



Hablemos de Gabriel Blanco

Universidad Nacional Experimental “Simón
Rodríguez” (UNESR)
Distrito Capital, Venezuela

Ingeniero en Telecomunicaciones por la UCAB e Ingeniero en Redes por la UNESR. Cuenta con una sólida especialización técnica en telemática, seguridad tecnológica e infraestructura IP/MPLS, respaldada por certificaciones internacionales en tecnologías Cisco, Huawei y Mikrotik. Su trayectoria profesional incluye roles estratégicos en empresas como CANTV, MDS Telecom y Digitel, donde ha liderado proyectos de monitoreo de plataformas, despliegue de fibra óptica (FTTH) y gestión de redes móviles de transporte de datos a escala nacional.

Como citar Este artículo

Blanco, G. (2024) Cuando el cuerpo habla lo que el sistema calla: Salud mental, resistencia cotidiana y transformación personal desde la experiencia vivida del trastorno de ansiedad. Revista Transformar (1) p. 331-350.

Cuando el cuerpo habla lo que el sistema calla: Salud mental, resistencia cotidiana y transformación personal desde la experiencia vivida del trastorno de ansiedad

Autor: **Gabriel Blanco** 

Universidad Nacional Experimental "Simón Rodríguez" (UNESR),
Distrito Capital, Venezuela

Resumen

El presente artículo de experiencia e innovación social sistematiza la vivencia en primera persona del trastorno de ansiedad generalizada en un contexto de marcadas dificultades socioeconómicas en Venezuela. Desde un enfoque sentipensante e insurgente, se relata cómo un joven universitario enfrentó los síntomas incapacitantes de la ansiedad, los ataques de pánico, la somatización y el deterioro cognitivo, mientras lidiaba simultáneamente con severas restricciones en el acceso a bienes esenciales, servicios de salud y condiciones mínimas de bienestar. La reflexión trasciende lo autobiográfico para interrogar las estructuras de exclusión que producen sufrimiento psíquico en los sectores populares, apoyándose en la psicología de la liberación de Ignacio Martín-Baró, la pedagogía de la esperanza de Paulo Freire y los determinantes sociales de la salud mental. Se argumenta que la ansiedad no constituye únicamente una patología individual sino una respuesta del organismo ante condiciones de vida que vulneran derechos fundamentales. Los aportes se orientan hacia la construcción de políticas públicas de salud mental comunitaria, la transformación de la universidad en espacio de cuidado integral y el fortalecimiento de redes de apoyo entre pares como formas emergentes de resistencia y solidaridad colectiva.. **Palabras clave:** salud mental comunitaria, trastorno de ansiedad, determinantes sociales, resistencia cotidiana, Venezuela.

Recibido: 24-05-2024 Aceptado: 14-06-2024 Publicado: 28-06-2024



When the body speaks what the system keeps silent: Mental health, everyday resistance, and personal transformation from the lived experience of anxiety disorder.

Autor: **Gabriel Blanco** 

Universidad Nacional Experimental "Simón Rodríguez" (UNESR),
Distrito Capital, Venezuela

Summary

This article of experience and social innovation systematizes the first-person account of living with generalized anxiety disorder within a context of significant socioeconomic hardship in Venezuela. From a sentipensante and insurgent perspective, it narrates how a young university student confronted the debilitating symptoms of anxiety, including panic attacks, somatization, and cognitive deterioration, while simultaneously dealing with severe restrictions in access to essential goods, healthcare services, and minimum conditions of wellbeing. The reflection transcends the autobiographical to interrogate the structures of exclusion that produce psychic suffering among popular sectors, drawing on Ignacio Martín-Baró's liberation psychology, Paulo Freire's pedagogy of hope, and the social determinants of mental health framework. It argues that anxiety does not constitute merely an individual pathology but rather a bodily response to living conditions that violate fundamental rights. Contributions are oriented toward building public policies for community mental health, transforming the university into a space of integral care, and strengthening peer support networks as emerging forms of collective resistance and solidarity..

Keywords: community mental health, anxiety disorder, social determinants, everyday resistance, Venezuela.

Received: 24-05-2024 Accepted: 14-06-2024 Published 28-06-2024



Introducción

En algún momento de nuestras vidas, todos hemos sentido ese nudo en el estómago que aparece sin aviso, esa opresión en el pecho que nos hace dudar de si el corazón sigue latiendo al ritmo correcto, esa sensación de que el mundo se estrecha y el aire no alcanza. Para la mayoría de las personas esos episodios son pasajeros, pero para quienes padecemos un trastorno de ansiedad generalizada se convierten en compañeros permanentes de cada mañana, cada decisión y cada paso que damos. Lo que quiero compartir en estas páginas no es simplemente mi historia clínica ni un testimonio de superación individual al estilo de los libros de autoayuda que, paradójicamente, fueron durante mucho tiempo mi único recurso terapéutico. Lo que busco es algo más profundo, una reflexión crítica sobre las condiciones sociales y económicas que hacen que amplios sectores de la población venezolana vivamos con el cuerpo en estado de alerta permanente sin que nadie nombre ese sufrimiento como lo que es, una consecuencia directa de la precariedad sostenida y de la fragilidad de los sistemas de protección social.

Venezuela ha experimentado durante los últimos años un proceso de contracción económica severa que ha impactado significativamente las condiciones de vida de su población. Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI, 2021), elaborada por la Universidad Católica Andrés Bello, una proporción muy elevada de los hogares venezolanos se encontraba en situación de pobreza por ingresos, mientras que el sistema de salud público enfrentaba serias limitaciones en su capacidad de atención. En ese contexto, el acceso a servicios de salud mental se volvió particularmente difícil para los sectores de menores recursos. La



Organización Panamericana de la Salud ha señalado la necesidad de fortalecer las políticas públicas en materia de salud mental en el país, y organizaciones de la sociedad civil han documentado las dificultades que enfrentan los centros de atención psiquiátrica y la disponibilidad irregular de psicofármacos en diversas regiones del territorio nacional.

Sin embargo, más allá de las cifras y los informes, hay cuerpos concretos que cargan con ese sufrimiento. El mío es uno de ellos. Cuando a los veintiún años, en pleno séptimo semestre de mi carrera de Ingeniería, mi cuerpo decidió que ya no podía seguir absorbiendo en silencio el estrés acumulado de años de dificultades cotidianas, no tuve la opción de acudir a un especialista ni de recibir atención inmediata. Tuve que elegir entre hacerme unos exámenes de sangre o garantizar la alimentación de la semana. Y esa elección, que parece una anécdota personal, es en realidad la expresión cotidiana de lo que Ignacio Martín-Baró (1990) denominó trauma psicosocial, es decir, la herida que no se aloja solo en la psique individual sino en el tejido mismo de las relaciones sociales que sostienen o debilitan a una comunidad.

Este artículo se propone, entonces, sistematizar mi experiencia vivida con el trastorno de ansiedad no como un relato de heroísmo personal sino como un ejercicio de reflexión crítica sobre las formas en que las condiciones socioeconómicas inciden en la salud mental y sobre las maneras, a veces precarias pero siempre dignas, en que los sujetos populares resistimos la adversidad y construimos sentido. Me apoyo para ello en la psicología de la liberación, la pedagogía de la esperanza y la perspectiva de los determinantes sociales de la salud mental, buscando tejer puentes entre mi vivencia singular y las reflexiones colectivas sobre el



derecho a la salud, a la educación y a una vida digna en nuestra América Latina.

Motivaciones

El día en que el cuerpo dijo basta

Antes de narrar lo que me aconteció, necesito que quien lea estas líneas comprenda el paisaje cotidiano en el que transcurría mi vida. Yo era un joven que cursaba el séptimo semestre de Ingeniería, pertenecía a la selección de fútbol sala y fútbol campo de mi universidad, participaba en la banda musical de la institución y me encontraba en mi mejor forma física. Mi primo, junto con una beca universitaria, costeara mis estudios. Visto desde fuera, parecía una vida universitaria plena.

Pero la realidad cotidiana era bastante más compleja. Las dificultades económicas del país se traducían en situaciones muy concretas para mi familia y para mí. Conseguir alimentos requería hacer largas filas y destinar un tiempo considerable del día a esa tarea. El transporte público se había vuelto escaso e impredecible, de modo que salir de la universidad en la noche significaba una travesía incierta para llegar a casa. Los ingresos familiares alcanzaban cada vez para menos, y cada gasto imprevisto representaba un dilema entre necesidades básicas que competían entre sí. Hubo temporadas en que la alimentación se redujo a lo mínimo disponible, y el sueldo de un mes difícilmente cubría las necesidades esenciales del hogar. Esa era la atmósfera en la que mi cuerpo intentaba funcionar con normalidad, absorbiendo durante años un estrés sostenido al que yo, por desconocimiento, no le prestaba la menor atención.



Debo reconocer que durante gran parte de mi adolescencia ya cargaba con pensamientos irracionales, ideas rumiantes y algunas conductas que hoy identifico como rasgos del trastorno obsesivo compulsivo. Sabía, en algún rincón de mi ser, que aquello no era del todo habitual, pero nunca lo manifesté ni se lo comenté a nadie. Nadie a mi alrededor hablaba de salud mental. No era un tema que existiera en mi familia, en mi escuela ni en mi universidad. Y esa es precisamente una de las formas más sutiles de la exclusión, la invisibilización del sufrimiento psíquico como si no existiera o como si fuera un asunto de debilidad personal.

Un día cualquiera, mientras me preparaba para un examen importante que me prelab a dos materias del siguiente semestre y coordinaba la compra de mi primera moto, sintiéndome feliz por primera vez en mucho tiempo, a las siete y media de la noche llamé a mi mamá desde un taxi y le dije que me sentía cansado. Lo que ocurrió después cambió mi vida. De pronto sentí un malestar en el estómago que rápidamente se transformó en una sensación aterradora que no puedo describir con palabras convencionales. Era como si mi cuerpo estuviera cediendo, como si se me cerraran los ojos sin que pudiera evitarlo, como si algo desconocido estuviera apoderándose de mí. Llamé a mi mamá desesperado y le pedí que me esperara abajo porque algo extraño me estaba pasando. Al llegar al apartamento la sensación se multiplicó y no podía mantenerme de pie. Cuando logramos llegar a un centro médico cercano, solo me inyectaron un calmante. Así comenzó mi odisea.

Cuando la atención médica se vuelve inalcanzable

Al día siguiente, cargado de preguntas sin respuesta, fui a una clínica donde solo pudieron indicarme unos exámenes de sangre. El problema era que el



costo de los exámenes representaba más de la mitad del dinero que mi mamá tenía disponible para el resto de la semana. O comíamos o nos hacíamos los exámenes. No había tercera opción. Nos devolvimos a la casa esperando que no se repitiera el episodio, porque al día siguiente tenía que presentar mi examen universitario. Lo presenté sintiéndome destrozado por dentro. Había estudiado a fondo, pero reprobé. La frustración y la impotencia se acumularon.

Esa misma noche, al llegar a casa, la sensación regresó con una intensidad mayor. No podía mantenerme de pie y lo que quería era salir huyendo, aunque no sabía de qué ni hacia dónde. En un acto desesperado busqué provocarme alguna reacción física que me mantuviera consciente. Durante una hora luché contra aquella sensación mientras me repetía mentalmente que podía resistir, que no iba a caer. A las once y media de la noche la crisis cedió. Pero a las dos y media de la madrugada desperté con el corazón desbocado y la misma sensación de desvanecimiento. Luché dos horas más hasta que sentí una descarga que recorrió mi cuerpo desde los pies hasta la cabeza y dejé de sentir la mitad de mi cuerpo. Estábamos mi tío, mi madre y yo, solos frente a algo que ninguno de los tres podía nombrar, sin posibilidad real de acceder a atención de urgencia en ese momento.

Quiero detenerme en este punto para reflexionar sobre lo que esta escena revela más allá de mi historia personal. La dificultad para acceder a servicios de salud en momentos de crisis, especialmente cuando el padecimiento es de naturaleza psíquica, constituye una forma de exclusión que afecta de manera desproporcionada a los sectores de menores recursos. La epidemiología crítica latinoamericana (Breilh, 2003) ha documentado ampliamente cómo las desigualdades socioeconómicas se traducen en



desigualdades en salud, convirtiendo el acceso a la atención médica en un factor determinado por la posición social del individuo. Y cuando el sufrimiento es mental, la exclusión se profundiza, porque además de las barreras económicas opera el estigma social que asocia los trastornos psíquicos con debilidad o simulación.

La decisión de seguir

Los días que siguieron fueron un descenso vertiginoso. Empecé a padecer ataques de pánico con una frecuencia aterradora. Se me dormían los brazos y la cara. Me enfermaba constantemente. Me dieron cuadros de agotamiento extremo que hoy identifico como burnout. Tenía la mente embotada, no podía concentrarme ni pensar con claridad, sentía una pesadez permanente en el cuello. Por mi mente pasaban pensamientos que me paralizaban. ¿Así voy a morir? ¿No voy a poder formar una familia? ¿Cómo le digo a mi primo, que me paga la universidad, que quiero dejar de estudiar? Eran sensaciones y pensamientos que no le desearía a nadie.

Y sin embargo, seguí yendo a la universidad. Seguí presentando exámenes. Cuando me ofrecieron un trabajo a través de una persona que había conocido en el transporte público, acepté, aunque me aterraba la idea de trabajar sintiendo lo que sentía. La mayor parte de mis ingresos se destinaba a consultas médicas y medicamentos, en una búsqueda constante por entender qué me ocurría y encontrar algún alivio. Mientras tanto, la universidad aplicaba sanciones que reducían el porcentaje de beca si reprobabas una materia. La incertidumbre era total.

¿Qué me motivaba? La pregunta parece simple pero la respuesta es compleja. En la superficie, lo que me movía era querer superarme, aportar



a mi hogar, ver a mi mamá tranquila. Pero hoy, con la distancia que dan los años y la reflexión que acompaña la escritura de este artículo, entiendo que mi motivación era algo más profundo que la voluntad individual. Era lo que Paulo Freire (1992) llamó esperanza como necesidad ontológica, es decir, esa fuerza vital que no nace de la ingenuidad ni del optimismo superficial sino de la convicción de que la realidad, por dura que sea, no es inmutable. No seguí estudiando porque fuera un héroe ni porque tuviera una fortaleza mental superior. Seguí porque no tenía otra opción, y porque en el fondo de ese no tener opción habitaba una rebeldía callada que se negaba a aceptar que mi destino estuviera determinado por la enfermedad y las circunstancias.

Hoy, después de haber completado dos carreras profesionales de Ingeniería conviviendo con este trastorno todos los días de mi vida, puedo decir que la ansiedad no me venció. Pero también puedo decir, con toda honestidad, que no debería haber tenido que luchar solo. Que una sociedad que pone a sus jóvenes ante la disyuntiva cotidiana de elegir entre necesidades básicas que compiten entre sí está generando las condiciones para el sufrimiento psíquico. Y que mi resistencia, por digna que haya sido, no debería ser la norma sino la excepción en un contexto que garantice el derecho a la salud como principio fundamental.

Teorías de apoyo

La psicología de la liberación y el trauma psicosocial

Para comprender lo que viví, y lo que viven muchas personas en contextos de dificultad socioeconómica sostenida, resulta insuficiente acudir exclusivamente a los manuales clínicos que clasifican la ansiedad como un trastorno individual con causas neurobiológicas y tratamiento



farmacológico. Sin negar la dimensión biológica del padecimiento, es necesario ampliar la mirada hacia los factores sociales y económicos que inciden en la producción y reproducción del sufrimiento psíquico. En este sentido, la obra de Ignacio Martín-Baró (1986, 1990) constituye un referente imprescindible.

Martín-Baró, psicólogo social jesuita asesinado en El Salvador en 1989 por su compromiso con los sectores populares, desarrolló el concepto de psicología de la liberación como alternativa a una psicología que, desde los centros de poder académico, pretendía explicar el comportamiento humano desvinculándolo de sus condiciones materiales de existencia. Para Martín-Baró (1986), la salud mental de un pueblo tiene que ver fundamentalmente con las relaciones que sus miembros mantienen con el entorno social, y no meramente con el funcionamiento aislado del organismo. Esta perspectiva resulta iluminadora cuando la aplico a mi propia experiencia, porque me permite entender que mis ataques de pánico, mi despersonalización y mi incapacidad para concentrarme no eran simplemente fallas de mi sistema nervioso. Eran respuestas coherentes de mi cuerpo ante un entorno social que se había vuelto profundamente adverso.

El concepto de trauma psicosocial, también desarrollado por Martín-Baró (1990), refuerza esta lectura. A diferencia del trauma individual que la psicología clínica tradicional aborda en el consultorio, el trauma psicosocial se instala en las relaciones sociales mismas y afecta a comunidades enteras. Cuando yo describo las dificultades cotidianas para alimentarme, trasladarme, acceder a servicios de salud, no estoy enumerando anécdotas personales sino describiendo las condiciones objetivas de un desgaste



colectivo que atravesó a amplios sectores de la sociedad venezolana. Mi cuerpo no enfermó por una debilidad constitutiva. Enfermó porque estaba inmerso en un entorno social sometido a tensiones prolongadas, y la ansiedad fue la forma que encontró para expresar lo que yo no lograba articular con palabras.

La esperanza como necesidad ontológica

Si Martín-Baró me ayuda a entender por qué enfermé, Paulo Freire (1992) me ayuda a entender por qué no me rendí. En su obra *Pedagogía de la esperanza*, Freire distingue con claridad entre la esperanza ingenua, que espera pasivamente que las cosas mejoren, y la esperanza crítica, que nace de la comprensión de la realidad y se traduce en acción transformadora. Cuando yo seguía asistiendo a la universidad con el cuerpo temblando y la mente embotada, no lo hacía porque creyera que todo iba a estar bien ni porque alguien me hubiera prometido un futuro brillante. Lo hacía porque, en el fondo de mi precariedad, algo en mí se resistía a aceptar que las cosas no podían ser de otra manera.

Freire (1992) escribió que la esperanza es una necesidad ontológica del ser humano, pero que necesita anclarse en la práctica para no quedarse en mera ilusión. Mi práctica cotidiana era levantarme cada mañana, buscar la forma de llegar a clase, presentar el examen, ir al trabajo, volver a casa y repetir al día siguiente, todo eso cargando con los síntomas que me gritaban que parara. No era heroísmo. Era lo que Freire llamaría un acto de pronunciamiento del mundo, un modo de decir con mi cuerpo y con mis acciones que me negaba a ser reducido a la condición de objeto pasivo de unas circunstancias que yo no había elegido.



Los determinantes sociales de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (2014) ha documentado extensamente la relación entre las condiciones sociales de vida y la aparición de trastornos mentales. La pobreza, la exclusión social, la falta de empleo estable y las limitaciones en el acceso a servicios básicos constituyen determinantes estructurales que aumentan significativamente la probabilidad de padecer ansiedad, depresión y otros trastornos psíquicos. Desde esta perspectiva, mi experiencia deja de ser un caso clínico aislado para convertirse en la manifestación singular de un fenómeno que es profundamente colectivo.

Jaime Breilh (2003), epidemiólogo ecuatoriano y referente de la epidemiología crítica latinoamericana, ha insistido en que la salud no es un estado individual que se alcanza con buenos hábitos sino un proceso colectivo determinado por la posición social, las condiciones materiales de vida y las relaciones de poder que estructuran una sociedad. Cuando aplico esta mirada a lo que viví, comprendo que la carga alostática que acumulé durante años, es decir, el desgaste progresivo de mi capacidad de recuperación frente al estrés sostenido, no fue producto de mi incapacidad para manejar las emociones. Fue el resultado predecible de vivir en condiciones donde un joven de recursos limitados debe elegir cotidianamente entre necesidades básicas que compiten entre sí.

En este mismo sentido, Boaventura de Sousa Santos (2010) aporta el concepto de sociología de las ausencias para nombrar aquello que los sistemas hegemónicos producen activamente como inexistente. El sufrimiento psíquico de quienes vivimos con recursos limitados constituye, en términos de Santos, una ausencia producida. No es que no exista



malestar emocional masivo en las comunidades populares, en las universidades públicas, en los hogares que enfrentan restricciones severas. Es que ese sufrimiento ha sido invisibilizado por dinámicas sociales que no tienen interés en nombrarlo, porque nombrarlo implicaría reconocer las condiciones que lo producen.

La somatización como lenguaje del cuerpo

El psiquiatra David Burns (2009) ha señalado que la ansiedad está frecuentemente vinculada con la represión emocional, con la tendencia a esconder o evitar las situaciones dolorosas con la esperanza de que desaparezcan en algún rincón de la memoria. Si bien Burns escribe desde la psicología cognitivo-conductual, su observación adquiere una dimensión particular cuando la leemos desde contextos de precariedad. Cuando no hay recursos para acudir a un profesional de salud mental, cuando el sistema de salud no ofrece atención accesible en esta área, cuando el entorno social penaliza a quien reconoce su sufrimiento, callar y resistir se convierte en la estrategia disponible.

Y es ahí donde el cuerpo toma la palabra. Mis ataques de pánico, mis mareos, el adormecimiento de mis extremidades, la descarga eléctrica que sentí aquella madrugada, no eran sino formas en que mi organismo expresaba lo que mi mente y mi entorno me impedían articular verbalmente. La somatización, leída desde esta perspectiva, no es simplemente un síntoma a eliminar con medicamentos sino un mensaje que merece ser escuchado y comprendido en su contexto. Es el cuerpo que habla cuando las condiciones sociales imponen silencio.



Aportes

Las lecciones que extraigo de mi experiencia no pretenden ser recetas individuales para manejar la ansiedad ni consejos motivacionales del tipo que abundan en las redes sociales. Lo que busco es que mi vivencia sirva como punto de partida para pensar colectivamente los cambios que necesitamos como sociedad en materia de salud mental. Si algo he aprendido en estos seis años conviviendo con el trastorno de ansiedad es que la transformación personal es inseparable de la transformación social, y que ninguna estrategia individual de autocuidado sustituye la necesidad de sistemas de protección que garanticen derechos.

La salud mental como derecho y no como privilegio

Mi experiencia ilustra lo que ocurre cuando la salud mental se aborda como un servicio de mercado y no como un derecho. Cada consulta médica que pagué con recursos que hacían falta para otras necesidades básicas, cada diagnóstico que tardó en llegar porque no podía costear las evaluaciones necesarias, cada noche que enfrenté solo un episodio de crisis porque no existían alternativas accesibles de atención, son evidencias de una deuda social que las instituciones tienen con los sectores populares. Se requiere con urgencia avanzar hacia políticas públicas integrales de salud mental comunitaria que no se limiten a la medicalización del sufrimiento sino que aborden sus causas sociales. Países como Argentina, Brasil y Cuba han desarrollado experiencias valiosas en este sentido, con modelos de atención primaria en salud mental que integran a la comunidad como protagonista del proceso de cuidado (Stolkiner, 2010). Conocer esas experiencias y adaptarlas a nuestras realidades nacionales es una tarea pendiente de enorme relevancia.



La universidad como espacio de cuidado integral

Mi paso por la universidad mientras padecía el trastorno de ansiedad reveló algo que rara vez se discute en los ámbitos académicos, a saber, que muchas instituciones de educación superior no están preparadas para acompañar a estudiantes que enfrentan padecimientos de salud mental. Cuando mis calificaciones bajaron, la respuesta institucional fue aplicar sanciones que reducían mi porcentaje de beca. Nadie preguntó qué me estaba ocurriendo. Nadie ofreció una tutoría, un acompañamiento o siquiera una conversación. La universidad funcionaba como un sistema de rendimiento que penaliza a quienes no logran mantener el ritmo, sin preguntarse por las condiciones que producen ese rezago.

Desde la tradición andragógica latinoamericana, particularmente desde la obra de Félix Adam, sabemos que el adulto que participa en procesos educativos no es un recipiente vacío que hay que llenar de contenidos sino un sujeto integral con historia, emociones, condiciones materiales y necesidades que trascienden lo estrictamente académico. Si las universidades asumieran en serio esta perspectiva, deberían contar con servicios de atención psicológica accesible, mecanismos de acompañamiento para estudiantes en situaciones difíciles, flexibilidad curricular para quienes enfrentan condiciones de salud y, sobre todo, una cultura institucional que no penalice la vulnerabilidad sino que la reconozca como parte constitutiva de la condición humana.

Redes de apoyo entre pares como forma de solidaridad

Uno de los momentos más significativos de mi proceso fue cuando, buscando desesperadamente en internet qué me estaba pasando, encontré un grupo de apoyo en línea donde una persona me orientó sobre



lo que estaba viviendo y me abrió una ventana hacia la comprensión de mi padecimiento. Ese gesto, aparentemente menor, fue más terapéutico que muchas consultas médicas que pagué con dinero que hacía falta para otras necesidades. Y revela algo fundamental, que cuando los sistemas formales de atención no alcanzan, las personas creamos nuestras propias redes de cuidado con los recursos que tenemos disponibles.

Estas redes de apoyo entre pares, que existen informalmente en grupos de mensajería, foros de internet y comunidades organizadas, constituyen formas emergentes de lo que Emiliano Galende (2015) ha llamado resiliencia social, es decir, la capacidad de los sujetos de reconstruir sentido y lazo social en contextos adversos. Sistematizar estas experiencias, fortalecerlas y articularlas con los servicios formales de salud es una oportunidad de enorme potencial transformador. Los movimientos de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría en varios países de la región ofrecen ejemplos inspiradores de cómo la organización colectiva de quienes padecen trastornos mentales puede convertirse en una fuerza que incida en las políticas públicas y contribuya a transformar los estigmas sociales.

Quiero señalar también algo que descubrí en mi proceso y que merece reflexión. Ante la dificultad de acceder a atención profesional, yo recurrí a libros de desarrollo personal como única herramienta disponible. Leí a Robin Sharma (1996), a Don Miguel Ruiz (1997), busqué en distintas tradiciones filosóficas alguna forma de darle sentido a lo que me pasaba. No me avergüenzo de haberlo hecho, porque era lo que tenía al alcance. Pero hoy entiendo que el hecho de que amplios sectores de la población recurran a la autoayuda como sustituto de la atención profesional en salud



mental es, en sí mismo, un indicador de las brechas existentes en los sistemas de atención. No es que esos textos carezcan de valor, es que no deberían ser el único recurso de quien necesita acompañamiento terapéutico especializado.

Reflexiones concluyentes

Escribir este artículo ha sido, en sí mismo, un ejercicio de sanación y de compromiso. Sanación porque poner en palabras lo que durante años viví en silencio me permite, por fin, nombrar el sufrimiento y reconocer su dimensión social. Compromiso porque al sistematizar mi experiencia desde una perspectiva crítica estoy cuestionando la narrativa que reduce la ansiedad a un problema individual que se resuelve con medicamentos, técnicas de relajación o fuerza de voluntad.

La primera lección que extraigo de estos seis años conviviendo con el trastorno de ansiedad es que el cuerpo nunca miente. Cuando las circunstancias nos impiden expresar nuestro sufrimiento, cuando el entorno nos exige seguir funcionando como si nada pasara, el cuerpo toma la palabra a través de los síntomas. Cada ataque de pánico que viví era una verdad que mi contexto se negaba a escuchar. Y por eso, cualquier abordaje serio de la salud mental debe partir de escuchar lo que los cuerpos están comunicando, no para silenciarlos sino para comprender y transformar las condiciones que producen ese malestar.

La segunda lección es que la resistencia cotidiana de quienes padecemos trastornos mentales en condiciones de precariedad constituye una forma legítima de agencia, aunque rara vez sea reconocida como tal. Levantarse cada mañana con el cuerpo temblando y asistir a clases, trabajar una



jornada completa sintiendo que te desvaneces, estudiar para un examen con la mente embotada, todo eso constituye un ejercicio de afirmación vital en la medida en que implica negarse a ser excluido del sistema educativo y productivo por una condición que las propias circunstancias sociales contribuyeron a generar. Como diría Freire (1992), es un modo de pronunciar el mundo desde la trinchera más íntima del cuerpo.

La tercera lección, y quizás la más importante, es que la transformación personal y la transformación social son inseparables. Yo pude completar mis dos carreras de Ingeniería. Pero no debí haber tenido que hacerlo en esas condiciones. Y mi caso, lejos de ser excepcional, es representativo de lo que viven muchos jóvenes que cargan en silencio con padecimientos mentales sin acceso suficiente a diagnóstico, tratamiento ni acompañamiento. La pregunta que nos debemos como sociedad no es cómo hacer para que cada individuo sea más fuerte y más resiliente, sino cómo construir sistemas de protección social que cuiden la salud mental de la población y que, cuando el sufrimiento psíquico aparezca, ofrezcan redes de atención accesibles que no dependan de la capacidad económica de cada persona.

Cierro estas reflexiones con una invitación que es también un compromiso. Mi experiencia me ha enseñado que hablar de salud mental no es un acto de debilidad sino de responsabilidad con uno mismo y con los demás, y que sistematizar nuestras vivencias desde el pensamiento crítico es una forma de contribuir a que otros no tengan que atravesar solos lo que nosotros atravesamos. Cada persona que padece un trastorno mental y encuentra el coraje de nombrarlo está abriendo camino para quienes vienen detrás. Cada comunidad que organiza redes de apoyo está construyendo, desde abajo y desde adentro, los cimientos de un sistema de cuidado que las



instituciones deben asumir y fortalecer. Y cada artículo como este, escrito desde la experiencia vivida y desde la reflexión comprometida, es un aporte modesto pero sincero a la construcción colectiva de una sociedad donde la salud mental sea un derecho efectivo de todos y no un privilegio de pocos.

Referencias

- Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial.
- Burns, D. (2009). Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones. Ediciones Paidós.
- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida [ENCOVI]. (2021). Resultados 2021. Universidad Católica Andrés Bello. <https://www.proyectoencovi.com>
- Freire, P. (1992). Pedagogía de la esperanza. Un reencuentro con la Pedagogía del oprimido. Siglo XXI Editores.
- Galende, E. (2015). Conocimiento y prácticas de salud mental. Lugar Editorial.
- Martín-Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. Boletín de Psicología, 22, 219-231.
- Martín-Baró, I. (1990). Psicología social de la guerra. Trauma y terapia. UCA Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Social determinants of mental health. OMS.
- Ruiz, M. (1997). Los cuatro acuerdos. Un libro de sabiduría tolteca. Urano.
- Santos, B. (2010). Descolonizar el saber, reinventar el poder. Trilce.
- Sharma, R. (1996). El monje que vendió su Ferrari. DeBolsillo.
- Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina. El desafío de un nuevo horizonte de sentido. Medicina Social,

