad al olvido: una mirada crítica sobre las prácticas diagnosticistas y las estrategias de medicalización en el campo de la salud mental. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. <https://www.academica.org/000-079/271>
- Sánchez, M. y Llobet, S. (2016). *Consideraciones éticas en investigaciones psicológicas con diseño de estudios de casos*. [Acta académica]. VIII Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología. XXIII Jornadas de investigación, XII Encuentro de

- investigadores en psicología del MERCOSUR. URL <https://www.aacademica.org/000-044/54.pdf>
- Sanz, J y Velásquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En C. Sánchez (Ed.). Manual de Psicopatología, Volumen II (271- 298) McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A.U.
- Serrano, D. (2009). La psilocibina: perspectiva histórica y farmacológica e investigaciones actuales autorizadas. *Cultura y droga*, 14(16), 165-188.
- Serrano Miguel, M. (2014). "GRUP DE PENSADORS": Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 507-519. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n123/original4.pdf>
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 23(101), 57-67.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (Ed.), *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios*. (pp. 121- 146). Paidós.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En Lerner, H. (Ed.), *Los sufrimientos: 10 psicoanalistas 10 enfoques* (pp. 211-239). Psicolibro Ediciones.
- Tartakowsky López, I. (2014). *Psicoterapia asiática con LSD, psilocibina y MDMA. Descripciones realizadas por los terapeutas en torno a los procesos clínicos*. [Tesis de maestría, Universidad de Chile]. Archivo digital. <https://tinyurl.com/fabmwxuf>
- Torales, J. y Arce, A. (2017). Principios de Psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*, 1(1), 54-99.
- Toledo, M., Almada, R., y Villalba, L. (2018). Paradigmas psiquiátricos y psicofarmacología. ¿Relevancia del órgano-dinamismo de Henry Ey? *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 176-191.
- Vásquez, D., Altimir, C., Ocampo Lopera, D. M., Reinel Pineda, M., Espinosa, H-D., Mesa, C., Montenegro, C.R., Fernández González, O.M. y Krause, M. (2020). Del malestar a la depresión: dinámicas en la construcción del significado personal de la experiencia de la depresión. *Revista CES Psico*, 13(3), 142-161
- Velásquez, C y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En C. Sánchez (Ed.). Manual de Psicopatología, Volumen II (233- 269) McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A.U.
- Vergel Hernández, J y Barrera Robledo, M. E. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), 85-91.
- Vier Machado, L. y Ramires Ferreira, R. (2014). A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 135-144.

Vilela Manyari, M., Martínez Salinas, I., Andrade-González, N. y Lahera, G. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: comparación entre las principales Guías de Práctica Clínica. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 2(1), 72-84.

Villalpando Infante, G, A. (2019). *Depresión y Melancolía: un análisis desde la teoría crítica*. Reflexiones marginales. <https://tinyurl.com/bdeupbvb>

## Anexos

Los siguientes anexos contienen documentos de interés para el proceso de trabajo de grado, así como trucos y recomendaciones que surgen constantemente en la elaboración de un documento en Word.

### Anexo 1. Guía de entrevista de profundización

Después de tener un encuentro informativo con los participantes de la investigación para explicarles las motivaciones, las preguntas, el consentimiento y el modo de proceder durante la entrevista propiamente dicha. Se realizó un diseño que va dividido por tópicos así:

#### Experiencia medicalizadora y de la vivencia del trastorno

- ¿Cuál ha sido su experiencia teniendo depresión?
- ¿Considera usted que el ser diagnosticado con depresión ha tenido efectos en su vida cotidiana? ¿Cuáles?
- ¿Cuándo fue diagnosticado?, ¿Cómo fue obtener el diagnóstico?
- ¿Qué percibe en su vida antes y después de ser diagnosticado?
- ¿Cuándo fue la primera vez que presentó síntomas?, ¿Cuáles fueron?, ¿Cuál es el más recurrente?

#### Tratamiento psicofarmacológico

- ¿Qué medicamentos le recetaron?
- ¿Cómo trataba sus síntomas antes de ser medicado?
- ¿Cómo fue ser medicado?
- ¿Qué sentía con la medicación? (efectos secundarios/efectividad)
- ¿Cómo ha influido el tratamiento farmacológico respecto a los síntomas?

- ¿Por qué decidió no continuar con la medicación?

#### Uso de la psilocibina como tratamiento alternativo

- ¿Cómo se enteró de los beneficios de la psilocibina para manejar los síntomas de depresión?
- ¿Por qué decidió optar por un tratamiento alternativo?
- ¿Cómo fue que decidió acercarse al uso terapéutico de la psilocibina?
- ¿Qué siente con el uso de la psilocibina? (efectos secundarios y efectividad)
- ¿Qué diferencias encuentra en cuanto al uso de medicamentos psiquiátricos y la psilocibina? (mejora sintomatológica)
- ¿Cómo administra la dosis de psilocibina?, ¿Cómo es el medio por el cual la consigue? (Autogestionado)
- ¿Combina la psilocibina con psicofármacos y/o psicoterapia?
- ¿El uso de la psilocibina ha sido terapéutico?
- ¿Qué es lo terapéutico para usted?
- ¿Hay síntomas que no ha logrado controlar y/o mejorar con el uso de psilocibina?

#### Posibles estigmas asociados

- ¿Se ha sentido aislado o incluido por sufrir de depresión?, ¿Se ha sentido aislado o incluido por usar psilocibina?

### **Anexo 2. Guía de entrevista de profundización: experiencia subjetiva de personas que usan la psilocibina para el manejo de sus síntomas**

La idea de esta entrevista es poder ampliar temas que no se lograron abordar en la primera entrevista detalladamente sobre algunos temas puntuales que surgieron del análisis de la primera entrevista y que parecieron importantes para los propósitos de esta investigación.

- Por qué la decisión de acudir a un psiquiatra y no a otro profesional
- ¿Qué significó que un profesional/experto en el área médica le haya diagnosticado con depresión?
- ¿Qué significó acudir a un profesional del área médica en búsqueda de ayuda? / ¿Por qué decidiste ir a un psiquiatra en primer momento?
- ¿Qué estaba esperando/qué expectativas tenía al acudir a un profesional de la salud debido a su sintomatología?
- ¿Qué significa encontrar por tus propios medios (ir al bosque/cultivar) la medicina?
- ¿Qué significó haber dejado de usar psicofármacos?
- ¿Cuáles fueron los medios que utilizó para obtener información acerca de la psilocibina?
- ¿Cómo te percibes después del diagnóstico? (normalidad)
- ¿Por qué la psilocibina y no otra cosa?
- ¿Qué significa sanarse? (“ya no tener depresión”)
- Antes de ser diagnosticada, ¿qué explicación le dabas a lo que te estaba sucediendo? (el insomnio...)
- ¿Cuáles fueron las expectativas que tenías frente al tratamiento farmacológico?

### **Anexo 3. Consentimiento informado para el desarrollo de la investigación:**

#### **“Procesos de subjetivación tejidos a partir del diagnóstico de depresión y del uso de psilocibina como tratamiento alternativo”**

**Investigadores:** M. Camila Bueno Pineda, Laura Gutiérrez Acevedo y Karen N. Tabares Quintero.

**Contacto:** maria.bueno@udea.edu.co, laura.gutierrez5@udea.edu.co y karen.tabaresq@udea.edu.co

## **Título del Proyecto: Procesos de subjetivación tejidos a partir del diagnóstico de depresión y del uso de psilocibina como tratamiento alternativo**

### **INTRODUCCIÓN**

A usted señor(a)..... lo invitamos a participar de la investigación “experiencia subjetiva en personas con diagnóstico de depresión que usan la psilocibina para el manejo de sus síntomas”.

Queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento académico.
- Usted no recibirá ningún beneficio económico del estudio actual.

### **1. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Antes de cualquier decisión de participación, por favor tómese el tiempo para leer este documento y de ser necesario preguntar, averiguar y discutir todos los aspectos relacionados de este estudio con el investigador o con cualquier persona que usted considere necesaria.

### **2. PROPÓSITO**

El objetivo de esta investigación es conocer y comprender cómo es la experiencia de las personas que tienen un diagnóstico de depresión desde hace mínimo 12 meses y que han decidido usar la psilocibina para manejar o paliar sus síntomas.

### **3. PROCEDIMIENTO**

Si accede a participar en esta investigación será citada a entrevistas individuales con el objetivo de recolectar información que permita develar los significados atribuidos a su vivencia personal. Al finalizar la investigación podrá obtener retroalimentación a partir de los resultados.

### **4. INCONVENIENTES Y RIESGOS**

Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico ni moral.

Por la naturaleza de los temas que se tratan y se indagan, puede haber reacciones emocionales que quizá ameriten ser contenidos. Si usted considera que se pone en riesgo su integridad, podrá expresarlo a los investigadores o quien crea necesario.

Usted podrá ausentarse si por cualquier razón no puede participar de las sesiones de entrevista o demás actividades de la investigación. Le solicitamos que se comunique a tiempo con los investigadores para programar un nuevo encuentro.

## **5. RESERVA DE LA INFORMACIÓN Y SECRETO**

Las entrevistas están diseñadas para identificar aspectos personales de su experiencia, garantizándose su derecho a la intimidad, manejando esta información a nivel confidencial. Los encuentros serán grabados y transcritos, y únicamente los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a su información personal.

Nunca se publicarán ni se divulgarán a través de ningún medio los datos personales de quienes participen en esta investigación.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Después de haber leído y comprendido toda información contenida en este documento con relación a la investigación “Experiencia subjetiva en personas con diagnóstico de depresión que usan psilocibina para el manejo de sus síntomas”, y de haber recibido del(los/las) investigador(es/as) Camila Bueno Pineda, Laura Gutiérrez Acevedo y Karen Tabares Quintero explicaciones verbales sobre ella y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que yo

\_\_\_\_\_ he resuelto participar en la misma. Además, expresamente autorizo al investigador para utilizar los resultados de esta propuesta en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del(los/las) investigador(es/as), y un testigo, en el Municipio de Medellín el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**Nombre, firma y documento de identidad del participante****Nombre:** \_\_\_\_\_**Firma:** \_\_\_\_\_**Cédula de ciudadanía** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_**Nombre, firma y documento de identidad del investigador****Nombre:** \_\_\_\_\_**Firma:** \_\_\_\_\_**Cédula de ciudadanía** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_**Nombre, firma y documento de identidad del testigo****Nombre:** \_\_\_\_\_**Firma:** \_\_\_\_\_**Cédula de ciudadanía** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_**CONSENTIMIENTO INFORMADO INVESTIGACIÓN:**

“Experiencia subjetiva en personas con diagnóstico de depresión que usan psilocibina ocasional para el manejo de sus síntomas”

He sido informada ampliamente de los objetivos de esta investigación y acepto participar en ella de la siguiente manera:

1. Compartiendo las experiencias personales con sinceridad y espontaneidad en las diferentes entrevistas.

2. Acepto que los resultados de la investigación sean utilizados en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato mi identidad.

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.

He sido informada sobre las incomodidades que se pueden presentar en esta investigación, tales como:

1. Pueden existir preguntas que me molesten o me incomoden o causen vergüenza, las cuales no estaré obligada a responder o puedo solicitar que me las expliquen.
2. Puedo retirarme de la investigación cuando lo desee.
3. Todos los encuentros que surjan con fines de la investigación serán de carácter gratuito.

---

**Participante**

---

**Coordinador de la Investigación**